

Medicentro 1999, 2(3)**CARTA AL EDITOR**

**HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE GINECOOBSTÉTRICO
"MARIANA GRAJALES"
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

CÁNCER DE TROMPAS DE FALOPIO. PRESENTACIÓN DE TRES PACIENTES

Por:

Dr. Wilfredo Gómez Flaquet¹, Dr. Serafín Palma Mora² y Dr. José A. González Acosta³

1. Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Instructor. ISCM-VC
2. Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Instructor. ISCM-VC.

Señor Editor:

El cáncer de trompas de Falopio es una de las más raras afecciones malignas del tracto genital femenino. Su frecuencia en relación con todos los cánceres ginecológicos es generalmente entre el 1% o menos. El primitivo de trompa es muy raro. Fue descrito por Renaud en 1847, y más tarde por Rokinstanki en 1861.

En 1850, Ho recogió 478 casos, y Sedlis en 1969 aportó 391 nuevos pacientes; con posterioridad se han descrito cientos de ellos, mayormente en pequeñas series y en muchas instancias se ha informado un solo paciente¹⁻⁵.

La edad promedio en que se presenta el carcinoma tubárico es aproximadamente 53 años. En Italia, de 1980-1993, la edad media fue 65 años, pero en algunos puede aparecer a edades más jóvenes (20-30 años) y afectar con más frecuencia la raza blanca, y las nulíparas, datos que varían según los autores³⁻⁷. Se observa en el 60% de mujeres posmenopáusicas.

Esta lesión maligna aparece frecuentemente asociada con otras alteraciones o trastornos:

- Infecciones tubáricas (salpingitis crónica no específica, tuberculosis genital)
- Endometriosis
- Otros cánceres genitales
- Cáncer de mama

En relación con los síntomas y signos podemos decir que los primeros son vagos e inespecíficos, y existe una tríada clásica en el 50% de los casos dados por: dolor, leucorrea serohemática y masa anexial palpable. Esta tríada es generalmente tardía y puede aparecer en otras enfermedades.

El sangramiento vaginal es el síntoma más común del carcinoma tubárico (50 %) y el diagnóstico se debe sospechar ante mujeres posmenopáusicas.

El dolor a tipo cólico es un síntoma muy frecuente, y es ocasionado por la distensión de la pared tubárica.

La masa anexial sólo aparece en un 50% de los pacientes, y en ocasiones se confunde con un hidrosalpinx tubárico. El diagnóstico diferencial se hace con un fibroma pediculado o una neoplasia de ovario. La ascitis no es frecuente, aunque puede presentarse. El diagnóstico preoperatorio es inusual, y puede basarse en:

- Radiografía de pelvis: masa pelviana.
- Ultrasonido o tomografía axial computadorizada.
- Positividad del frotis vaginal (15-20 %).
- Laparoscopia
- Punción de Douglas con aspiración (diagnóstico citológico).

Desde el punto de vista macroscópico impresiona como un hidrohematosalpinx o un piosalpinx rodeado de adherencias inflamatorias; rara vez es bilateral (15-25%). La trompa contralateral generalmente es normal.

Microscópicamente es un tumor sólido o papilar que llena la luz del endosalpinx, y puede asentar en la región ampular y más raramente en la fimbria.

Cuando su formación es de aspecto papilar se habla de adenocarcinoma y posee una clasificación en 5 estadios y otras se extienden desde el grado 0 hasta el III (su diagnóstico patológico); cuando está por estadios que van del 0 al IV, se habla de su invasividad, y es la clasificación de la Figo (Sedlis)^{8,9}

El pronóstico es desfavorable y depende del grado de invasión del tumor; su supervivencia postoperatoria es de 27% a los 5 años, aunque la asociación con la radioterapia y quimioterapia mejora el porcentaje. Este pronóstico de supervivencia se obtiene actualmente mediante los marcadores moleculares e-erb B-2 y P 53, que también están presentes en el carcinoma de ovario¹⁰.

Al igual que el diagnóstico, el tratamiento rara vez es preoperatorio, dada su condición de ser benignos (epiteliales y conjuntivos) o malignos (primitivos o como consecuencia de cáncer de ovario o útero).

En el primitivo puede ser bilateral, y tiene un crecimiento lento con estructura alveolar, alveolar-papilar, coriocarcinoma y el sarcoma.

