

CARCINOMA DE LAS TROMPAS DE FALOPIO PRESENTACIÓN DE CASO

*Oscar Niño de Guzmán Peña

**Carlos Gutiérrez Flores

***Oscar Niño de Guzman Luizaga

****Maria Poma

*****Mauricio Escobar Porcel

RESUMEN

Se reporta una paciente con diagnóstico histopatológico de Adenocarcinoma papilar infiltrante de la trompa de Falopio moderadamente diferenciado, que invade hasta la capa muscular, sin rebasar a ésta, con metástasis a un ganglio del epiplón y no invade endometrio.

Operada en la clínica de Onco-Ginecología y Patología cervical del Departamento de Gineco-obstetricia Hospital Obrero No 2 de la Caja Nacional de Seguro, constituyendo el único caso conocido en nuestro Hospital. Se completa el tratamiento remitiendo al Servicio de Oncología.

Palabras clave: Adenocarcinoma papilar, trompa de Falopio, cirugía, quimioterapia, terapia hormonal.

ABSTRACT

Its report a patient with a diagnosis of papillary adenocarcinoma of the fallopian tubes moderately differentiated, than invades until the muscle layer, without exceeding this layer, metastasis to the ganglion of epiplon and does not invades endometrial layer.

Operated at the Onco-gynecology and cervix pathology clinic of the Department of Gynecology - obstetrics of the Hospital worker at the CNS, been the only one case Knowned in our hospital. The treatment its completed sent the patient to the oncology service.

Key words: Papillary adenocarcinoma, fallopian tubes

INTRODUCCION

El Carcinoma de las Trompas de Falopio es un crecimiento anormal de células malignas (neoplasma, tumor) en uno o en ambas trompas de Falopio de una mujer.

Más del 95% de los cánceres de la trompa de Falopio son adenocarcinomas serosos papilares.(1-2) Rara vez estos tumores pueden ser sarcomas (leiomiomas) o carcinomas de célula transitorias. El cáncer primario de la trompa de Falopio es el más raro (1%) de todo los cánceres ginecológicos. La incidencia anual es de cerca de 3.6 por millón de mujeres por año.

La incidencia máxima es en mujeres de 60 - 64 años de edad, pero puede continuar ocurriendo en mujeres que están en tempranos a mediados años 80. La diagnosis es más común en mujeres caucá-

sicas que en mujeres negras, aunque la causa para esto no está bien entendida.

Los síntomas más comunes son sangrado vaginal, descarga vaginal, y/o dolor pélvico. Como regla general, cualquier sangrado vaginal en mujeres posmenopáusicas debe ser rápidamente y cuidadosamente evaluada. La descarga vaginal puede estar teñida con sangre y no parece estar relacionada con infección, ya que no responde al tratamiento antibiótico. Finalmente, el dolor pélvico puede ocurrir debido al líquido atrapado que bloquea y dilata el tubo de Falopio, por lo que se puede confundir fácilmente con patología de cuerpo de útero.

Hay un síndrome llamado "hydrops tubae profluens"^(5,6) que consiste en: 1) una masa pélvica,

*Jefe de Dpto. de Ginecología y Obstetricia del Hospital Obrero No2 CNS

**Ginecólogo Obstetricia - Mastología Hospital Obrero No 2 CNS

***RI de ginecología y Obstetricia Univ. Católica de Córdoba - Argentina

****RII de Ginecología y Obstetricia del Hospital Obrero No 2 CNS

*****Interno de Gineco-Obstetricia Hospital Obrero N2 CNS

2) descarga vaginal acuosa o miel-coloreada profusa, y 3) dolor pélvico que esencialmente cede con la desaparición repentina de la masa. Aunque esta tríada se encuentra raramente en la práctica, es un síndrome de diagnóstico clásico para la enfermedad del tubo de Falopio.

