

Año 1918

N.º 3427

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECIDUOMA MALIGNO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ROBERTO GAZARI

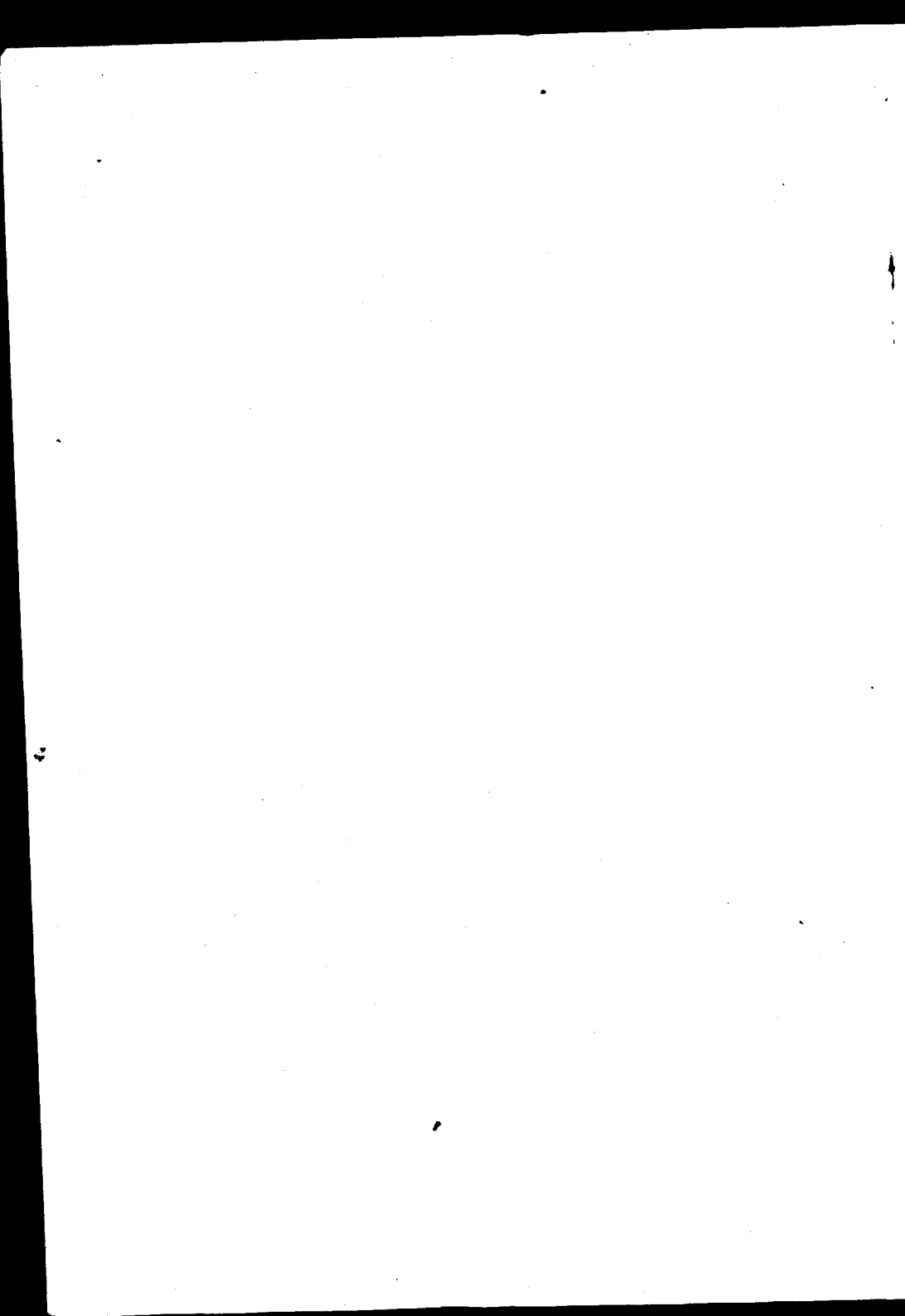


BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS Y CASA EDITORA DE E. SPINELLI
2254 — Córdoba — 2254

1918

DECIDUOMA MALIGNO



Año 1918

N.º 3427

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECIDUOMA MALIGNO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ROBERTO GAZARI



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS Y CASA EDITORA DE E. SPINELLI
2254 — Córdoba — 2254

1918

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

(Artículo 162 del R. de la F.)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRAN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » DESIDERIO F. DAVEL
19. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. » » DOMINGO CABRED
21. » » ABEL AYERZA
22. » » EDUARDO OBEJERO
23. » » JOSÉ A. ESTEVES
24. » » PEDRO BENEDIT

Secretario general

Vacante

Secretario

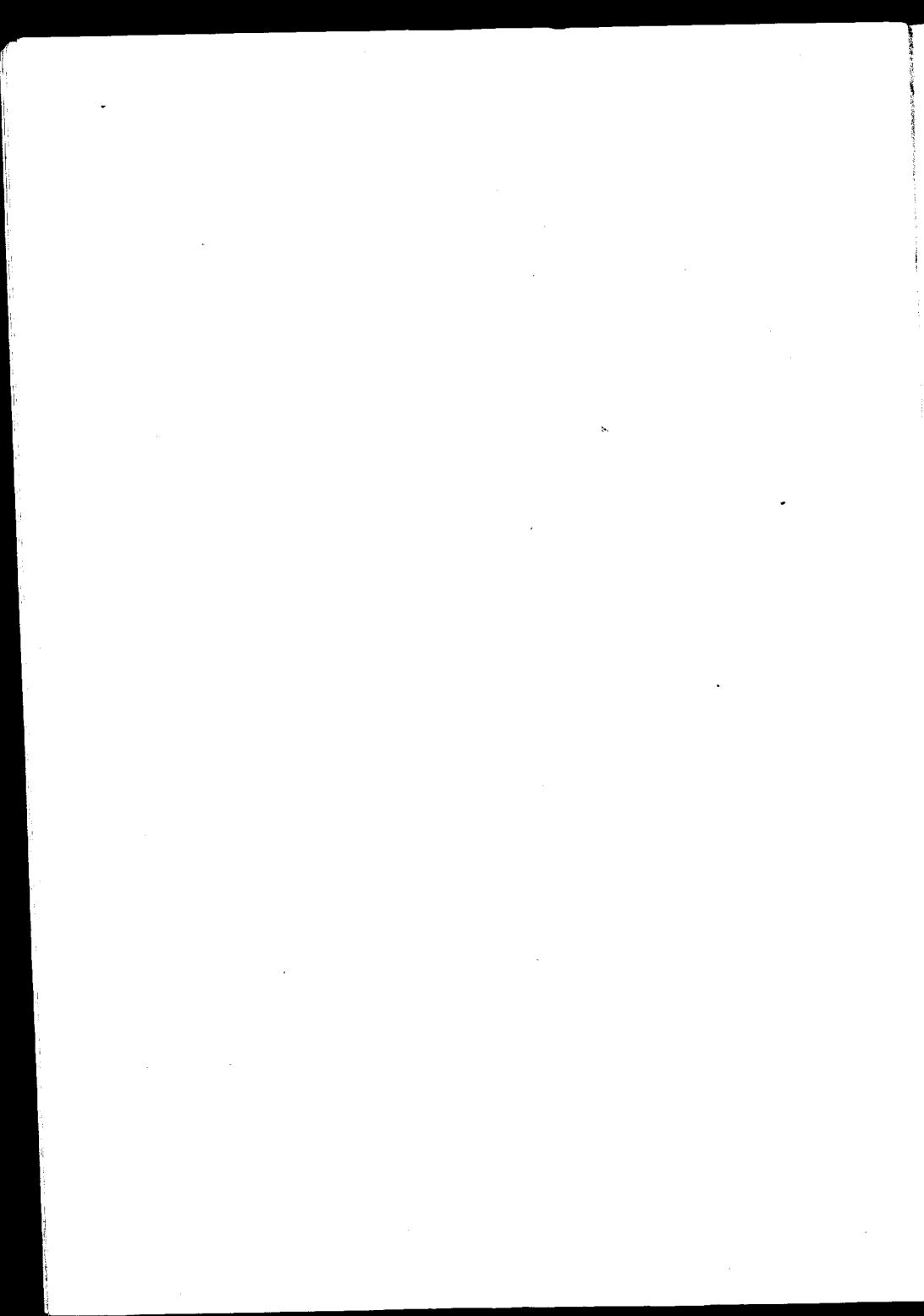
DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACHO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONSEJO DIRECTIVO

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Decano

DR. D. DOMINGO CABRED

Consejeros

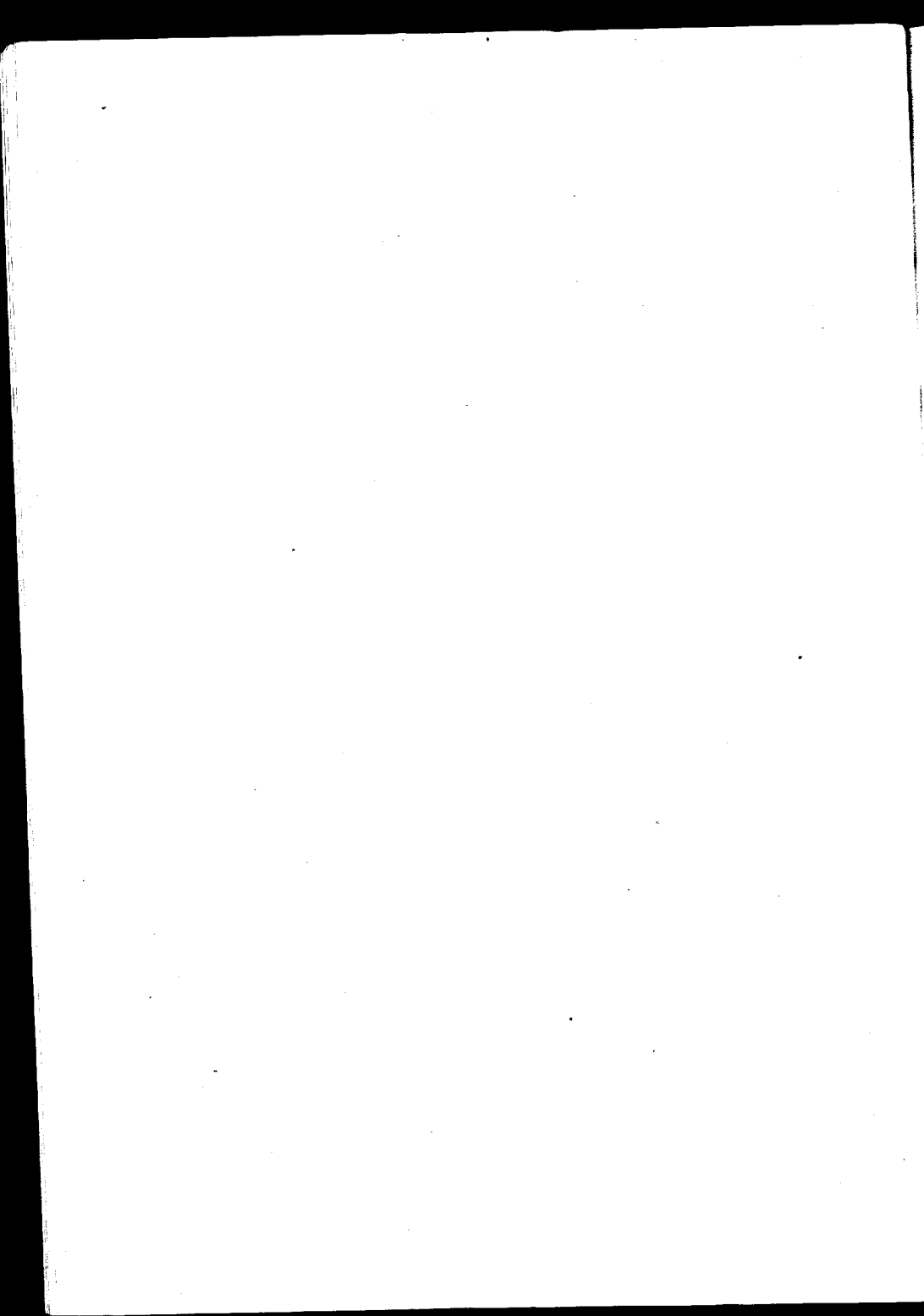
DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
- » » DANIEL J. CRANWELL
- » » CARLOS MALBRÁN
- » » JOSÉ F. MOLINARI
- » » MIGUEL PUIGGARI
- » » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
- » » FANOR VELARDE
- » » IGNACIO ALLENDE
- » » MARCELO VIÑAS
- » » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