En la intervención quirúrgica debe hacerse una terapia definitiva, como una histerectomía total abdominal con doble anexectomía, asociada a la omentectomía parcial (resección del epiplón), en otros ampliarla con la operación de Wertheim-Meigs que es la anterior, pero con linfadenectomía de ganglios paraaórticos y pélvicos.

Tanto antes como después de la operación se deben emplear las radiaciones, fundamentalmente con la fosfatasa crómica radioactiva, bomba de cobalto, radium intracavitario (6000 mg/R), los quimioterápicos como la ciclofosfamida, la actinoterapia hormonal, los progestágenos (acetoxi o medroxiprogesterona) y los citostáticos en suero, como CA 125.

Presentación de las pacientes

Paciente 1.

Tiene 54 años de edad, HC 24440. Refiere antecedentes de sangramiento genital de dos meses de evolución, sensación de inflamación abdominal y dolor en

hipogastrio Se le realizó ultrasonido ginecológico que informa un tumor anexial ecolúcido, tabicado, que mide 11.5 a 7 cm con líquido libre en cavidad (diciembre 1994). En enero del 1995 se le hizo laparoscopia que informa un grueso tumor de 12 cm que ocupa la pelvis, de color grisáceo, renitente, con cápsula bien delimitada, por lo cual se punciona y evalúan 100 cc de líquido serohemático y se realiza biopsia de la cápsula. Existe líquido libre en la pelvis y abdomen.

En el resultado del informe citológico se detalla: Células espumosas, células con anillo en sello y algunas con discreta atipicidad, no concluyentes de ser malignas.

La biopsia de cápsula quística: Fragmento de tejido recubierto por epitelio que muestra hiperplasia atípica; no es concluyente el diagnóstico.

Se realiza intervención quirúrgica el 24-1-95 y se observa tumor de ovario y de trompa izquierda; se indica biopsia por congelación que informa: Muestra con posible malignidad; esperar parafina.

En el acto quirúrgico se realizó histerectomía total abdominal con doble anexectomía y omentectomía parcial.

En el informe de Anatomía Patológica (39-1-95) se describe: Adenocarcinoma de ovario tipo endometroide que coexiste con un adenocarcinoma de trompa de Falopio izquierda. El tumor es un grado II con estadio IIa (tumor limitado a trompa).

Se envía a Oncología para valoración y conclusión de tratamiento.

Paciente 2

Tiene 66 años de edad con antecedentes de cardiopatía isquémica desde hace 6 años e hipertensión arterial; es una gesta y para 3 aborto 1 provocado con HC 26 451, que hace aproximadamente 4 meses comenzó a presentar sangramiento genital o manchas, se realiza legrado diagnóstico en agosto de 1996 que informa: Adenocarcinoma bien diferenciado de posible origen endocervical.

Se le realizó ultrasonido abdominal donde se observo: Hígado con ecogenicidad uniforme que no rebasa el reborde costal; vesícula sin cálculos. Bazo y riñón normales.

No se observan otras alteraciones

Ultrasonido Ginecológico: Útero que mide 8 x 3 cm con cavidad uterina gruesa y estructuras ecolúcidas en su interior, que sugieren realizar histeroscopia.

Pesquisaje óseo y citoscopia normales.

Se realiza intervención el 30-10-96, con el diagnóstico de adenocarcinoma de endometrio, por lo que se practica histerectomía total abdominal con doble anexectomía.

Según el informe de anatomía patológica, la pieza corresponde a útero y anejos a nivel de cavidad endometrial, presenta un pólipo que se origina en el fundus de 4,5 x 0,6 cm. Adosados al útero, trompa de 5 x 0,7 cm, fragmento de paraovario de aspecto tumoral y hemorrágico. Ovario de 3,3 x 2,5 x 0,5 cm, trompa derecha de 4 x 2 cm de aspecto tumoral y, al corte, marcado engrosamiento de la pared.

Se recibe, además, una masa de tejido de 5.5 x 4 cm, en cuya superficie se observa estructura que parece corresponder a papilloma tubárico.

Al realizar el análisis microscópico se observó correspondencia con un adenocarcinoma con áreas de tipo escamoso, de posible origen tubárico, con metástasis bilateral de ovario y útero, pólipo endometrial.

Clasificación Grado III (endometroide: sólido)

Clasificación Figo (estadio II B: invasión de los órganos vecinos, pelvianos o abdominales, con posible metástasis en órganos pélvicos)

La paciente es remitida a Oncología para valoración y conclusión de tratamiento.