En los últimos 10 años ha estado aumentando el uso del ultrasonido, buscando el típico encuentro de una masa en forma de salchicha con crecimientos dentro del centro lleno de fluido de la trompa (aspecto supuesto de la "rueda dentada"). El uso de los ultrasonidos transvaginales en color y del pulsado de Doppler parece ser una estrategia especialmente prometedora.

Los niveles del líquido seroso de un marcador llamado CA-125 pueden ser anormalmente alto en pacientes con enfermedades ginecológicas,(3,7) en cáncer y enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, embarazo temprano.

La tabla 1 se adapta de la Federación de Ginecología y Obstetricia (FIGO) para etapificación de carcinoma del trompa de Falopio.

TRATAMIENTO

Cirugía

Como se mencionó, el cáncer de la trompa de Falopio se diagnostica típicamente con cirugía. El nuevo sistema de la estadificación de la FIGO requiere un procedimiento quirúrgico extenso muy similar al que está usado para el cáncer ovárico. Incluye el muestreo del líquido pélvico de la ascitis, lavados pélvicos y abdominales, retiro transabdominal del útero (histerectomía), retiro de los ovarios y de las trompas de falopio (salpingo-ooforectomía bilateral), retiro del tejido fino conectivo (omentectomía), retiro selectivo de los ganglios linfáticos pélvicos (linfadenectomía), y biopsias selectivas de la guarnición de las paredes abdominales y de los órganos (peritoneo).

En casos de enfermedad muy avanzada, la meta de la cirugía es sobre todo quitar toda tumoración posible (citoreducción). Algunos cirujanos también abogan la ejecución de una cirugía para "segundo-mirar", en la cual una cirugía abdominal se repite para buscar enfermedad residual o recurrente en un tiempo más adelante.

Radioterapia

Según un estudio retrospectivo nacional que comparó la quimioterapia postoperatoria a la radioterapia del abdomen-pelvis entera postoperatoria, no había diferencia significativa en supervivencia entre los dos grupos del tratamiento. Desafortunadamente, no hay estudios clínicos seleccionados al azar que comparan la eficacia de la radioterapia abdominopelvica y quimioterapia que contiene cisplatino en el ajuste postoperatorio; dado la

Etapa 0	Carcinoma in situ (limitado a la mucosa de la trompa)
Etapa I	Crecimiento limitado a las trompas de falopio
Etapa IA	Crecimiento limitado a una trompa con la extensión en la submucosa y/o muscularis pero no penetra la superficie serosal, ninguna ascitis
Etapa IB	Crecimiento limitado a las trompas con la extensión en la submucosa y/o a los muscularis pero no penetra la superficie serosal, ninguna ascitis
Etapa 1C	Tumor de etapa 1A o 1B con la extensión del tumor con o sobre el serosa de la trompa O con ascitis que contienen las células malignas O con lavados peritoneales positivos
Etapa II	Crecimiento que implica un o ambas trompas de falopio con la extensión pélvica
Etapa IIA	Extensión y/o metástasis al útero y/o a los ovarios
Etapa IIB	Extensión a otros tejidos finos pélvicos
Etapa IIC	Etapa IIA del tumor u o IIB Y con ascitis que contienen las células malas O con el lavado peritoneal positivo.
Etapa III	Tumor que implica un o ambas trompas con implantes peritoneales fuera de la pelvis y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos. Metástasis superficial del hígado es igual a la etapa III. El tumor parece estar limitado a la pelvis verdadera con ganglios negativos pero con extensión maligna al intestino o al epiplón pequeño probada histológicamente
Etapa IIIA	Tumor limitado gruesamente a la pelvis verdadera con ganglios negativos pero con siembra microscópica a las superficies peritoneales abdominales confirmada histológicamente
Etapa IIIB	Tumor que implica un o ambas trompas con implantes a las superficies peritoneales abdominales histológicamente confirmados, ninguno que excede 2 centímetros de diámetro. Ganglios linfáticos negativos
Etapa IIIC	Implantes abdominales mayor de 2 centímetros de diámetro y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos
Etapa IV	Crecimiento que invade un o ambas trompas de falopio con metástasis distantes. Si la efusión pleural está presente, debe haber citología positiva para ser etapa IV. Metástasis al hígado iguala a la etapa

Tabla 1: Etapificación de Carcinoma de Trompa de Falopio

rareza de este tumor, probablemente nunca los habrá.