» » JUAN A. GABASTOU

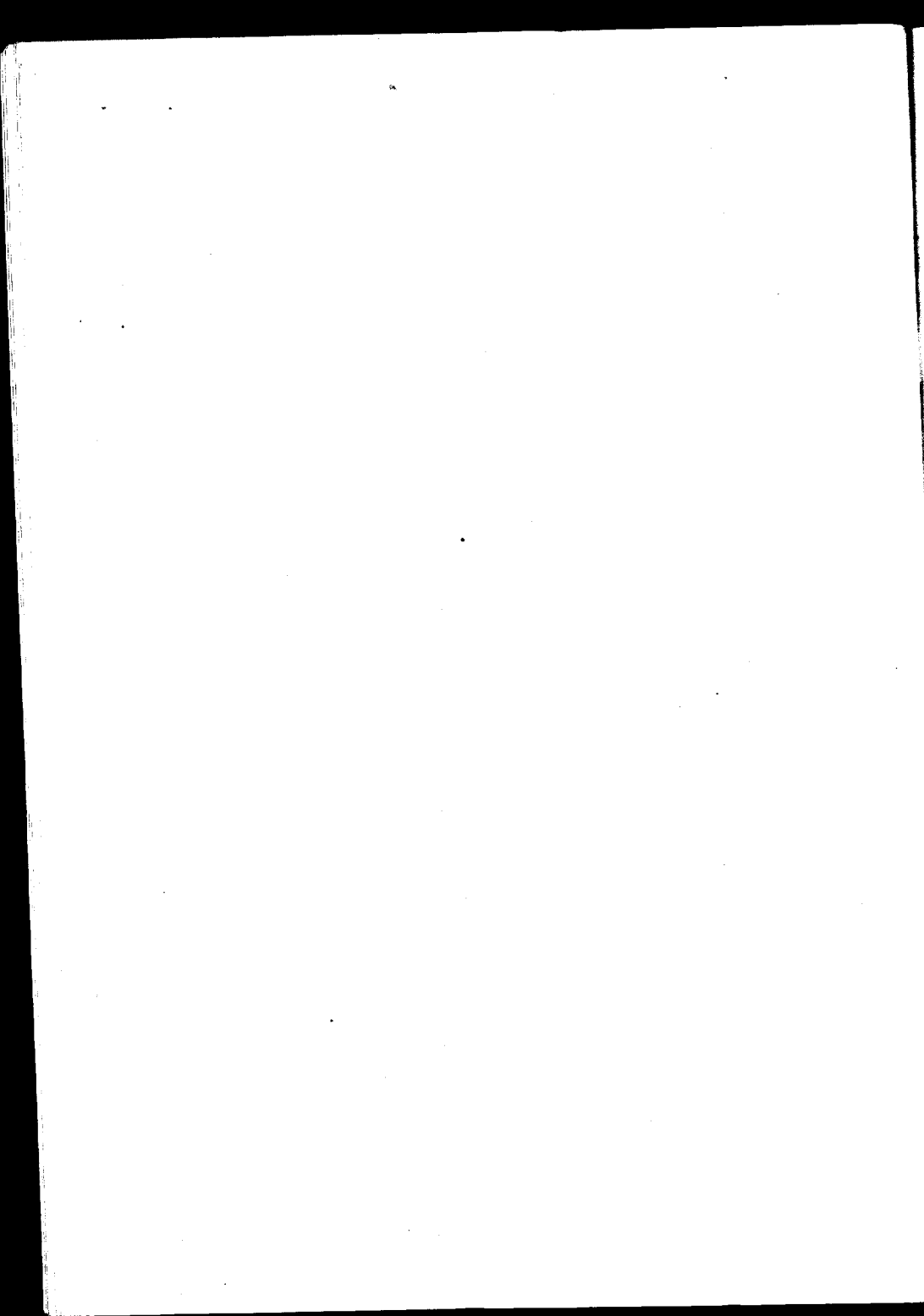


ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. D. ROBERTO WERNICKE

- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI
- » TELÉMACO SUSINI

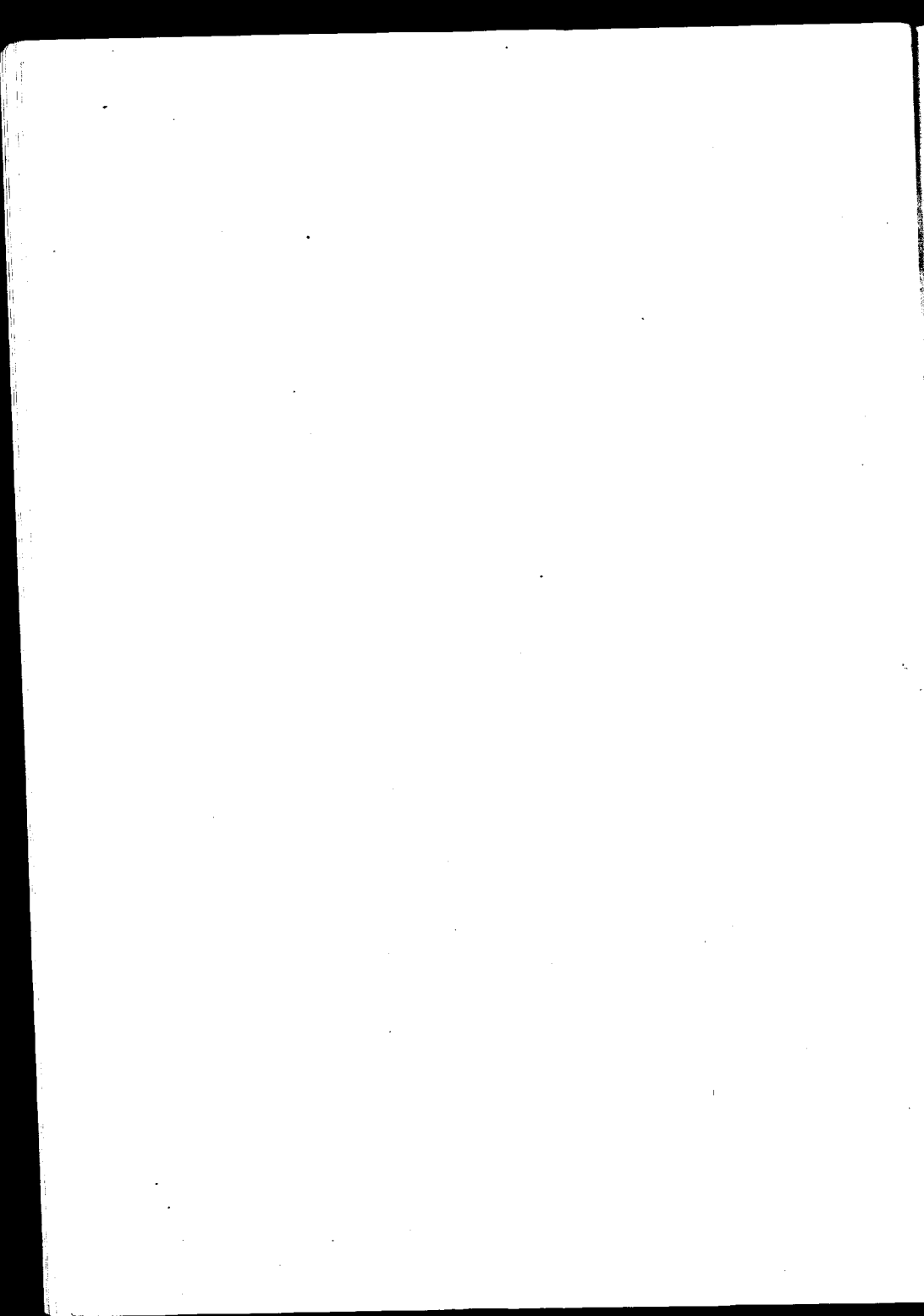


ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos Titulares

Zoología Médica.....	DR. D. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRAN
Química Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada ...	» RICARDO SCHATZ
Semeiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	(Vacante).
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.	(Vacante).
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediatría.....	» ÁNGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA

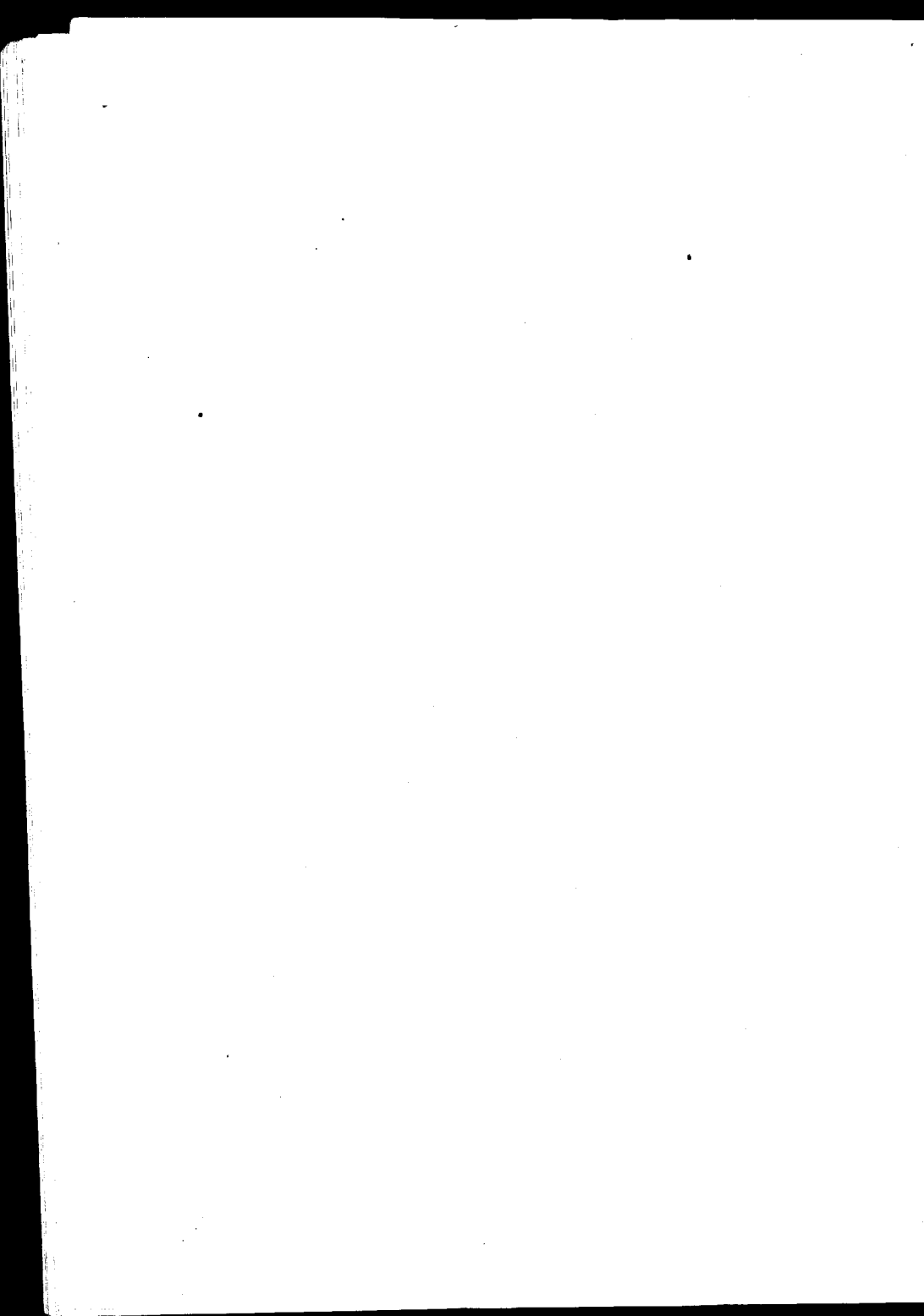


ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos extraordinarios

Botánica Médica.....	DR. D. RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología »	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Higiene Médica	» FELIPE A. JUSTO
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
» Génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
» interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
» Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
	» ANTONIO F. PIÑERO
» Pediátrica.....	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» FRANCISCO LLOBET
» Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» JOSÉ T. BORDA
» Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» ARTURO ENRÍQUEZ
» Obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» JOSÉ F. MOLINARI
» Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
» Médica.....	» PATRICIO FLEMING

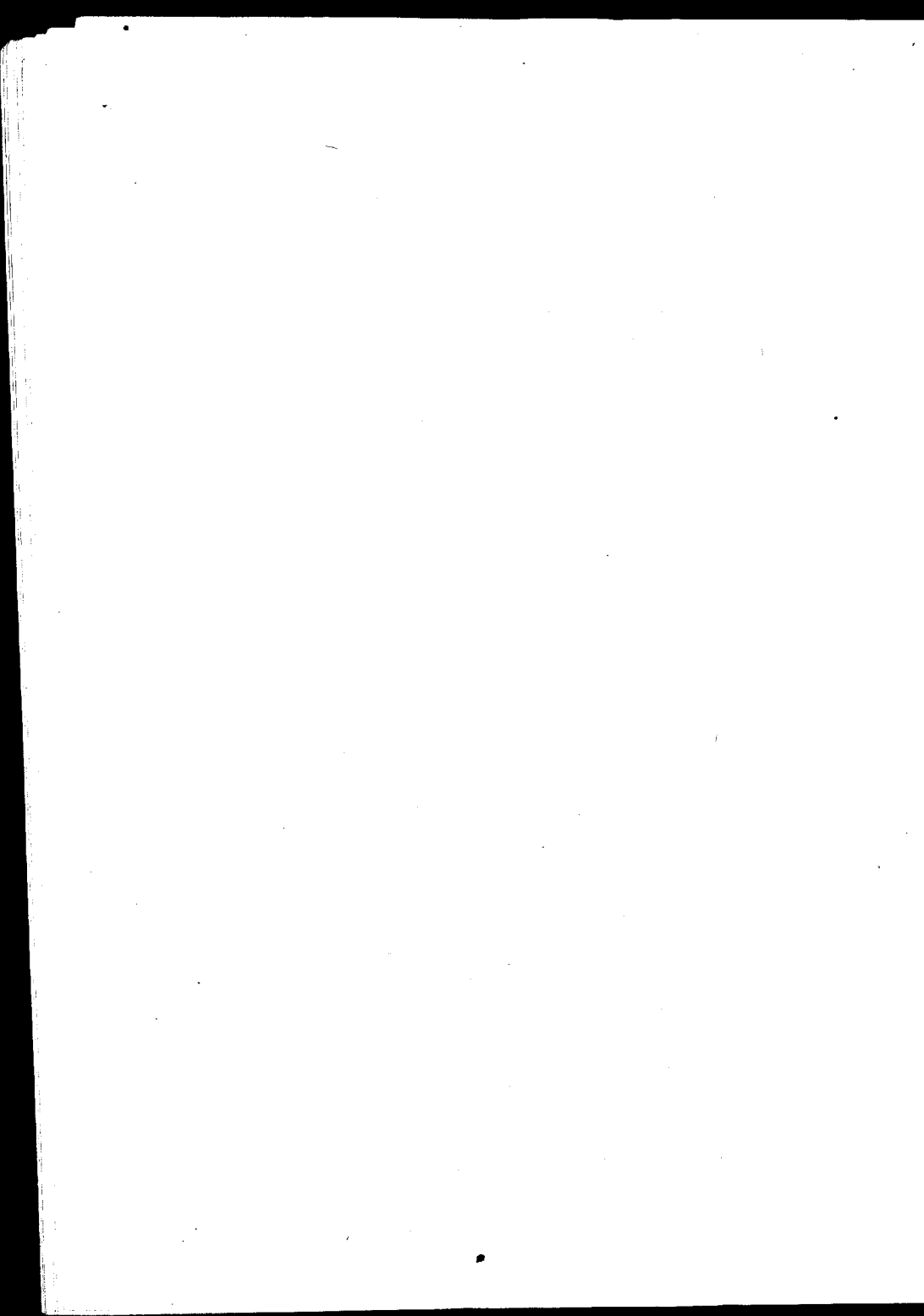


ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Zoología médica.....	DR. D. GUILLERMO SKEEBER
Anatomía descriptiva.....	21 SILVIO E. PARODI
	22 EUGENIO GALLI
	23 JUAN JOSÉ CIRIO
	24 FRANCISCO ROPHILLE
	25 FRANK L. SOLE
Fisiología general y humana.....	26 BERNARDO HOUSSAY
	27 RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	28 SALVADOR MAZZA
Química Biológica.....	29 BENJAMÍN GALARCE
Higiene médica.....	30 MANUEL V. CARBONELL
	31 SANTIAGO M. COSTA
	32 CARLOS BONORINO UDAONDO
Semeiología y ejercicios clínicos...	33 ALFREDO VITÓN
	34 PEDRO J. HARDOY
	35 JOAQUÍN LLAMBIAS
Anatomía patológica.....	36 ANGEL H. ROFFO
	37 PEDRO ELIZALDE
	38 JOSÉ MORENO
Materia médica y terapéutica.....	39 PEDRO CASTRO ESCALADA
Medicina operatoria.....	40 ENRIQUE PINOCHETTO
	41 FRANCISCO P. CASTRO
	42 CASTELFORT LEGONES
Patología externa.....	43 ENRIQUE M. OLIVIERI
	44 ALEJANDRO CEBALLOS
	45 NICOLÁS V. GRUPO
Clinica dermato-sifilográfica.....	46 PEDRO L. BALISA
	47 JOAQUÍN CERVIERA
> génito-urinaria.....	48 JOAQUÍN NIN POSADAS
	49 FERNANDO R. TORRES
> epidemiológica.....	50 FRANCISCO DESTÉFANO
	51 ANTONIO MARCÓ DEL PONT
	52 DANIEL THAMM
> oftalmológica.....	53 ADOLFO NOCETTI
	54 RAÚL ARGANARAZ
	55 JUAN DE LA CRUZ CORREA
> oto-rino-laringológica.....	56 MARTÍN CASTRO ESCALADA
	57 FELIPE J. BASAVILBASO
	58 ANTONIO R. ZAMBINI
	59 ENRIQUE FERREIRA
	60 PEDRO LABAQUI
Patología interna.....	61 LEONIDAS JORGE FACIO
	62 PABLO M. BARLARO
	63 EDUARDO MARIRO
	64 ARMANDO R. MAROTTA
	65 LUIS A. TAMINI
	66 MIGUEL SUSSINI
	67 ROBERTO SOLÉ
	68 PEDRO CHUTRO
Clinica quirúrgica.....	69 JOSÉ M. JORGE (H.)
	70 OSCAR COPELLO
	71 ADOLFO P. LANDIVAR
	72 JORGE LEYRO DÍAZ
	73 ANTONIO F. CELESIA
	74 TOMÁS B. KENNY
	75 GUILLERMO VALDES (H.)
> neurológica.....	76 VICENTE DIMIETI
	77 RÓMULO H. CHIAPPORI
	78 JUAN JOSÉ VITÓN
	79 PABLO J. MORSAINE
	80 RAFAEL A. BULLRICH
	81 IGNACIO IMAZ
	82 PEDRO ESCUDERO
> médica.....	83 MARIANO R. CASTEX
	84 PEDRO J. GARCÍA
	85 JOSÉ DESTÉFANO
	86 JUAN R. GOYENA
	87 JUAN JACOBO SPANGENBERG
	88 TULIO MARTINI
	89 CÁNDIDO PATIÑO MAYER
> pediátrica.....	90 GENARO SISTO
	91 PEDRO DE ELIZALDE
	92 FERNANDO SCHWEIZER
	93 JUAN CARLOS NAVARRO
	94 JAIME SALVADOR
	95 TORIBIO PICCARDO
> ginecológica.....	96 CARLOS E. CIRIO
	97 OSVALDO L. BOTTARO
	98 JULIO IRIHARNE
	99 CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	100 FAUSTINO J. TRONCÉ
	101 JUAN B. GONZÁLEZ
	102 JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
> obstétrica.....	103 JUAN A. GABASTOU
	104 ENRIQUE A. ROERO
	105 JOSÉ A. BERUTTI
	106 NICANOR PALACIOS COSTA
	107 VICTORIO MONTEVERDE
	108 JOAQUÍN V. GNECO
Medicina legal.....	109 JAVIER BRANDAN
Clinica Psiquiátrica.....	110 ANTONIO FODESTÀ
	111 AMABLE JONES