Paciente 3

HC 26549 de 59 años de edad gesta, 2 para 2 no abortos, con antecedentes de asma bronquial grado II, que refiere presentar sangramiento genital desde hace dos meses, unido a dolor en hipogastrio y sensación de inflamación abdominal.

En examen físico se observa un pólipo endocervical que se extirpa por torsión, y se realiza, además, legrado diagnóstico.

En el resultado de la biopsia (9 septiembre /96) se informa: Pólipo fibroepitelial endocervical con metaplasia escamosa del epitelio.

Endometrio muy escaso que muestra dilatación quística de algunas glándulas.

La paciente continúa con dolores, y se realiza ultrasonido ginecológico donde se observó: Útero que mide 9 por 4.5 cm desplazado por imagen gruesa tumoral, ecolúcida y tabicada de 11.5 x 7 cm, líquido libre en cavidad.

Se realizó laparoscopia en enero de 1997 donde se encontró gruesa tumoración de 12 cm, grisácea y renitente con zonas blanquecinas; la cápsula está bien delimitada.

El tumor ocupa toda la pelvis, lo que impide visualizar el resto; los demás órganos abdominales son normales.

La paciente es operada el 24 de enero del 1997 por tumor anexial derecho, y por su edad se realiza histerectomía total abdominal con doble anexectomía y omentectomía.

En la descripción macroscópica se detalla: Útero de 8 x 3 cm que al corte no presenta lesiones, con endometrio atrófico, masa tumoral de 11 x 9 x 4 cm de aspecto quístico, que al corte presenta estructuras de aspecto papilar y líquido serosanguinolento en su interior.

Trompa derecha de 8 x 2 cm, que al corte presenta luz ocupada por tejido de aspecto tumoral y dos masas de tejido de aspecto papilar que miden 3 cm de diámetro en su conjunto.

En la descripción microscópica se informa: Adenocarcinoma tipo endometroide del ovario, el cual coexiste con adenocarcinoma de la trompa de Falopio derecha.

Clasificación grado III (endometroide-sólido)

Clasificación Figo IIa (Penetración en la serosa pero sin afectar órganos vecinos)
Se remite a consultas de Oncología para valoración y conclusión de tratamiento.

Referencias bibliográficas

1. Boustselis JG, Thompson JN: Clinical Aspect of primary tubal carcinoma. Am J. Obstet Gynecol 1971;111:98.
2. Czerdnobilsky B; Lancet M. Broad ligament adenocarcinoma of mullerian origin. Am J. Obstet Gynecol. 1972.
3. Novak ER, Seegar Jones G, Jones HW. Tumores de trompas , paraovarios y ligamentos uterinos. En: Tratado de Ginecología. 9 ed. La Habana : Editorial Científico-Técnica;1985. p.423-425.
4. Botella Llusía J, Clavero Núñez JA. Enfermedades no inflamatorias de las trompas: enfermedades del paraovario. En: Tratado de Ginecología: enfermedades del aparato genital femenino. La Habana : Editorial Científico-Técnica;1984. p.713-719.
5. Hugk Rk, Barker MD, William J. Treatment advances in endometrial and ovarian and the fallopian tubes cancers: the female patient practical. OB/GYN. Medicine. 1987,12 (1):105-107.
6. Simao Abrao F, Coelho G, Breitbarg FR. Carcinoma primario de la trompa de Falopio: relato de tres casos clínicos. Rev Chil Obstet Ginecol 1992; 57(2):95-98.
7. Samoya Plana E, Sanabria Bustamante E, Ocampo Castro, Teliz Calvillo A. Carcinoma primario de trompa de Falopio: Presentación de dos casos y revisión de la literatura. Ginecol. Obstet. Mexr 1995; 63(3):105-108.
8. Borghi L. Primary carcinoma of fallopian tube: experience of six cases. Eur J. Obstet Gynecol Reprod. Biol 1994; 57(3):161-168.
9. Calero F, Armas A, Abarca L. Primary tubal carcinoma. Eur J. Gynaecol Oncol. 1994; 15(4):288-294.
10. Lacy MQ, Hartman LC, Keeney GI, Cha SC, Wicand HS, Podratz KC et. al. C-Erb-2 and P53 expression in fallopian tube carcinoma. Cancer 1995; 75(12):2891-96.