Para las pacientes con una enfermedad más avanzada, la radioterapia abdominopélvica postoperatoria se puede recomendar para pacientes con enfermedad microscópica o sin ninguna enfermedad residual en el abdomen superior y menos de un centímetro de enfermedad residual en la pelvis.

Quimioterapia

El cáncer de las trompas de falopio responde a los regímenes que contienen el agente cisplatino, comparados con regímenes de agentes solos o de aquellos con multi-droga que no contienen cisplatino.

Terapia Hormonal

El papel del tratamiento hormonal para el cáncer de la trompa de falopio no está claro, aunque el acetato del medroxiprogesterona y el acetato del megestrol se han utilizado junto con la quimioterapia con grados variables de éxito.

Modalidad Combinada

El último de los acercamientos usando modalidades combinadas para la enfermedad avanzada (9) consiste en cirugía citoreductiva, la quimioterapia postoperatoria para reducir carga restante del tumor a los niveles microscópicos, y posiblemente la irradiación abdominopelvica post-quimioterapia.

PRONÓSTICO

El carcinoma de la trompa de Falopio es una forma muy rara de cáncer ginecológico y por eso, hay pocas pacientes para desarrollar análisis general. Un estudio reciente basado en la población (una manera de combinar todos los casos conocidos para tener números mas grandes) encontró que la sobrevivencia de 5 años (el porcentaje de pacientes vivos 5 años después de su prognosis) era 95% para pacientes con enfermedad en Etapa I, 75% para Etapa II, 69% para etapa III, y 45% para Etapa IV. En general, pacientes con cáncer de la trompa de Falopio tienen un pronóstico mejor que aquellas con cáncer del ovario.

CASO CLINICO

Paciente de 68 años de edad, de sexo femenino y de raza blanca, con el antecedente de tres meses con dolor en hipogastrio, de tipo espasmódico, en principio de leve intensidad, el cual se incrementa un mes atrás, causando dificultad a la ambulación.

En abdomen se palpa masa de aprox. 15 x 10 cm, de consistencia blanda, poco dolorosa, en región hipogástrica y fosa Iliaca Izquierda.

Al examen ginecológico el útero se encuentra aumentado de tamaño ± 20 x 10 cm, de consistencia blanda y superficie regular, lateralizado a la izquierda. En anexo derecho masa irregular de mas o menos 6 por 7 cm dolorosa y no móvil.

El estudio ecográfico muestra utero globuloso en posición intermedia de 103 por 79 mm que en su interior presenta liquido fino. Cervix normal; anexo derecho con imagen tubular con contenido líquido, tortuosa de 72 x 35 mm con seudotabiques. Ovarios no visualizados; Douglas con líquido

de libre de leve a moderada cantidad. Se da el diagnóstico ecográfico de: Hematometra y probable hematosalpinx.

Se opera con el diagnóstico de cáncer de Endometrio (hematometra)?.

Conducta quirúrgica: en la laparotomía exploratoria se realiza citología abdominal que reporta negativa para celulas malignas y se procede a una histerectomía total abdominal mas anexectomía bilateral (extirpación total de hidrosalpinx).