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc..... DR. D. J. C. LLAMES MASSINI

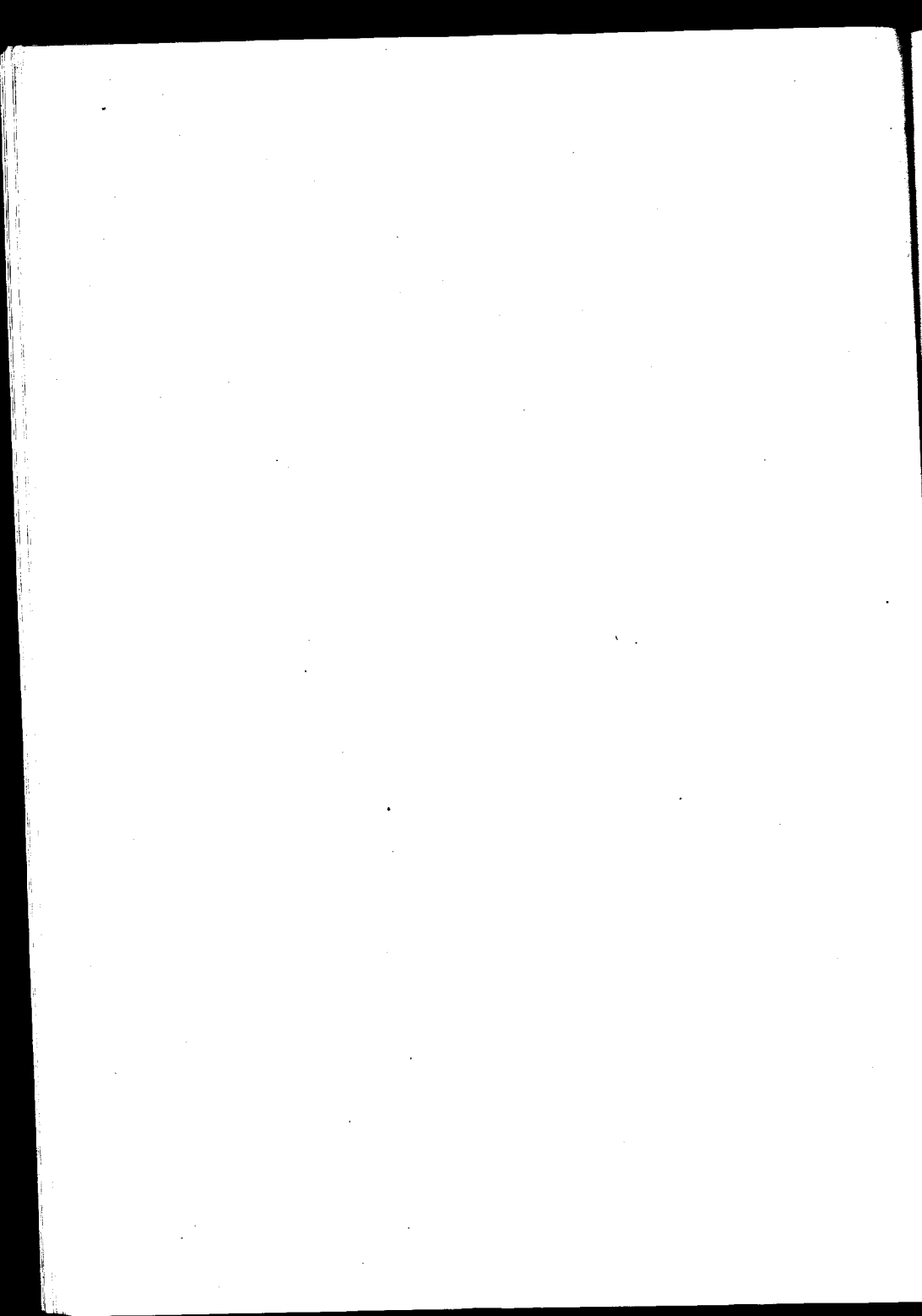
Segundo año:

Parto fisiológico..... » MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica..... » FANOR VELARDE

Puericultura..... » UBALDO FERNANDEZ



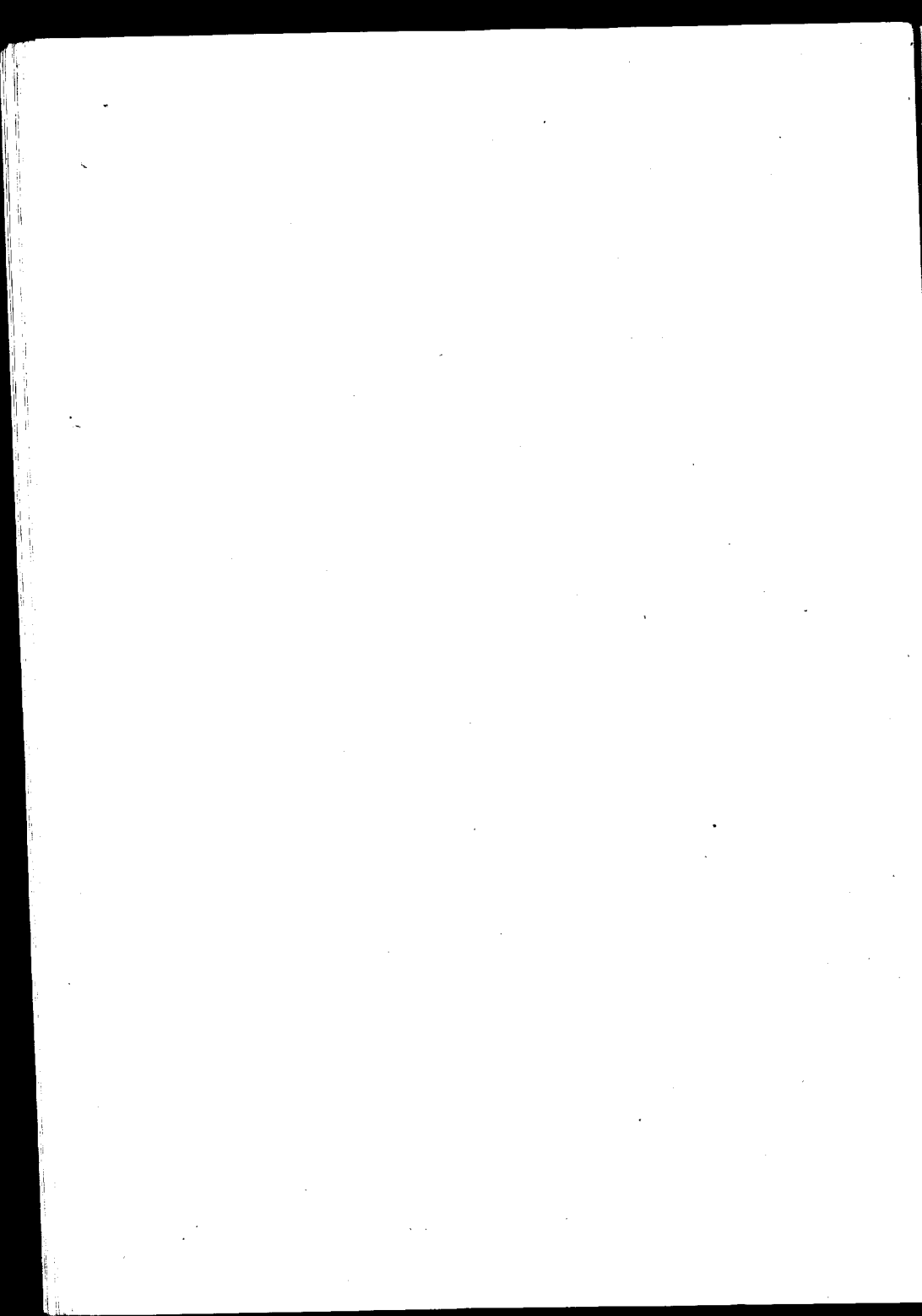
ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas.....	DR. D. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica.....	» JULIO J. GATTI
Química farmacéut. inorgánica	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal	» ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica	(Vacante).
Técnica farmacéutica (primer curso).....	» J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación..	» RICARDO SCHATZ
Química Analítica general.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial	SR. D. JUAN A. DOMINGUEZ
Técnica farmacéutica(segundo curso)	DR. D. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general, Anatomía y Fisiología comparadas	DR. D. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
Física farmacéutica.....	» TOMÁS J. RUMÍ
Química farmacéutica inorgánica.....	» ANGEL SABATINI
Botánica y Micrografía vegetal.	» EMILIO M. FLORES
Química farmacéutica orgánica	» ILDEFONSO C. VATTUONE
Técnica farmacéutica.....	(SR. D. PEDRO J. MÉSIGOS
	DR. D. LUIS GUGLIAMELLI
	SR. D. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
	» CLEOFÉ CROCCO
Química analítica general.....	DR. D. JUAN A. SÁNCHEZ
Farmacognosia especial.....	SR. D. OSCAR MIALOCK

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas.	---
Mineralogía y Geología.....	---
Botánica (segundo curso). Bibliografía, botánica argentina	---
Química analítica aplicada (medicamentos).....	DR. D. JUAN A. SÁNCHEZ (suplente en ejercicio).
Química biológica.....	» PEDRO J. PANDO.
Química analítica aplicada (Bromatología).....	---
Física general	---
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN.
Toxicología y Química legal..	» JUAN B. SEÑORANS.



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

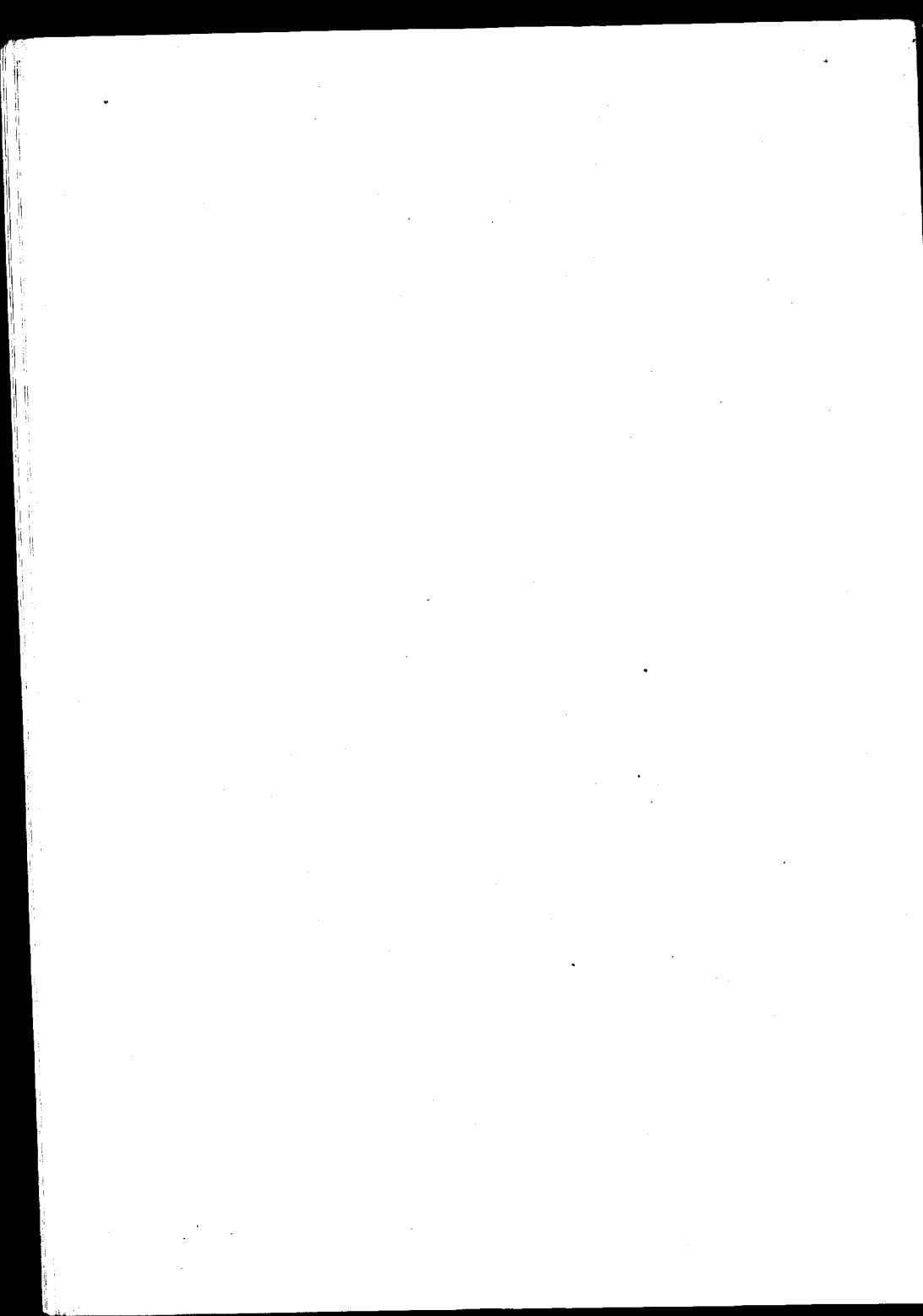
Asignaturas

Catedráticos titulares

1. ^{er} año	DR. D. RODOLFO ERAUSQUIN
2. ^o año	» » LEON PEREYRA
3. ^{er} año	» » N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis Dental	SR. » ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

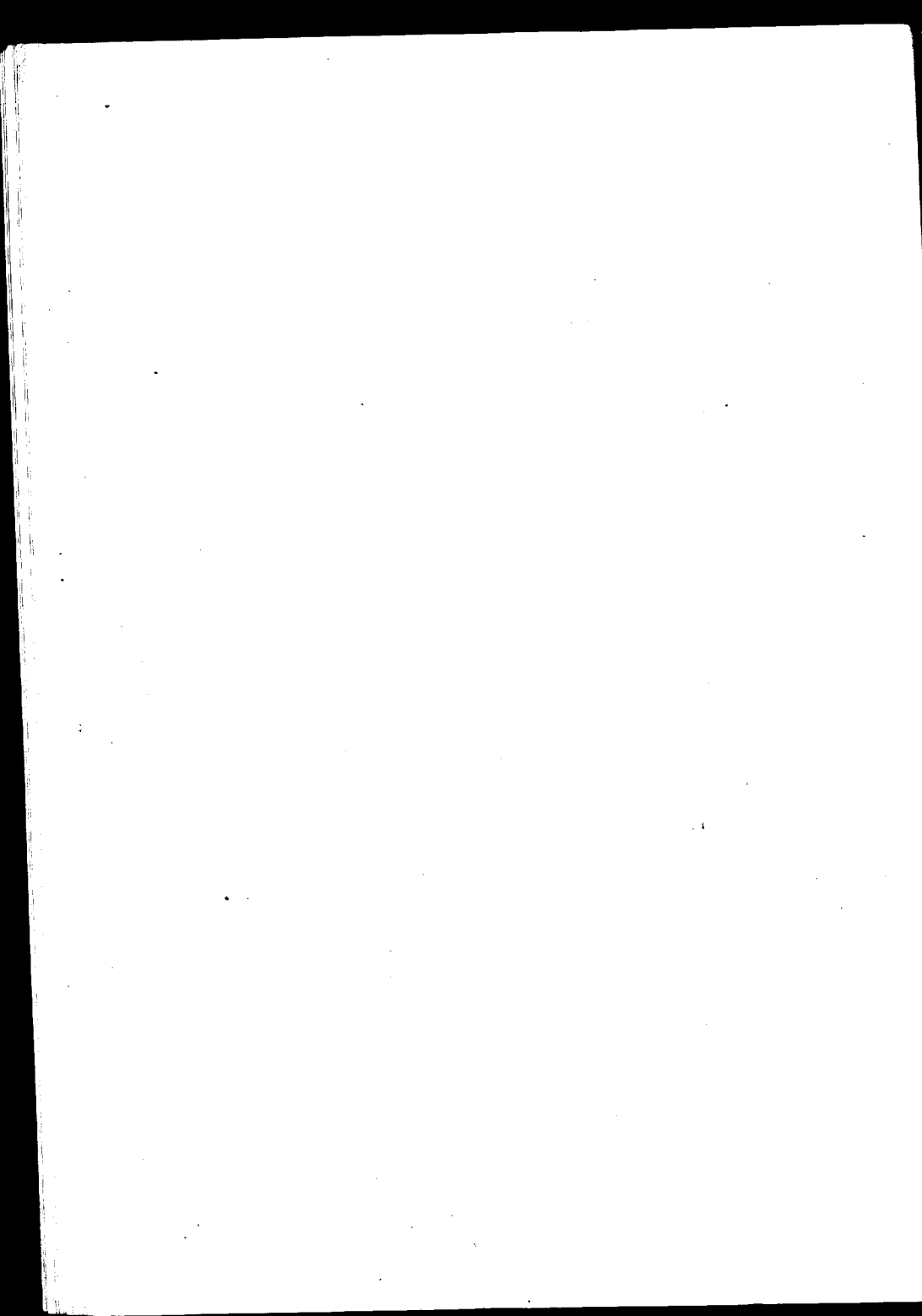
DR. D. » ALEJANDRO CABANNE
» » TOMÁS S. VARELA (2. ^o año)
SR. » JUAN U. CARREA (Prótesis)
» » CORIOLANO BREA (Prótesis)
» » CIRO DURANTE AVELLANAL (1. ^{er} año)



PADRINO DE TESIS

DOCTOR JUAN BORDARAMPÉ

Jefe de Trabajos Prácticos de Clínica Ginecológica
Ex-jefe de Clínica de dicha Cátedra



A MI PADRINO DE TESIS

DOCTOR JUAN BORDARAMPÉ

A LA MEMORIA DE MIS PADRES

A MIS HERMANOS

SEÑORES ACADÉMICOS :

SEÑORES CONSEJEROS :

SEÑORES PROFESORES :



Cábeme el alto honor de presentar a vuestra elevada consideración este sencillo trabajo, que las ordenanzas de la Facultad me imponen como último requisito para optar el honroso título de Doctor en Medicina.

No tengo la pretensión de ser original; me ha guiado únicamente el tratarse de una enfermedad poco común y el haber podido seguir un caso en toda su evolución.

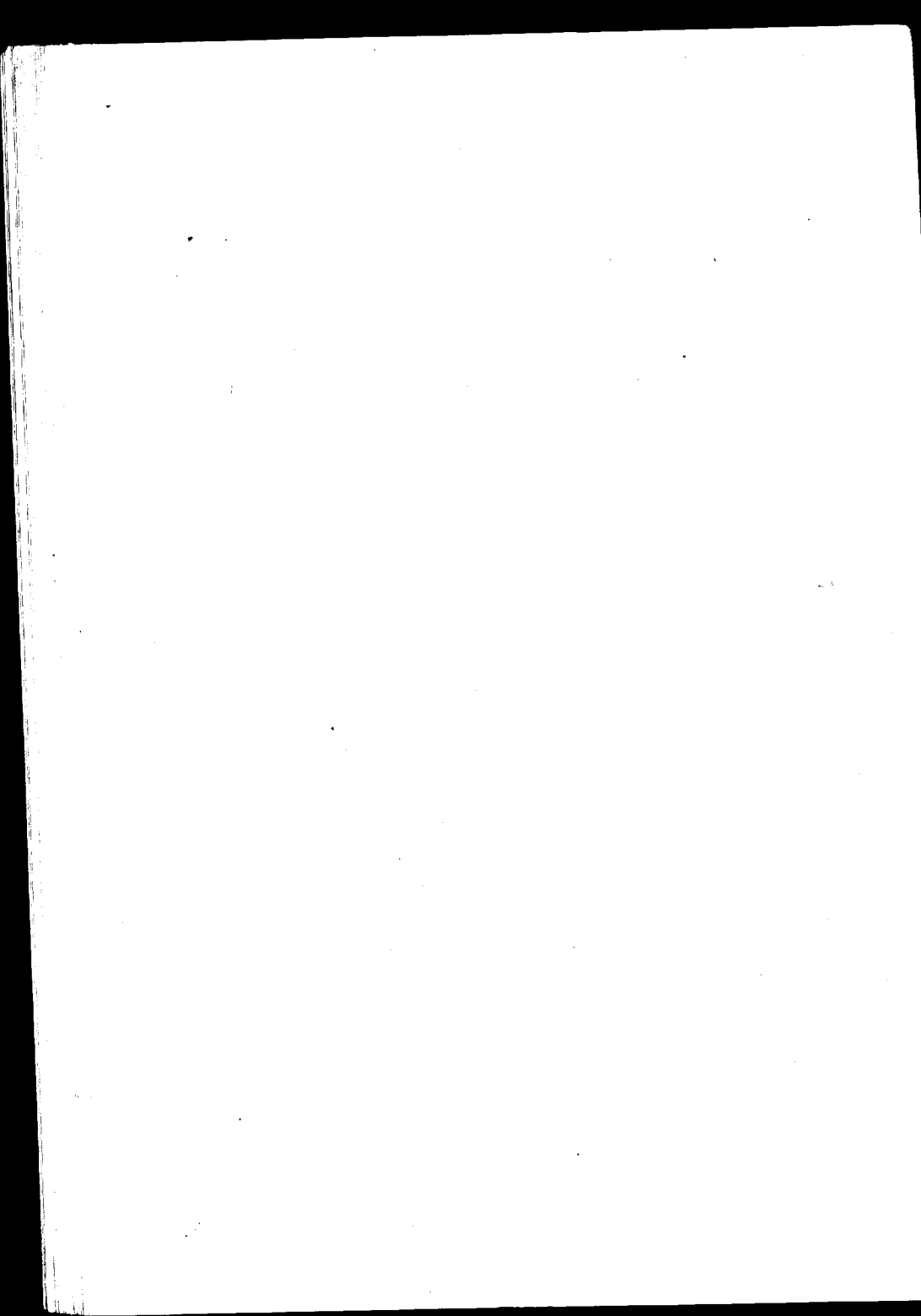
Aprovecho esta oportunidad, para dejar constancia de mi agradecimiento, a todos aquellos profesores que han contribuido con su enseñanza a acrecentar el caudal de mis conocimientos.

Agradezco igualmente al Doctor Juan Bordarampé, quien tiene la gentileza de acompañarme como padrino de tesis.

Y por fin a todos los médicos y compañeros de labor, vaya también un recuerdo de gratitud y cariño.

DEFINICIÓN

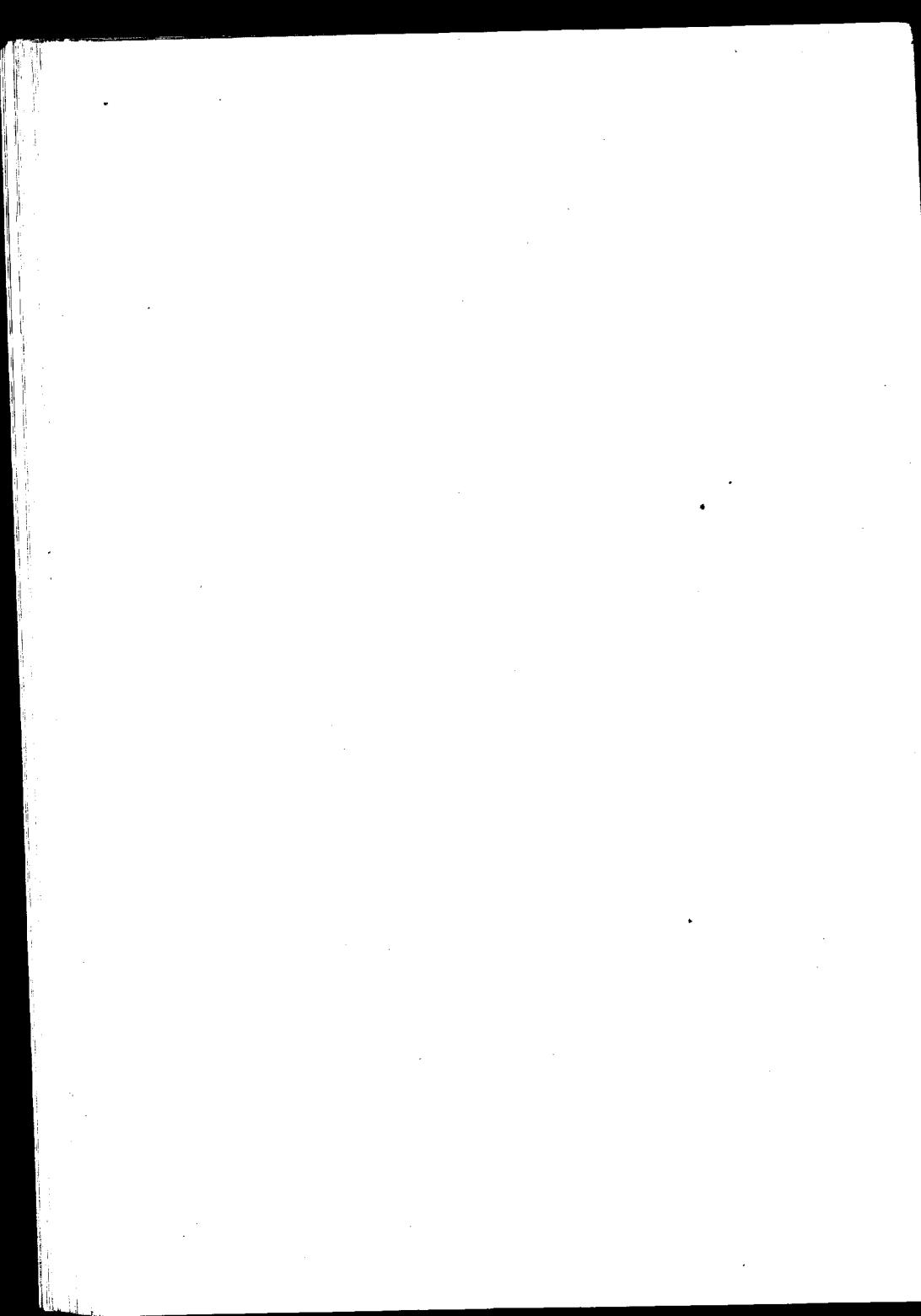
Es esta una enfermedad esencialmente maligna, de origen fetal, que empieza a desarrollarse en el sitio de la inserción placentaria y a veces también durante el embarazo, caracterizándose por ser siempre de naturaleza hemorrágica, por sus metástasis ampliamente desparramadas y por terminar generalmente por la muerte.



SINONIMIAS

Difícilmente encontraremos enfermedad que haya recibido más nombres que la que tratamos.

La larga lista de éstos, indican claramente la confusión que domina su estudio. Así vemos se la ha designado con los de: corioepitelioma, corioma, sincicioma, sarcoma deciduo celular, carcinoma sincicial, deciduo sarcoma, mola hidatidiforme maligna, placentoma maligno, epitelioma ectoplacentario, polipo placentario maligno, sarcoma córico, epitelioma cerotinal, deciduo carcinoma, sarcoma deciduo corio celular, sarcoma corio celular, deciduoma adenomatoso, deciduoma carcinomatoso, deciduoma sarcomatoso, corioma sincicial, corioma sarcomatoso.



HISTORIA

El estudio del decíduoma maligno ha sido iniciado en Alemania en épocas relativamente recientes.

Consultando las ya amplias bibliografías que existen sobre el asunto, vemos como se han complementado los escasos datos que R. Meyer en 1876 nos diese, al comunicar su primera observación anátomo patológica.

Si bien han sido los anátomos patólogos los encargados de individualizar a esta grave lesión que nos ocupa, un estudio clínico completo era menester, para llamar prematuramente la atención de los observadores, impidiendo así la propagación por medio de una eficaz terapéutica, de una enfermedad que casi siempre lleva a la muerte.

La primera observación clínica se le debe a Sãnger en 1889, autor que después de individualizar clínicamente a esta neoplasia la denominó deciduo sarcoma.

Pero el estudio más completo en lo que se refiere a la

anatomía patológica de la neoplasia corresponde a Marchand quien lo efectuó en el año 1894.

Posteriormente a esa época muchísimos son los trabajos publicados y grande es la confusión introducida por esos autores en lo que se refiere a la denominación de la enfermedad; pero el trabajo más completo de conjunto se le debe a Pestalozza quien se ha venido ocupando del asunto en diversas publicaciones aparecidas desde los años 1891 a 1914.

ETIOLOGÍA

El decíduoma maligno puede presentarse en cualquier momento de la vida genital de la mujer, si bien es más frecuente de los 20 a los 30 años, existiendo casos sin embargo que se han desarrollados en plena época menopáusica.

El factor etiológico indispensable es el embarazo, y así vemos que la inmensa mayoría de los casos publicados hasta hoy se han desarrollados después de él. Esto es de una gran importancia.

En efecto, desde hace muchos años se vienen describiendo en otros órganos que el útero, particularmente en el ovario y testículo, tumores cuya estructura es idéntica a la del decíduoma, pero esos tumores no merecen en realidad tal nombre, sino el de tumores de formaciones de aspecto corio epitelial, (Forgue y Massabnan) son unas veces embriomas que encierran tejidos coriales de origen ectodérmico y otros epitelomas de células gigantes, cuyos ele-

mentos celulares pueden tomar, en contacto de los focos hemorrágicos, aspecto sincicial.

Digno es de notar, la frecuencia con que existe el embarazo molar en la historia clínica de la enferma.

Un análisis de los casos descrito por los más recientes observadores, muestra que hay una estrecha relación causal entre la mola hidática y el decíduoma, y nos dá el 40 u 80 por ciento de los casos precedidos por una degeneración hidatiforme del corion.

Vemos también, que estadísticas no tan recientes, nos traen un tanto por ciento algo aproximada a la anterior.

Así Cazin en 17 casos de decíduoma, encuentra que 9 eran secundarios a una mola, lo que nos dá un 53 por ciento.

Segall sobre un total de 65 encuentra 33 lo que dá un 49 por ciento y Briguel en 240 decíduomas encuentra 99 precedidos por molas.

Por término medio en el 50 o 60 por ciento de los casos el decíduoma sucede a una mola. Esta no es más que el primer grado del decíduoma segun Forgue y Massabnan; presenta de éste los caracteres histológicos esenciales; se la puede considerar con Durante, como el adenoma de tendencia maligna que precede al epiteloma.

El decíduoma puede también desarrollarse después de un simple aborto o de un embarazo tubario exigiendo como condición en todos estos casos la retención de restos placentarios.

En cuanto al tiempo que separa al final del embarazo

de la aparición del deciduoma maligno, es muy variable.