El diagnóstico Histopatológico:



Figura 1: Pieza quirúrgica, útero y masa anexial

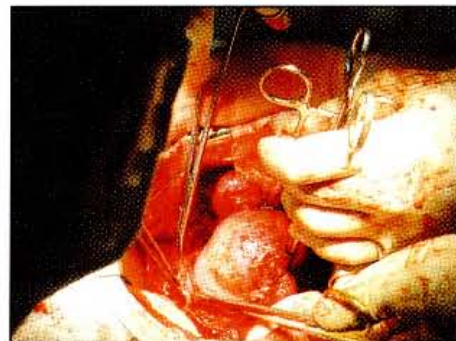


Figura 2: Pieza quirúrgica, masa anexial completa y útero. Panhisterectomía y Linfadenectomía.



Figura 3: Cavidad uterina no comprometida.

- Adenocarcinoma papilar infiltrante de la trompa de Falopio, moderadamente diferenciado, que invade hasta la capa muscular, sin rebasar a ésta, con metástasis a un ganglio del epiplón, no invade endometrio.

- Endometrio con glándulas tubulares en fase proliferativa no se observa tejido neoplásico maligno, la mayor parte del endometrio se encuentra ulcerado.
- Cervicitis crónica con metaplasia escamosa con quistes de Naboth
- Ovarios y una de las trompas sin alteraciones histológicas, en relación con edad.

Se completa el tratamiento con valoración y conducta por el departamento de oncología



Figura 4: Anatomopatología Macroscópica.

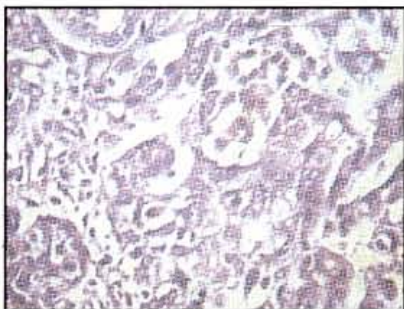


Figura 5: Histopatología: Adenoma papilar infiltrante de la trompa de Falopio.

BIBLIOGRAFIA

1. ROSS WM. Primary tumors of the fallopian tube. *Canad Med Assoc J* 1997; 96: 328.
2. BENEDET JL Adenocarcinoma of the fallopian tube: experience with 41 patients. *Obstet Gynecol* 1999; 3 (En Prensa).
3. BAUTSELIS J, THOMPSON J. Clinical aspects of primary carcinoma of the fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 2:
4. DOBSON MG, FORD JH, AVERETTE HE. Clinical aspects of fallopian tube carcinoma. *Obstet Gynecol* 2000; 36:
5. EREZ S, KAPLAN AL, WALL JA. Clinical staging of carcinoma of the uterine tube. *Obstet Gynecol* 2000; 30:547.
6. FUGH Y. Primary carcinoma of the fallopian tube. *Cancer*. 1998; 23:1332.
7. HANTON EM, MALKASIAN GE, DAHLIN DC, Pratt 5H. Primary carcinoma of the fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 94: 832.
8. PAURSTEIN CJ, WOODRAFF SD, QUINTON SW. Developmentt patterns in adenomatoid lesions of the fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 1997;100:1000.
9. ORTHMANN EG. Primary cancer of the fallopian tube. *J Obstet Gynecol Brit Emp* 1902; 2:381.
10. MONTAZEE S, KEMPSON RL. Primary adenocarcinoma of the fallopian tube. *Obstet Gynecol* 1996; 32:649

DISCUSIÓN

La extrema rareza en la aparición de esta entidad es expuesta por los autores que han estudiado el tema ^(3, 7,9) nuestro país no es una excepción ya que no se tiene conocimiento sobre reportes anteriores al nuestro.

Coincidimos con los criterios de otros autores^(1,10) que plantean la no especificidad en el comportamiento biológico de esta entidad, al no encontrar un cuadro clínico que los distinga del resto de los tumores ginecológicos. Tanto es así que su diagnóstico generalmente es anatomopatológico en el post-operatorio.

Por la poca frecuencia de aparición del carcinoma de las trompas de Falopio y la escasa experiencia acumulada sobre su comportamiento, se explica la ausencia en la descripción de un cuadro clínico específico de la entidad.