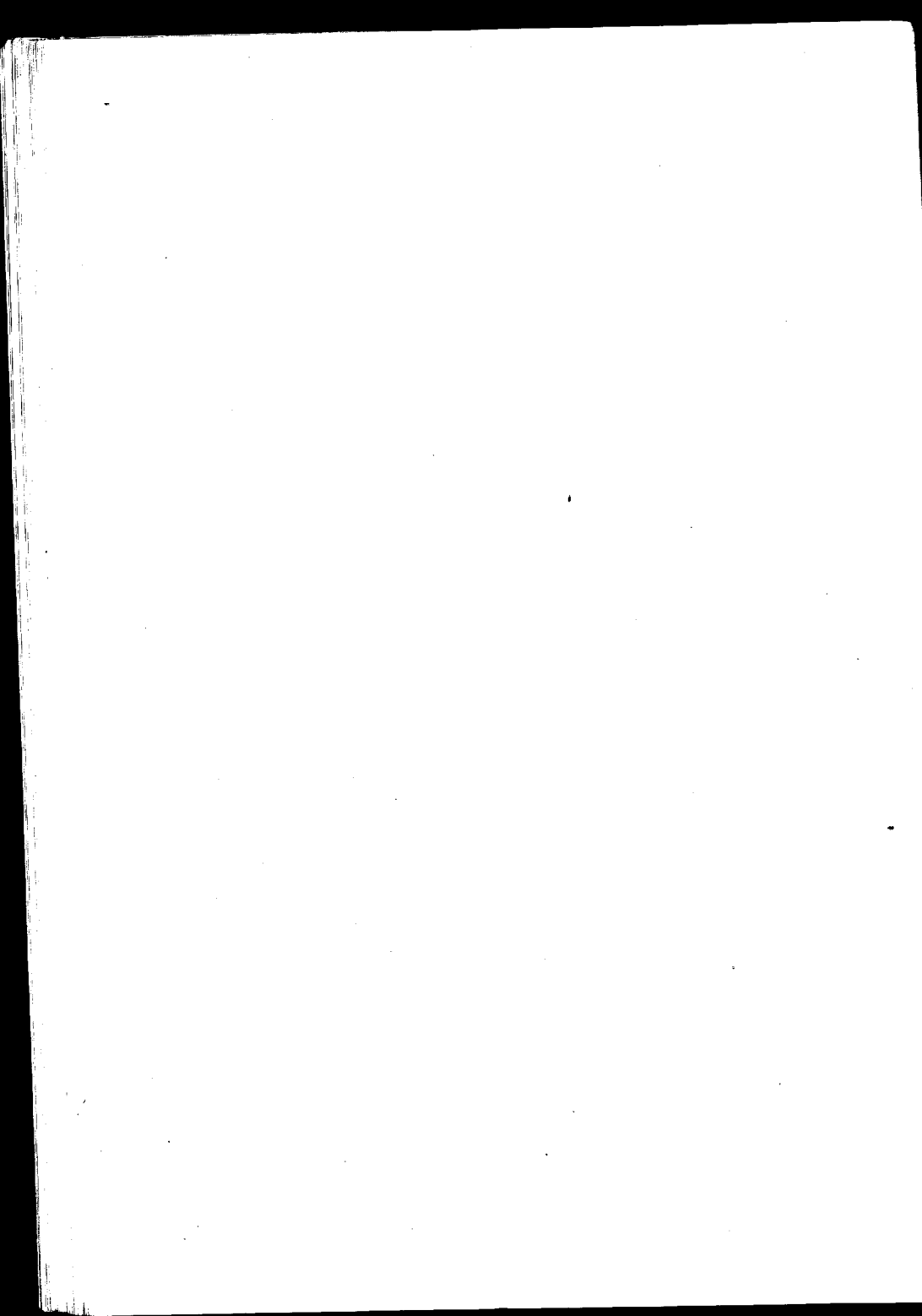
El comienzo puede efectuarse, a las pocas semanas, meses o años, pero por regla general oscila de dos a cuatro meses después de la expulsión del contenido uterino. Sin embargo son muchas las observaciones de período prolongado de latencia, variando de algunos meses a varios años. Tenemos así un caso de Austerlitz que empezó a manifestarse a los 6 meses después de un aborto; el de Fleischmann a los 2 años y 3 meses; el de Mélan a los 9 años y en un caso reciente de Krösing el tumor se produce a los 5 años y medio de la expulsión de una mola.

Cuando la incubación es muy larga, es muy probable que durante su curso se haya producido un embarazo inadvertido o también que el tumor sea debido a la transformación de un polipo placentario, que haya evolucionado silenciosamente en el útero.

Se han citado como *causas predisponentes*:

La *multíparidad*, existe en efecto en muchas observaciones, lo que para algunos autores sería debido, a que los embarazos repetidos determinarían la proliferación de elementos placentarios incluídos en el útero desde el primer puerperio y que luego quedaron como dormidos.

La infección *post partum* o *post abortum* lejos de desempeñar un papel predisponente, pondría hasta cierto punto según Durante al abrigo del tumor provocando la disgregación y la destrucción de los restos placentarios no expulsados.



PATOGENIA

La naturaleza y patogenia del decíduoma maligno son muy discutidas.

La primera discrepancia consiste en saber si el decíduoma es una neoplasia de origen materno o fetal.

Si bien la mayoría de los autores están de acuerdo en considerarla como de origen fetal, hay otros en cambio que la consideran como de origen materno, haciendo depender los elementos de la neoplasia, de modificaciones de la mucosa uterina y de enfermedades preexistentes.

Entre los sostenedores de la primera teoría (materna) se encuentran, Klein y Kupfenhein, Sängner, Nové, Josseraud y Lacroise, Winkles y otros, para quienes el decíduoma provendría de la proliferación de las células conjuntivas de la caduca placentaria, sería entonces un sarcoma de la placenta, un decíduoma maligno. En realidad este sarcoma deciduo celular existe, pero debe separarse del decíduoma maligno.

Weit en cambio, sostiene la idea de que el deciduoma es debido a que en un útero afecto de fibro sarcoma o de endotelioma sobreviene el embarazo y los elementos neoplásicos toman ecaracter sincicial bajo la influencia del desarrollo ovular, y el hecho de que se encuentren en la neoplasia elementos fetales es puramente accidental, pero en manera alguna el factor fundamental de la dolencia, que sigue siendo la neoplasia persistente modificada por la concepción.

Sin embargo, a pesar de lo dicho por Weit y demás autores que acabo de mencionar, la gran mayoría de los ginecólogos están porque el deciduoma maligno es de origen ovular, representando en tal caso un verdadero injerto de células neoplásicas que del huevo se hace en el útero.

Pero los que admiten este origen ovular, no están de acuerdo en cuanto a la naturaleza de los elementos que ocasionan el tumor.

Unos creen que el deciduoma nace a expensas del tejido conjuntivo de las vellosidades coriales, y por lo tanto sería un verdadero sarcoma de origen corial. Esta es la teoría sostenida por Fraenkel, Hartmann y Toupet en Francia y por Gottschalk en Alemania y hoy abandonada por completo.

Otros en cambio, y son la inmensa mayoría, están con Marchand, quien sostiene que esta enfermedad es debida a la degeneración maligna de las células de revestimiento de las vellosidades placentarias, sincitium y células de

Langhans. Pero su naturaleza ha sido interpretada de diferentes maneras.

Freund y Pfannenstiel, creen que el sincitium deriva del endotelio de los vasos maternos y consideran al tumor como un endotelioma.

Kossmaun, Ruge y otros, creen que dicha neoplasia epitelial procede de alteraciones del epitelio uterino y la consideran como un carcinoma.

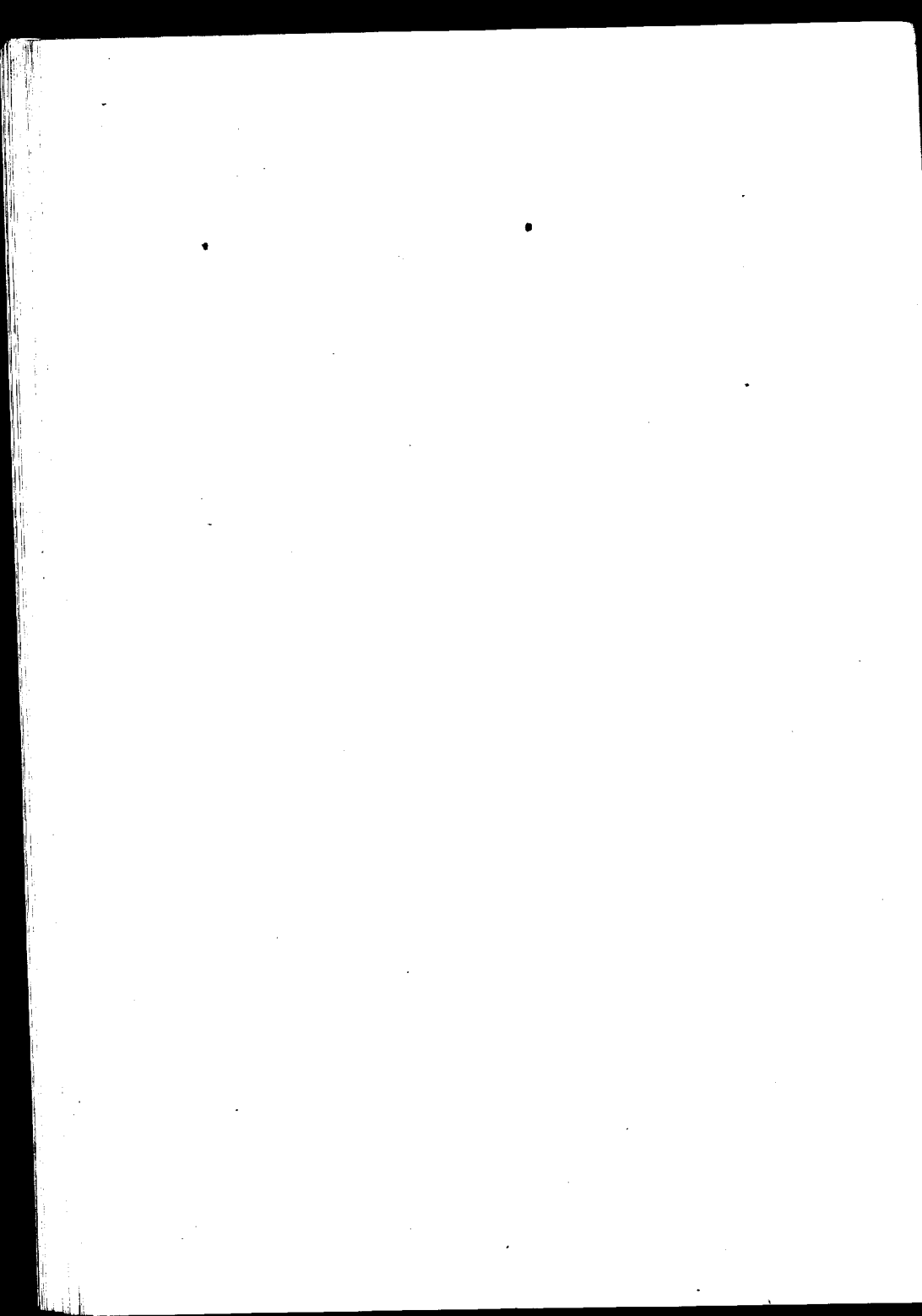
Los trabajos de Apfelstedt y Aschoff, Hubert y Peters y los de Duval sobre la placenta de los roedores, han demostrado su procedencia de las células epiteliales de sincitium y el origen ectodérmico fetal del revestimiento celular de las vellosidades. Por esta teoría vemos que el deciduoma maligno sería un tumorfractamente epitelial, de origen ovular y la denominación que mejor expresaría su modo de ser, sería la de *epitelioma ectoplacentario* que le aplicó Durante, siendo ésta la opinión universalmente admitida en la actualidad.

En cuanto a la *patogenia* del deciduoma maligno se explicaría de la siguiente manera: el ectodermo dá la ectoplacenta, la que a su vez forma la capa epitelial plasmódica o sincitium que recubre las vellosidades placentarias y los vasos, que el mesodermo envía entre las masas sinciciales; éstas más o menos atrofiadas forman un verdadero revestimiento a las venas uterinas y constituyen la única barrera que separa la sangre materna, de los capilares fetales, de manera que en algunos sitios la sangre materna circula por espacios puramente epiteliales.

En estas masas sinciciales de naturaleza ovular, de caracter plasmódico en estado normal, tiene origen el decíduoma maligno. Así como la capa epitelial de la placenta normal, queda limitada en su desarrollo al nivel de la caduca, en el decíduoma se hiperplasia y adquiere un caracter invasor, penetrando en los senos uterinos e invadiendo la caduca y la capa muscular. Así que se expelle el huevo y con él la placenta, basta que una porción del sincitium quede adherida a la caduca y lleve el sello de malignidad neoplásica, para que no tarde en desenvolverse originando el decíduoma. De aquí las relaciones patológicas inmediatas que se observan entre la evolución del tumor y un aborto o un parto, y también la relación íntima entre la mola vesicular y el decíduoma, ya que al fin y al cabo ambas son alteraciones de las membranas ovulares.

En el mecanismo íntimo de esta patogenia existe algo que escapa a nuestras apreciaciones. Quizás alguna lesión preexistente de la mucosa uterina, trasciende a la caduca y favorece la penetración de las células plasmódicas más allá de sus límites normales para constituir el decíduoma maligno, o bien estas células poseen una potencia invasora que les permite ingertarse en la caduca e invadir el organismo materno. Por lo que resulta que dichas células no tendrían de específico más que su implantación en la caduca donde seguirían viviendo en vez de eliminarse.

En cuanto a los fenómenos anatómicos del mecanismo patogenético, su interpretación es muy variable y ninguna de las diferentes hipótesis lo demuestra suficientemente.



ANATOMIA PATOLÓGICA

El deciduoma maligno es un tumor de un *volumen* muy variable pudiendo alcanzar desde el tamaño de una cereza al de una naranja. Su *color* es grisáceo con manchas negruzcas debidas a coagulos sanguíneos. Su *consistencia* es blanda y friable no teniendo nunca la dureza leñosa del tumor canceroso. Su *superficie* es irregular, rugosa y como vegetante. Generalmente es único, pudiendo sin embargo encontrarse en períodos avanzados del mal tumores secundarios.

En cuanto a su *forma*, pueden distinguirse cuatro formas principales:

- 1) Una forma *poliposa*, en la cual el tumor está ligado a la pared uterina por un pedículo de espesor variable.
- 2) Una forma *sesil*, en la que el tumor se inserta por una ancha base en la pared uterina, presentan su superficie un aspecto irregular y como mamelonado.
- 3) Una forma *ulcerosa*, caracterizándose por presentar

una ulceración más o menos profunda, en cuyo fondo se perciben vegetaciones formadas por un tejido blando y friable. A su alrededor el tejido uterino está infiltrado en una cierta extensión.

4) Una forma *intersticial*, la más rara, en la cual el tumor se desarrolla en el espesor de la pared uterina, estando recubierto por una mucosa poco modificada a veces normal.

Al *corte* la superficie del tumor nos presenta tres zonas bastante bien determinadas:

Una *zona interna* o superficial, blanda, de una coloración grisácea con coágulos sanguíneos y manchas negruscas constituidas por tejido neoplásico necrosado.

Una *zona media*, en la que encontramos la estructura típica del decíduoma y de la cual hablaré dentro de un instante.

Y por último una *zona profunda* o de invasión que está constituida por la pared uterina infiltrada por las células neoplásicas.

Al principio de la enfermedad el útero se presenta poco aumentado de volumen, pero en un período más adelantado del mal puede aumentar su tamaño y ascender a varios traveses de dedo por encima del pubis y hasta cerca del ombligo. En un caso de Marcile el fondo del útero llegaba a palparse a dos traveses de dedo por debajo del ombligo.

La *localización* del decíduoma corresponde en la pared uterina al sitio de la inserción placentaria y a las trom-

pas de Falopio en los casos de embarazo tubario. La localización primitiva a nivel del cuello es excepcional.

Sin embargo, se han registrado un cierto número de casos, en los cuales la enfermedad había comenzado en otros órganos, principalmente en los ovarios y en la vagina.

En realidad, la mayoría de estos casos de infección primitiva, son debidos a metástasis de los elementos del corión desde el sitio de la placenta, y que enseguida se han hechos malignos dejando al endotelio libre de enfermedad.

Si nosotros aceptamos las conclusiones de Pick, Webster y otros, de que los elementos normales del corión pueden ser llevados a la vecindad o a órganos distantes del cuerpo por medio de la sangre, nos será fácil comprender por qué el útero mismo no muestra signos de enfermedad, mientras que los depósitos metastásicos hacen un cambio activo y degeneran en productos malignos.

La *propagación* del decíduoma se verifica por su zona profunda, y es notable por la rapidez con que se realiza. Generalmente se propaga siguiendo los intersticios vasculares y conjuntivos, gracias a la penetración de las prolongaciones de las células plasmodiales.

La extensión por *metástasis* es muy característica del decíduoma maligno, y el proceso no solo ocurre rápidamente, sino que muy a menudo se produce en los principios de la enfermedad.

En un análisis de 52 casos recopilados, Dorland encontró que el 70,76 por ciento iban asociados con me-

tástasis y de éstos los pulmones eran los más frecuentemente atacados. Después de los pulmones seguiría por orden de frecuencia en la producción de metástasis, la vagina y después el cerebro, habiéndose también observado en el bazo, ovarios, riñones, hígado, ligamentos anchos, trompa, intestino, pancreas, pleura y otros órganos.

Las metástasis generalmente se producen por vía sanguínea, pero quizás en las últimas etapas de la enfermedad, puedan también los conductos linfáticos acarrear los elementos y depositarlos en los órganos adyacentes o lejanos.

La causa de las frecuentes metástasis, es debida, con toda probabilidad, a la predilección de las células plasmiales por atacar con sus prolongaciones el tejido vascular, y además al hecho fisiológico que los conductos sanguíneos están agrandados y aumentados en número durante el embarazo y en consecuencia ofrecen amplios canales para la distribución de los elementos de la enfermedad.

Los tumores metastásicos varían en tamaño, pudiendo adquirir iguales dimensiones que los primitivos, teniendo también la misma estructura histológica y el mismo aspecto macroscópico.

Un hecho curioso es que el tumor metastásico puede ser la primera indicación de la enfermedad y dirigir nuestra atención hacia la posible presencia de un deciduoma en el útero.

Bland discutiendo estos hechos clínicos dice: «En una

paciente, la primera evidencia de la enfermedad, fueron irritaciones cerebrales y más tarde una hemiplejia del lado derecho. En otro caso la presencia de la enfermedad fué primeramente manifiesta por tos, puntada de costado y hemoptisis, indicaciones de la presencia de embolias malignas en los pulmones. En algunos casos más el tumor fué primeramente notado en los labios y en las paredes vaginales y los síntomas llevaron directamente a observar éstas formaciones».

Examen microscópico.—Histológicamente considerado, el deciduoma maligno se encuentra constituido por dos clases de elementos o células: *las células sinciciales o plasmodiales y las células claras.*

Las *células sinciciales* están formadas por masas protoplasmáticas de formas y dimensiones variables, desprovistas de membranas y cuyos bordes como deshilachados se ramifican en todos los espacios que dejan libres los tejidos próximos.

Este protoplasma es homogéneo y a veces fibrilar, encierra núcleos en gran cantidad diseminados sin orden y vacuolas llenas de glóbulos rojos; no obstante algunas veces se observan células con un solo núcleo voluminoso.

Todos estos núcleos se multiplican por estrangulamiento y segmentación, lo que demuestra una actividad celular muy considerable.

En el espesor de las plasmodias, se observan también

masas de cromatina, algún leucocito o hematíe o alguna célula clara.

Las masas plasmodiales constituyen el elemento esencial específico del deciduoma maligno, y ellas son las que dan al tumor su fisonomía propia.

Las *células claras*, es el otro elemento constitutivo de la neoplasia.

Estas células se encuentran limitadas por una membrana formada por condensación del protoplasma, estando éste a su vez constituido, por una masa transparente, en cuyo interior encontramos uno o dos núcleos claramente delimitados.

Su forma es redonda, oval o piriforme, presentándose en algunos sitios como amoldados por presión recíproca.

Su número es muy variable, existiendo casos en que estas células pueden faltar por completo, sin que por eso el tumor, deje de ser un deciduoma auténtico. Como vemos estos elementos no son característicos del tumor al igual que las células sinciciales.

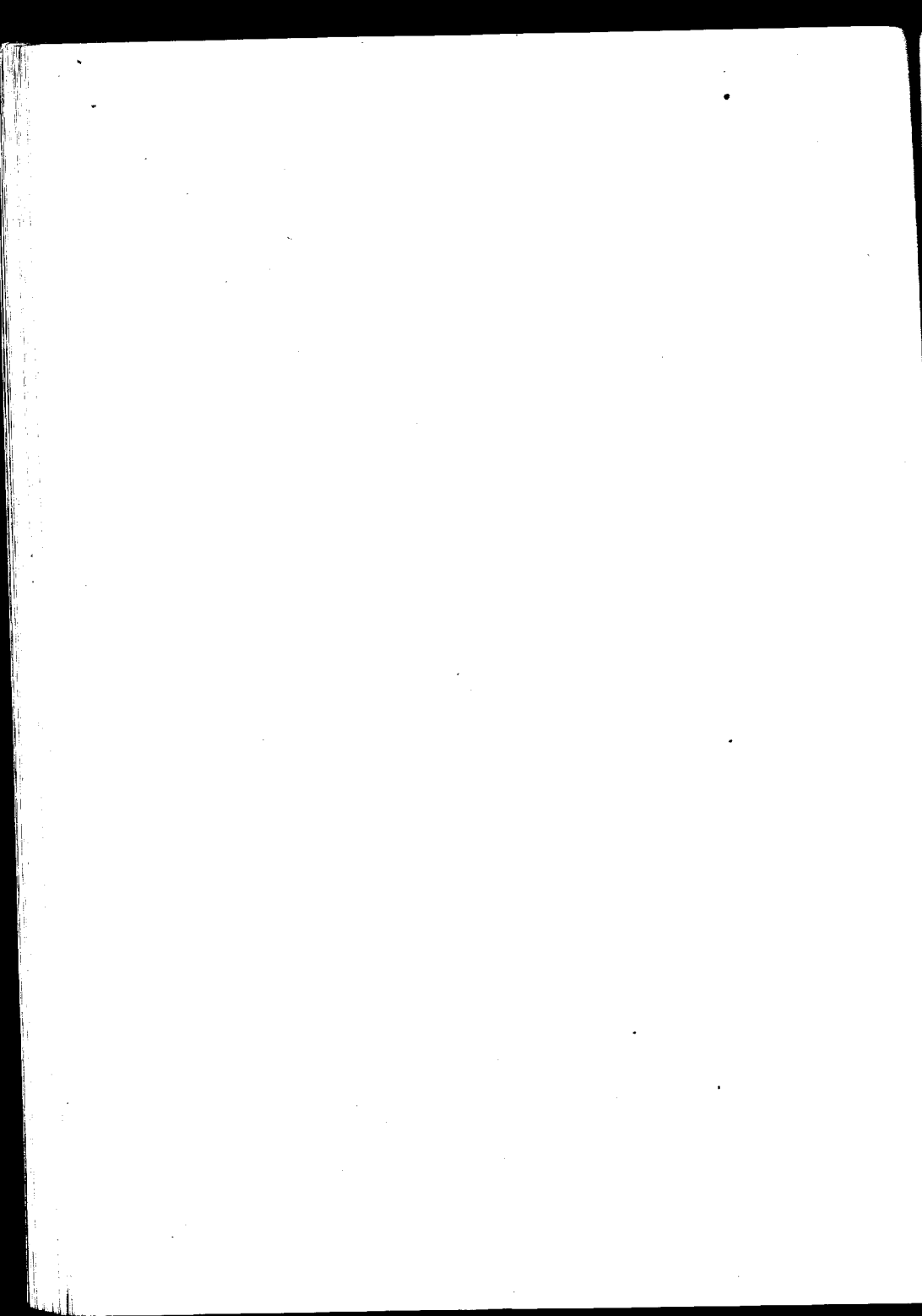
Según la forma como se agrupan estos elementos celulares, tendremos diversas variedades de deciduomas, considerándose sin embargo dos formas como principales, estas son: la *forma papilar* y la *forma areolar*.

En la primera, el tumor se presenta constituido por vellosidades formadas por masas de células claras, recubiertas de una membrana o capa plasmodial de espesor variable.

En la otra, la areolar, las masas están constituídas por

agrupaciones plasmodiales, en cuyos intersticios se encuentran células claras en mayor o menor cantidad y presentando al corte las figuras más caprichosas y desemejantes.

Por último, estos tipos pueden convinarse produciendo una gran variedad de formas.



SINTOMATOLOGIA

Comienzo.—La iniciación puede hacerse de dos maneras diferentes.

Una primera forma, sería la de manifestarse con toda la sintomatología de una metastasis, haciendo desviar la atención del médico a un órgano distinto del útero; pero esta forma de presentarse es rara.

La otra, la más frecuente, su comienzo está marcado por trastornos uterinos. Generalmente se trata de un rezumamiento sanguíneo sobrevenido después de un parto o un aborto o irregularidades de la menstruación.

Período de estado.—En este período los síntomas pueden ser clasificados en la siguiente forma:

Hemorragias.

Flujos.

Dolor.

Síntomas generales.

Hemorragia.—La metrorragia es un síntoma constante y por regla general es la primera manifestación de la enfermedad.

El lapso de tiempo entre la terminación del embarazo y la aparición de la hemorragia varía considerablemente, ocurriendo por lo común temprano y sin ninguna causa aparente.

Esta hemorragia es continua y constituida por un líquido sero-sanguinolento, apareciendo de tiempo en tiempo crisis agudas y hemorragias abundantes con grave peligro para la vida de la paciente.

Generalmente esta hemorragia aumenta a medida que la enfermedad progresa.

Un hecho clínico muy importante y significativo con respecto a decíduoma maligno, es que los medios comúnmente empleados para detener estas metrorragias, no tienen ningún efecto en estos casos, y a menudo la agravan, como sucede con el legrado que abriendo ampliamente las lagunas sanguínea tan numerosos en estos tumores, aumentan considerablemente la pérdida de sangre.

En los casos más felices, en que dá resultado alguno de estos medios, su éxito no es más que temporario.

En resumen: las metrorragias se caracterizan por ser continuas, abundantes, resistir a los tratamientos comunes y acarrear trastornos profundos del estado general.

Flujo.—A veces un flujo leucorréico claro, es un síntoma temprano de la enfermedad.

Algunas veces puede hacer su aparición enseguida del comienzo de la hemorragia, en otros casos puede precederla, pero por lo común se produce simultáneamente, mostrándose entonces como una leucorrea serosa manchada con sangre. Esta secreción es continua y se muestra con más evidencia cuando la hemorragia se produce con intermitencias.

A medida que la enfermedad progresa, tiene lugar la necrosis de las capas superficiales del tumor, el flujo se hace cada vez más profuso, apareciendo mezclado con coágulos y tejidos en descomposición los que le dan un olor infecto.

En caso de mola hidática asociada con el tumor, las molas son expelidas de tiempo en tiempo pudiendo observárselas en el flujo.

Dolor.—El dolor es un síntoma importante en el deciduoma y por regla general comienza muy temprano.

Ladinski y Bland, han descrito cada uno un caso, en el cual este síntoma, fué la primera manifestación de la enfermedad.

El dolor tiene habitualmente su asiento en el sitio del mal, y de ahí se irradia a la pelvis y a la región lumbo sacra. Se produce generalmente en forma de calambre o de roimiento, haciéndose a veces lacinante, como ocurre en los casos de carcinoma de útero.

En algunos casos el enfermo sufre de ataques repetidos

de cólico uterino, que son seguidos por la expulsión de coágulos o molas hidatídicas.

La tendencia del útero a la formación de coágulos y la frecuencia con que se asocia la mola al deciduoma, explica la frecuencia común de estas contracciones dolorosas.

Síntomas generales. — El estado general es afectado prontamente en el curso de esta enfermedad. La paciente profundamente anemiada por la pérdida sanguínea, pierde rápidamente las fuerzas, el peso disminuye y se instala la caquexia.

En algunos casos aparecen síntomas gástricos y la enferma tiene náuseas y vómitos.

El pulso se hace rápido y débil y la absorción de las materias sépticas es causa de una elevación de la temperatura que por regla general no es muy alta.

A veces la enfermedad ataca la vejiga y el recto, quedando la función de estos órganos muy comprometida.

Los síntomas referentes a las metástasis aparecen temprano y son muy característicos cuando se les considera de acuerdo con la lesión uterina. A veces, la verdadera naturaleza de la afección no puede sospecharse, hasta que, los síntomas causados por una lesión metastásica dirigen nuestra atención hacia la pelvis.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del decíduoma maligno ofrece por lo común grandes dificultades. Sin embargo debemos de esforzarnos en descubrir lo más prontamente posible la verdadera naturaleza de la afección, haciendo un estudio detallado y completo de cada caso, ya que la vida de la enferma dependerá de la rapidez con que se instituyan medidas radicales.

Este diagnóstico lo podremos hacer teniendo en cuenta:

La historia clínica de la enferma.

Los síntomas.

Los signos físicos.

El examen microscópico.

Historia clínica.—La historia clínica de la enferma es muy importante y en casi todos los casos encontramos que el embarazo ha precedido a la aparición de los síntomas.

El hecho de haber habido un embarazo a término, un aborto, un parto prematuro o una mala hidatiforme, deberá hacer dirigir nuestra atención hacia la posible existencia de un decíduoma, lo que trataremos de confirmar haciendo una investigación de los demás síntomas característicos de esta afección.

Cuando los síntomas hacen su aparición a las pocas semanas o meses después de un embarazo, la relación entre el tiempo de aparición de la enfermedad y el embarazo en seguida llama la atención y con un estudio completo del caso podremos llegar al diagnóstico de decíduoma.

Pero en otros casos en que el tumor se desarrolla años después de la gestación, no existe tal relación y no tenemos entonces porque sospechar el decíduoma, a menos que encontremos antecedentes de mola.

La edad de la paciente tiene también su importancia, por el hecho de que la enfermedad se produce generalmente durante el período de la vida genital de la mujer.

Síntomas.—Los síntomas del decíduoma maligno no son patognómicos, pero cuando concuerdan con la historia clínica de la enferma y con los signos físicos, presentan un cuadro clínico característico y son por consiguiente de gran valor para sentar el diagnóstico.

En cuanto a la hemorragia, no hay nada que pueda diferenciarla de la del cáncer, a no ser el hecho de ocurrir después de un parto, en una mujer cuya salud ante-

rior era buena y que los métodos empleados comunmente para detenerla van seguidos por escaso o nulo resultado, datos estos que deben hacer dirigir nuestra atención hacia la posibilidad de un decíduoma maligno. Así por ejemplo si la hemorragia es debida a una retención de residuos placentarios el curetaje dará resultados satisfactorios, en cambio en el decíduoma, además de no encontrar residuos de placenta, la hemorragia volverá rápidamente o se hará más intensa.

El flujo no tiene nada de característico que nos pueda indicar la naturaleza de la afección, sin embargo si son expelidas conjuntamente molas hidatídicas por la vagina, la existencia del decíduoma debe de temerse y deberemos ir en busca de los demás síntomas que nos darán el diagnóstico.

El dolor es un síntoma constante, prominente y por lo general principia desde temprano. Como sabemos esta no es la regla en el cáncer, ya que el dolor no se produce hasta que la degeneración maligna se halle extendida más allá del útero, invadiendo la pelvis y los tejidos adyacentes.

En cuanto a la situación del dolor es la misma en las dos enfermedades.

Los ataques de cólico uterino son más característicos del decíduoma y tienen su principio al comienzo de la enfermedad. Sin embargo aunque este síntoma puede observarse también en el cáncer, no se manifiesta hasta un período más avanzado del mal.

Las metastasis tempranas son también características de esta afección, debiendo estudiarse con cuidado la posible presencia de lesiones secundarias, observando todos los síntomas referente a cerebro, pulmones y demás órganos.

Signos físicos.—Los signos físicos serán estudiados principalmente por el tacto.

Colocada la enferma en posición ginecológica, principiaremos el examen por el tacto vaginal, para continuar por el vagino-abdominal, cuidando de hacerlos suavemente para evitar el peligro de una hemorragia.

La vagina es la primeramente explorada buscando de constatar la presencia de depósitos metastásicos. Estos al principio se presentan como pequeñas masas redondas, más o menos duras, dando la impresión de nódulos fibrosos. Más tarde se reblandecen a causa de las hemorragias que se producen en su interior y al último se desprenden dejando sitios socavados de tejido necrótico.

El cuello está blando y algunas veces, lo bastante dilatado para dejar penetrar el dedo en la cavidad uterina.

El tacto *vagino abdominal* es empleado para determinar el tamaño y consistencia del útero, la presencia de un tumor y de depósitos secundarios en los anexos.

Al principio de la enfermedad, el útero se encuentra un poco aumentado de volumen, pero más tarde cuando el tumor ha crecido, el fondo puede llegar hasta cerca del ombligo.

Las paredes uterinas no están alteradas en su consistencia al comienzo, pero a medida que el mal invade los tejidos vecinos, se hacen blandos, friables y fácilmente pueden romperse por manipulaciones poco cuidadosas.

Cuando el tumor ha alcanzado algún tamaño, da la sensación de una masa consistente, fibroide; después se hace blanda y podría en este caso hacerla confundir con algún proceso inflamatorio anexial.

La palpación de los anexos puede también demostrar la presencia de nódulos secundarios.

El examen de los signos físicos, podría completarse con el examen visual y aún por el olor del flujo, pero esto no nos dá ningún dato de importancia desde el punto de vista del diagnóstico.

Examen microscópico.—Este medio de diagnóstico debe ser realizado en todos los casos para poder determinar el carácter o naturaleza de los trozos extraídos y llegar a establecer un diagnóstico seguro.

Es de suma importancia para este examen, que al extraer con la cureta las partes de tumor destinado para ello, penetremos profundamente, para extraer los tejidos que contienen los elementos típicos de este tumor, y no cometamos el error de sacar con un legrado superficial, únicamente la parte más interna o degenerada de la neoplasia. la que al examen microscópico no nos mostraría los elementos característicos del decíduoma y llegaríamos

con consiguiente a una falsa conclusión sobre la verdadera naturaleza de la enfermedad.

El examen microscópico es lo único que resuelve el diagnóstico de una manera segura, pues las células plasmoidiales dependientes del sincitium o de la capa de Langhans son enteramente características y no dejan lugar a duda, al extremo de haber permitido en muchas ocasiones, diagnosticar la metástasis antes que la afección uterina.

Diagnóstico diferencial.—El decíduoma maligno lo debemos distinguir del cáncer y del sarcoma del cuerpo del útero, de los fibromas sub-mucosos, de los pólipos uterinos, de un aborto incompleto y con ciertas formas de sífilis (gomosa).

El diagnóstico entre cáncer y decíduoma maligno es de lo más difícil, y ya hemos dicho que lo único que lo resuelve de una manera segura es el examen microscópico.

Sin embargo, se describen un gran número de síntomas diferenciales, que en muchos casos tienen su importancia y que Ashton resume en el siguiente cuadro sinóptico:

DECIDUOMA MALIGNO

- 1) Depende casi siempre del embarazo y ocurre después de éste, del aborto, embarazo tubario y mola hidatídica.
- 2) Enfermedad del período genital de la mujer; la verdadera edad 32 años.

CÁNCER

- 1) No tiene conexión con el embarazo.
- 2) Enfermedad de edad avanzada, por regla general cerca de la menopausia.

DECIDUOMA MALIGNO

CÁNCER

- | | |
|--|--|
| 3) Hemorragia profusa y temprana. | 3) Más tardía. |
| 4) El dolor aparece temprano. | 4) Más tardío en aparecer. |
| 5) Los cólicos uterinos son síntomas frecuentes y tempranos. | 5) Ocurren tarde o no ocurren. |
| 6) Flujo al principio claro y de aspecto seroso. | 6) Idem. |
| 7) El flujo contiene desde temprano tejidos descompuestos. | 7) Aparecen más tarde. |
| 8) El flujo puede contener fragmentos de mola hidática. | 8) No se presentan. |
| 9) Metastasis desde temprano y muy dispersas. | 9) Tarde y no tan generales. |
| 10) Cuello blando, muy pastoso por regla general. El dedo entra fácilmente dentro del útero. | 10) Cuello blando menos pastoso. El dedo no entra tan fácilmente dentro del útero. |
| 11) Masas friables blandas y grandes coágulos se encuentran con frecuencia en el interior del útero. | 11) Menos detritus y menos coágulos. |
| 12) Base del tumor blanda y fungosa. | 12) Dura e indurada. |
| 13) Útero agrandado desde temprano y que aumenta rápidamente de tamaño. | 13) No crece tan pronto ni llega a un gran tamaño. |
| 14) La superficie del útero no es nodular por regla general. | 14) Superficie nodular a medida que avanza la enfermedad y la infiltración se produce. |
| 15) La pared del útero se hace blanda y muy friable. | 15) La pared del útero es indurada. |
| 16) La enfermedad se extiende pronto a los tejidos vecinos. | 16) Tarde. |
| 17) La muerte ocurre en seis meses casi siempre. | 17) A veces dura uno a dos años. |
| 18) El examen microscópico muestra los elementos característicos. | 18) Idem. |

Con el sarcoma.—Poco se deduce de la historia clínica, apesar de que la edad de la paciente guarda alguna relación con la naturaleza de la afección, produciéndose en la mayoría de los casos entre los 40 y 50 años. No debe olvidarse sin embargo que la enfermedad puede atacar mujeres muy viejas y niñas.

Esta enfermedad no tiene ninguna conexión con el embarazo, siendo más frecuente en las nulíparas.

El útero está ablandado y es grande, pero no en tan alto grado como en el deciduoma. Este agrandamiento es simétrico, salvo cuando los nodulos sarcomatosos están situados cerca del revestimiento peritoneal.

El útero es en un principio movable pero después se hace adherente y fijo.

Las metástasis se producen más tardíamente que en el deciduoma y no son tan generalizados.

La duración de la vida es de 2 a 3 años, sin embargo la muerte puede producirse más temprano desde los 4 meses, o también más tarde hasta los 10 años.

Aquí también el microscopio es lo único que nos dá un diagnóstico seguro mostrándonos sus elementos característicos.

Con el fibroma sub-mucoso.—La enfermeñad no tiene conexión con el embarazo y por lo general la paciente es esteril.

La afección es de larga duración y causa comparativa-

mente pequeños trastornos, a pesar de que pueden producirse hemorragias de bastante gravedad.

Más comunmente se producen hemorragias que metro-rragias.

Está generalmente asociada, con fibromas sub-peritoneales o intersticiales.

El útero está agrandado, globular y sus paredes son más duras que normalmente.

El microscopio nos dará la verdadera naturaleza del tumor.

Con un pólipo uterino.—La historia, signos físicos y síntomas son los mismos que los del fibroma sub-mucoso y por lo tanto no insistiré sobre su diagnóstico.

Con un aborto incompleto.—El conjunto de síntomas, antecedentes, etc., del aborto incompleto son tan característicos, que por lo común no hay dificultad en el diagnóstico. Sin embargo hay que recordar la posibilidad de que un deciduoma siga a un aborto y siempre que la convalecencia no sea anormal se deberá hacer un examen prolijo de la enferma.

Otras veces el diagnóstico diferencial es más difícil, tal sucede en los casos en los cuales, los productos de la concepción son retenidos por semanas o meses, siendo necesario en estas enfermas, para llegar a un diagnóstico seguro, hacer un curetaje y examinar los detritus al microscopio.

Con ciertas formas de sífilis.—Ciertas formas de sífilis gomosas pueden ser confundidas con el decíduoma maligno.

En estas circunstancias, dilucidaremos el diagnóstico buscando antecedentes, haciendo una reacción de Wassermann y en caso de duda imponiendo un tratamiento mercurial de prueba.

COMPLICACIONES

Diversas complicaciones pueden acelerar la evolución del deciduoma maligno, siendo las más frecuentes, las metástasis, los accidentes infecciosos y la perforación uterina.

De las metástasis ya he hablado en algunos de los párrafos precedentes, concretándome por ahora a decir, que son tan frecuentes que muchos observadores las consideran como un síntoma de la enfermedad, que son muy prematuras y rápidas, y que son la causa de la muerte de las enfermas en un 90 % según algunos autores y según otros en un 64 % del total de casos.

Los accidentes infecciosos se traducen por los síntomas de una septicemia crónica; adelgazamiento, pérdida de las fuerzas, aceleración del pulso y fiebre séptica. La secreción vaginal se hace saniosa, muy fétida y a veces purulenta.

La perforación uterina determina la mayoría de las veces una peritonitis sub-aguda o generalizada; en otras enfermas se forman adherencias y se producen fistulas intestinales, y por último en un determinado número de casos puede producirse una hemorragia interna.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

En general, la evolución del deciduoma maligno es rápida y abandonado así mismo la muerte sobreviene al cabo de un tiempo que varía de semanas a cuatro o seis meses; a veces, sin embargo, esta evolución puede ser más lenta, sin que nada explique en la naturaleza del tumor esta relativa benignidad.

En cuanto al pronóstico, el deciduoma maligno es una enfermedad excesivamente grave; es sin duda alguna el más maligno de los cánceres del útero, aunque este grado de malignidad no puede ser estimado con exactitud, según opinión de algunos autores.

Se basan en varios casos observados, en los cuales ha ocurrido la cura espontánea del tumor, y en otros en que la desaparición de la metástasis se hizo, después de la remoción del foco inicial.

En efecto, Noble cita un caso en el cual la vejiga estaba envuelta por un depósito secundario que no pudo ser

extirpado cuando se efectuó la histerectomía, observando poco después la desaparición espontánea de dicha infiltración vesical, dejando a la paciente libre de su lesión.

Casos semejantes a estos citan también Hörmann, Von Velitz y Fleischmann.

Cabe preguntar ahora, si en todos estos casos de deciduoma maligno espontáneamente curados, se trataba realmente de esta enfermedad.

TRATAMIENTO

El tratamiento del decíduoma maligno lo podemos dividir en:

Profiláctico.

Radical.

Paliativo.

Tratamiento profiláctico.—Como está demostrado que el decíduoma maligno está estrechamente asociado al parto, aborto y principalmente a la mola hidatídica, el tratamiento preventivo consistirá, en los cuidados que conviene dar al útero después de ellos, con el fin de prevenir los injertos placentarios. De manera que siempre que se tenga la sospecha de retención de residuos, habrá que practicar el legrado digital. En el caso de mola, como el peligro es mayor, algunos autores aconsejan practicar sistemáticamente el legrado digital, seguido después del

legrado instrumental, cuando las paredes uterinas han recobrado su tonicidad,

Tratamiento radical. — Pueden practicarse dos operaciones: *el legrado instrumental y la histerectomía.*

El *legrado*, según ciertos autores, ha dado algunos éxitos momentáneos en algunos casos en que el tumor estaba en su comienzo y no había invadido las capas profundas del útero.

A pesar de todo, en estos casos, habría que dudar del diagnóstico.

Por lo general, el raspado es una operación insuficiente, mala y peligrosa, por cuya causa debe ser completamente abandonado.

La *histerectomía* es el tratamiento de elección del deciduoma maligno, a condición sin embargo, de ser instituida lo más tempranamente posible, por cuya razón todos nuestros esfuerzos deben dirigirse a hacer un diagnóstico lo más precozmente posible de la enfermedad.

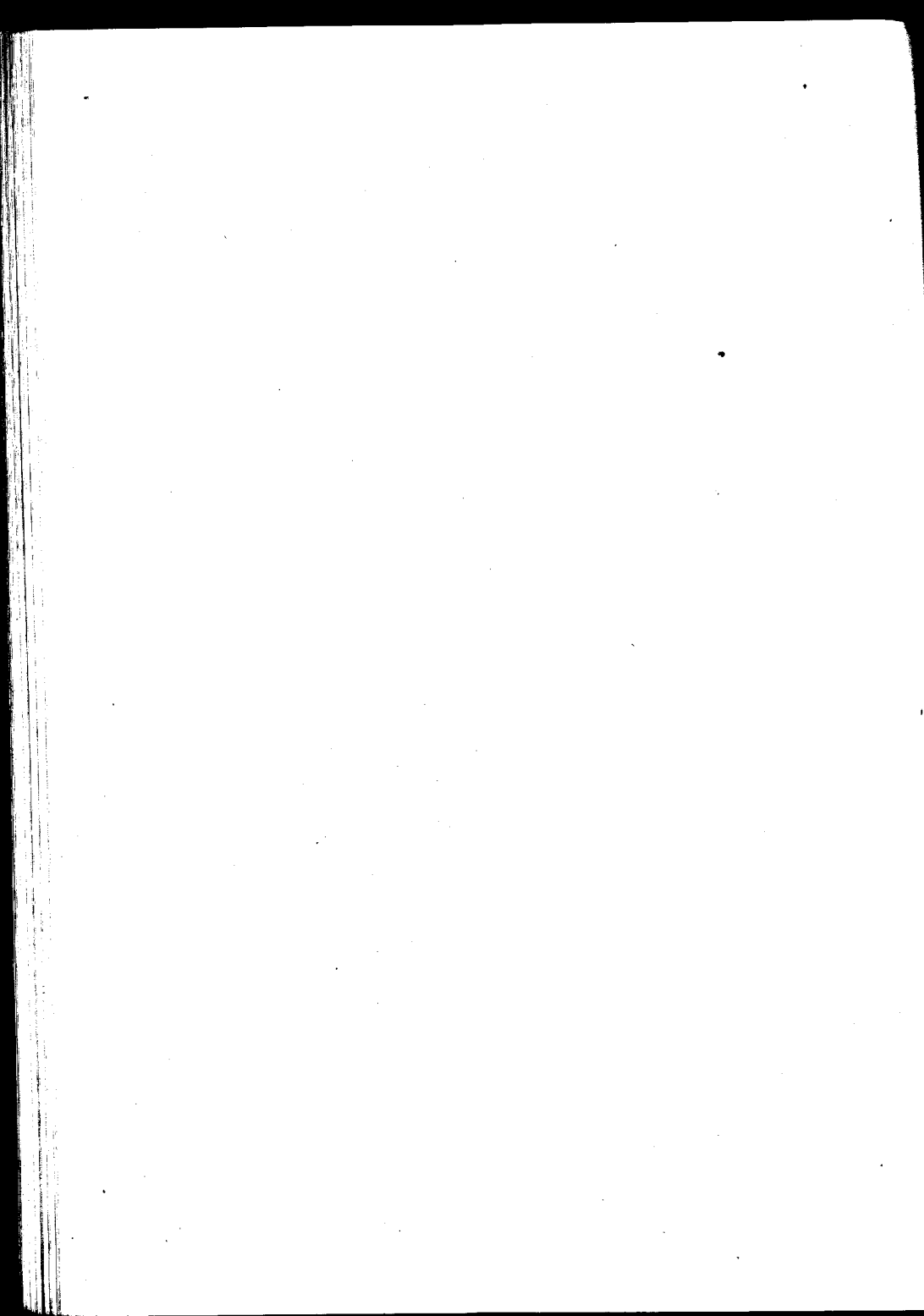
Esta histerectomía debe ser total, ya por vía abdominal o por vía vaginal siendo preferible la primera, haciéndose al mismo tiempo la extirpación de todos los focos metastásicos posibles.

Debe ser practicada siempre que el estado general de la enferma lo permita y que las propagaciones neoplásicas peri-uterinas no hayan hecho irrealizable la operación.

La existencia de metástasis a distancia no contraindi-

can la intervención, puesto que se han señalado casos de regresión de metástasis después de la operación.

Tratamiento paliativo. — El tratamiento paliativo es puramente sintomático y con él nos proponemos combatir los dolores, la hemorragia y la fetidez y abundancia del flujo.



HISTORIA CLINICA DEL DECIDUOMA MALIGNO

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL DR. ENRIQUE BAZTERRICA

Jacinta M., de 43 años de edad, argentina, viuda.

Entró al servicio el 20 de Diciembre de 1916, murió el 23 de Febrero de 1917.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión, viruela, coqueluche en la infancia. Regló a los 13 años. Sus reglas fueron muy irregulares, duraban 5, 10 o 15 días; sentía intensos dolores después del período, eran muy abundantes, aperiódicas.

Se casó a los 13 años, ha tenido 13 hijos y 7 abortos. No sabe precisar bien su aparición, ha tenido flujos.

Enfermedad actual.—Se inicia hace 5 meses con una metrorragia que se continúa hasta el presente, esa hemorragia que en ocasiones ha sido muy abundante sin ceder

a ningún tratamiento ha sido acompañada de dolores en el bajo vientre, en la cintura y en los muslos; ha tenido cefalalgia.

Estado actual.—Vulva de multipara con ligero colpocele anterior y posterior, periné poco resistente. Vagina libre y amplia; por el tacto y palpación combinada se toca el útero aumentado de volumen y sobrepasando unos 6 dedos por encima del pubis, en el fondo de saco posterior se palpa un gran tumor de superficie lisa que hace cuerpo con el útero y se continúa con él, se pelotea fácilmente es duro de consistencia y ocupa casi toda la excavación pelviana, es doloroso al tacto. No es posible hacer la palpación de los anexos por impedirlo el tumor.

Al espéculo se ve un cuello de multipara con desgarradura transversal, con orificio algo entreabierto y por el cual se ve salir algunas gotas de sangre. La histerometría revela una cavidad anfractuosa en la que el histerómetro entra a saltos marcando 11 centímetros de cavidad.

Operación.—Diciembre 28 de 1917.

Operador.—Dr. Carlos Alberto Castaño.

Anestesia.—Con éter.

Se hace una laparotomía infra-umbilical. Abierto el vientre se encuentra el colon pelviano adherido al fondo del útero, se desprende, abriéndose una pequeña parte de la S ilíaca que se sutura en 2 planos. El fondo del útero se ha ulcerado y abierto espontáneamente por un tumor que ha agrandado el útero y le ha destruido el fondo.

Se hace una histerectomía total típica, se hace un drenaje vaginal y luego abdominal con tubo y gasa. Se cierra el vientre en 3 planos.

Examen anátomo patológico.—El útero extraído está aumentado de volumen y congestionado, presentando en su cara posterior una abertura que al parecer ha servido para dejar pasar pús. Al corte se notan sus paredes engrosadas y lesiones de mucosa inflamada.

ANÁLISIS DE ORINA

Caracteres físicos

Color.....	Ambar
Aspecto.....	Turbia
Consistencia.....	Fluida
Espuma.....	Blanca
Densidad a + 15°.....	1013
Reacción.....	Acida

Elementos fisiológicos

R. T.	30.29.....	Albúmina 0.75
Urea	16.65.....	Hemoglobina poca
Cloruros	9.20.....	Sangre negativa
Fosfatos	1.30.....	

Examen microscópico.—Campo totalmente ocupado por hematies y leucocitos.

Wassermann.—Negativa.

Análisis de sangre

Glóbulos rojos.....	4.010.000
Glóbulos blancos.....	6.400
Relación globular.....	1 x 626
Valoración globular.....	0.93
Hemoglobina.....	75

Fórmula leucocitaria

Polinucleares neutrófilos..	78	%
Polinucleares eosinófilos..	0.53	»
Mouonucleares.....	2.66	»
Linfocitos.....	19	»
Glóbulos rojos.....	normales	

Reacción de Abderhalden dió resultado positivo franco.

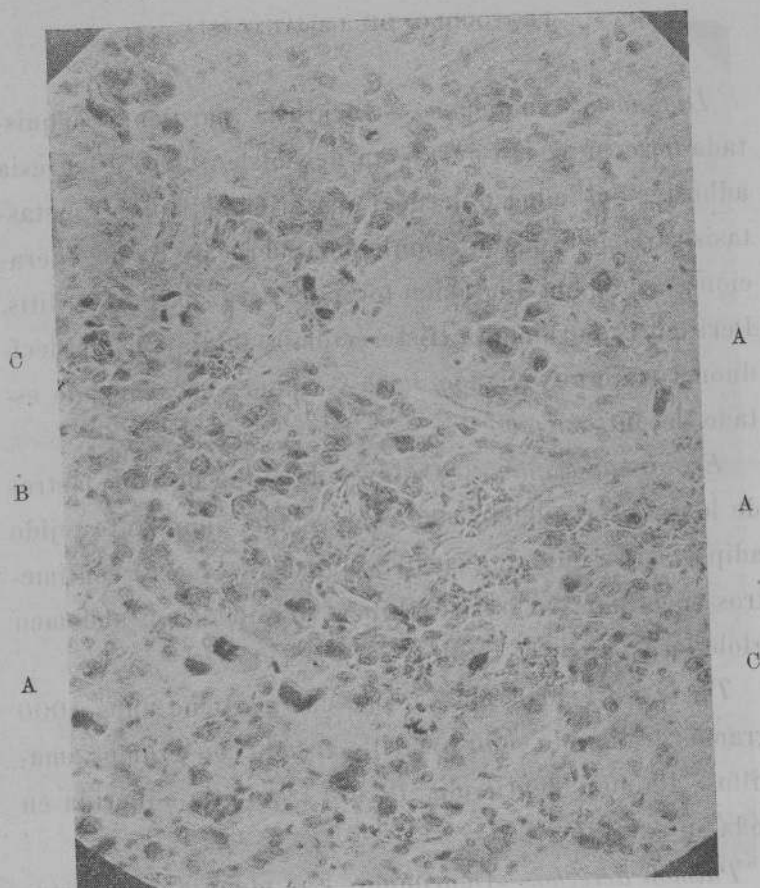
Los cortes histológicos del tumor demuestran que se trata de un deciduoma maligno según puede verse en la microfotografía n.º 1.

Observaciones.—La enferma sigue con tos diurna y temperatura quebrada. La herida cerró por segunda.

El pulmón revela focos múltiples con matitez, rales subcrepitantes diseminados en ambos pulmones. No mejora ningún tratamiento y muere. La autopsia reveló metastasis pulmonares del mismo origen que el tumor extirpado. (Micrografía n.º 2).

Microfotografía n.º 1

D



TUMOR DE ÚTERO

A, Células voluminosas (plasmodias), de abundante protoplasma, irregulares, con uno o dos núcleos que son las que caracterizan la neoplasia.

B, Células claras que rellenan los espacios que dejan las plasmodias y entre ellas se ve una substancia fibrilar.

C, Senos sanguíneos que irrigan el deciduoma.

D, Plasmodias con masas de cromatina en su espesor.

PROTOCOLO DE LA AUTOPSIA

Diagnóstico anatómico.—Pleuresía purulenta enquistada derecha y sero-purulenta del mismo lado. Pleuresía adhesiva del lado izquierdo. Congestión pulmonar y metástasis sarcomatosas en el pulmón? Sobrecarga y degeneración grasosa con dilatación total del corazón. Pericarditis. Peritonitis purulenta. Histerectomía total por un deciduoma maligno. Hígado, bazo y riñones en avanzado estado de putrefacción.

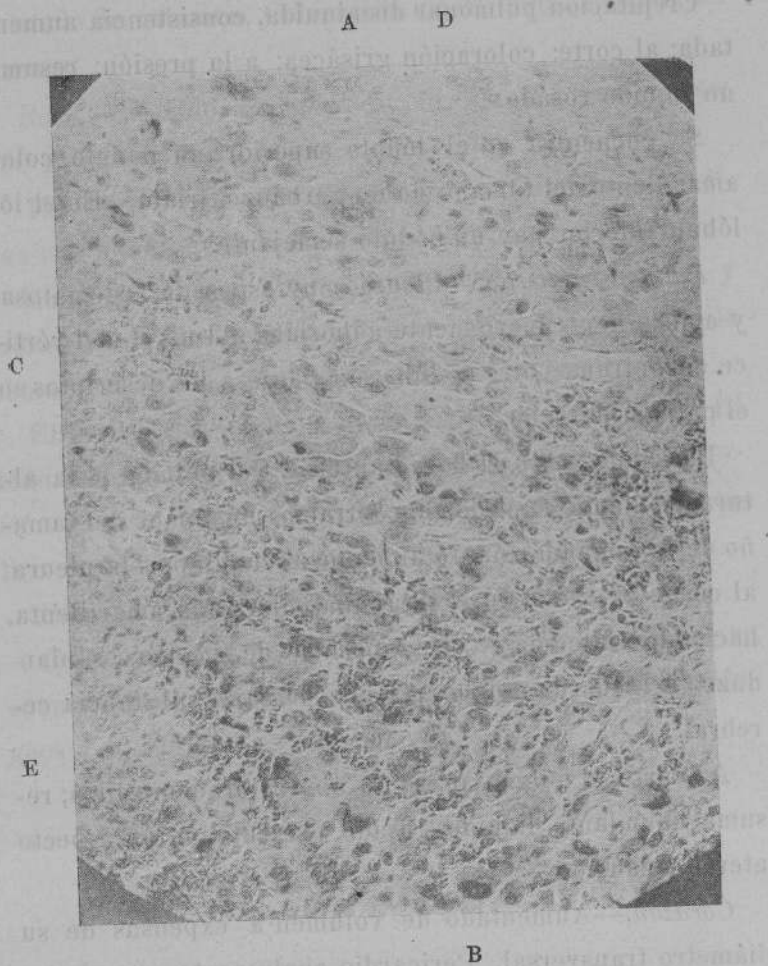
Estudio descriptivo.—Cadáver de mujer de 1.60 metros de longitud; esqueleto bien conformado, abundante tejido adiposo. Presenta una cicatriz quirúrgica de 20 centímetros en la porción infra-umbilical del abdomen; abdomen globuloso.

Tórax.—Cavidad pleural derecha contiene unos 1000 gramos de líquido color amarillo rosado con grumos amarillos. Pulmón deprimido. Pleura izquierda adherida en toda su extensión.

Pulmón derecho.—Deprimido. Las pleuras recubiertas con un exudado abundante fibrino-purulento edematizado que se desprende con facilidad. Está adherido al diafragma pero se desprende fácilmente.

En la porción anterior de la cara mediastínica, hay en el espacio pleural una colección purulenta enquistada que está en comunicación con una cavidad labrada en el parenquima próximo.

Microfotografía n.º 2



METÁSTASIS DEL DECIDUOMA EN PULMÓN

- A, Células (plasmodias) con varios núcleos.
- B, Células (plasmodias) con un núcleo.
- C, Células claras.
- D, Capilares sanguíneos.
- E, Glóbulos rojos.

• Crepitación pulmonar disminuída, consistencia aumentada; al corte: coloración grisácea; a la presión: resuma un líquido rosado.

Se encuentra en el lóbulo superior un nódulo color amarillento del tamaño de un garbanzo, friable. En el lóbulo inferior hay un nódulo semejante.

Pulmón izquierdo.—Pleura muy espesada, edematosa, y ambas hojas fuertemente adheridas. Al nivel del vértice encontramos otro nódulo semejante a los descriptos en el pulmón derecho.

Insertado sobre el borde anterior del pulmón a la altura del lóbulo superior encontramos un tumor del tamaño de una mandarina totalmente envuelto por la pleura; al corte: el tumor presenta una coloración amarillenta, haciendo saliencia en la superficie de sección; es blanduzco y recuerda mucho por su aspecto la substancia cerebral.

Al corte, el pulmón presenta una coloración rojiza; resuma abundante líquido rosado, presentando un aspecto aterciopelado.

Corazón.—Aumentado de volumen a expensas de su diámetro transversal. Pericardio opalescente con placas nacaradas; abundante tejido adiposo sub-pericárdico.

Cavidad aurículo ventricular derecha aumentada, paredes adelgazadas. La cavidad aurículo ventricular izquierda en las mismas condiciones. Músculo flácido, friable, amarillento.

Higado.—En avanzado estado de descomposición, au-

mentado de volumen. Coloración amarillenta. Peso: 1525 gramos.

Bazo.—Flácido. En igual estado que el hígado. Peso: 130 gramos.

Abdomen.—Las ansas intestinales sumamente distendidas con adherencias entre ellas y al peritoneo parietal.

En la pelvis hay una masa uniforme con coágulos y trozos de tejido necrosados y se encuentra una amplia comunicación de la vagina con la cavidad peritoneal.

El útero falta a causa de una histerectomía total. El todo despidе un olor nauseabundo. El curso de la infección ha sido ascendente siguiendo el espacio parieto-cólico-derecho.

Riñones.—En avanzado estado de descomposición.

Cerebro y cerebelo.—Pesán 1100 grs. Las meninges se encuentran infiltradas de un líquido seroso. Vasos meníngeos y encefálicos exangües.

CONCLUSIONES

El decíduoma maligno es de todos los tumores uterinos, el más grave y de evolución más rápida.

Lo único que nos da un diagnóstico seguro, es el examen microscópico.

El único tratamiento eficaz, es la histerectomía.

ROBERTO GAZARI.

Buenos Aires, Mayo 28 de 1918

Nómbrese al señor Consejero Dr. Eliseo Cantón, al profesor titular Dr. Enrique Zárate y al profesor suplente Dr. Juan A. Gabastou, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA

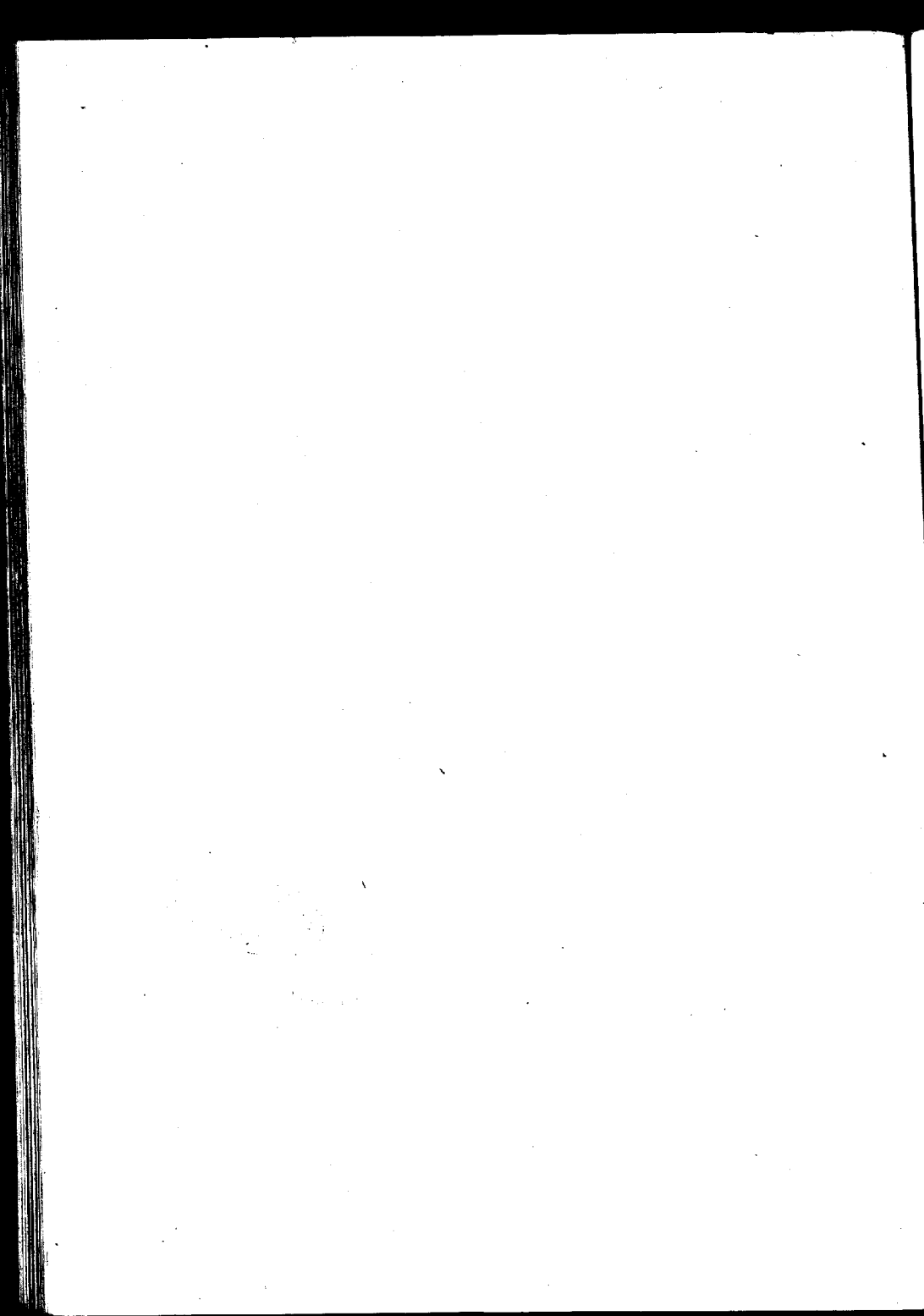
J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Junio 13 de 1918

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3427 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Cuál es la bibliografía argentina sobre esta materia?

E. Cantón.

II

Alteraciones ováricas en el sincicioma maligno.

E. Zárate.

III

Diagnóstico biológico y profilaxis del decíduoma maligno.

J. A. Gabastou.



1393

