

Carcinoma primario en la trompa de Falopio

Primary carcinoma of the Fallopian tubes

Dr. Rafael Escalona Veloz,¹ Dra. Caridad López Rodríguez,² Dr. Adrián Núñez Quintana² y Dr. Rafael Rizo Revé³

¹ Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Instructor. Hospital Provincial Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Hospital Provincial Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Provincial Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Santiago de Cuba, Cuba.

Resumen

Se describe el caso clínico de una paciente de 53 años de edad con antecedente de sangrado vaginal por posible fibroma uterino. Se realizó histerectomía total con doble anexectomía. Los resultados de los exámenes complementarios, incluida la biopsia, confirmaron la presencia de un carcinoma primario de la trompa uterina derecha. Se indicó radioterapia y seguimiento en el Hospital Oncológico "Conrado Benítez" de Santiago de Cuba.

Palabras clave: trompa de Falopio, cirugía, carcinoma primario, cáncer de la trompa de Falopio, histerectomía, doble anexectomía, radioterapia

Abstract

The clinical case of a 53 year old patient with history of vaginal bleeding for possible uterine fibroma is described. A total hysterectomy with double anexectomy was performed. The complementary tests results, including the biopsy, confirmed the presence of a primary carcinoma of the right Fallopian tube. A radiotherapy and follow up were indicated in "Conrado Benítez" Oncology Hospital from Santiago de Cuba.

Key words: Fallopian tubes, surgery, primary carcinoma, cancer of the Fallopian tubes, hysterectomy, doble anexectomy, radiotherapy

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de la trompa de Falopio es una entidad rara y la edad de aparición es muy variable, aunque es más frecuente en mujeres menopaúsicas o posmenopáusicas, principalmente entre la sexta y séptima décadas de la vida. Se señala que las nulíparas son más propensas a poseerlo que las que ya han tenido hijos.^{1,2} Esta lesión representa de 0,18 % a 1,8 % de las neoplasias malignas del tracto genital femenino y su prevalencia es de casi 3,6 millones de mujeres por año.³⁻⁶

Clínicamente se caracteriza por la presencia de dolor abdominal, sangrado o secreción vaginal y una masa pélvica o abdominal en 80 % de los casos.^{7,8}

Aunque la tríada de dolor, menorragia y leucorrea se considera patognomónica de carcinoma tubárico, su incidencia es escasa.^{9,10} Al realizar la laparotomía se evidencia macroscópicamente que la trompa uterina muestra una dilatación anormal, engrosamiento nodular o inflamación difusa en forma de salchicha, con oclusión de las fimbrias, por lo que debe realizarse el diagnóstico diferencial con enfermedades benignas como: hidrosalpinx, hematosalpinx, piosalpinx, endometriosis, embarazo ectópico, entre otras.³⁻⁶

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de una paciente de 53 años de edad con antecedente de sangrado vaginal, por posible fibroma uterino, que fue ingresada en el Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" de Santiago de Cuba para ser operada.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS PREOPERATORIOS

Citología orgánica: negativa

Ecografía ginecológica: Se observó una imagen quística de 36 x 23 mm en proyección del anejo izquierdo, con útero fibromatoso y multinodular, aproximadamente de 95 x 71 mm. El resto de los exámenes fueron normales.

El día de la intervención presentaba la menstruación, por lo que fue egresada hasta que finalizara este período. La paciente abandonó la consulta y reingresó unos tres años después con sangrado vaginal. Durante su estadía en la sala fue transfundida para mejorar las cifras de hemoglobina y la ecografía, en esta ocasión, informó la presencia de útero fibromatoso de 140 x 81 x 76 mm, con zonas de necrobiosis hacia la cara inferior de 32 mm e imagen quística en anejo izquierdo de 37 x 34 mm, sin visualización del anejo derecho.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente con el diagnóstico de fibroma uterino y quiste de ovario izquierdo. Durante el proceder se confirmó hidrosalpinx bilateral, útero fibromatoso y plastrón pelviano crónico con abundantes adherencias, por lo cual se le realizó histerectomía total extrafascial y doble anexectomía.

Descripción macroscópica: Útero acompañado de ambos anejos, cuyo cuerpo mide 14 x 12 cm y a los cortes muestra masas redondeadas intramurales, la mayor de las cuales mide 2 x 1 cm. El cuello con exocervix de color blanco grisáceo y diminutas formaciones quísticas en su pared. Anejo derecho con trompa marcadamente engrosada de unos 5 cm que muestra, a los cortes, material blanco grisáceo en su interior, de aspecto arborescente y que ocupa toda su luz, además de trompa izquierda también dilatada con

contenido gelatinoso y blanquecino; ambos ovarios con diminutos quistes de contenido acuoso (**figuras 1 y 2**).

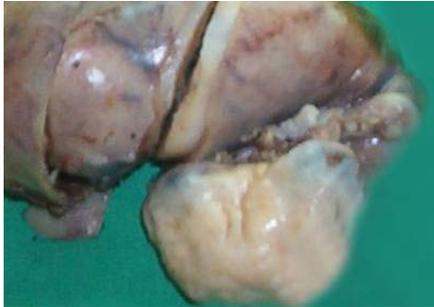


Figura 1. *Vista macroscópica del anejo derecho, donde se observa aumento de volumen de la trompa de Falopio de aspecto tumoral.*



Figura 2. *Corte transversal de la trompa donde se observa toda la luz ocupada por masa tumoral de color pardo grisáceo.*

Descripción microscópica: Útero con lesión fibromatosa intramural, sin cambios degenerativos y endometrio con proliferación quística glandular. Trompa izquierda con proceso inflamatorio crónico en la pared y la derecha con expansión neoplásica arborescente que nace de la mucosa, infiltra toda la pared y ocupa todo el espacio de la luz, constituida por papilas alargadas y revestidas de células glandulares, con imágenes mitóticas atípicas; ambos ovarios con quistes foliculares diminutos (**figura 3**).

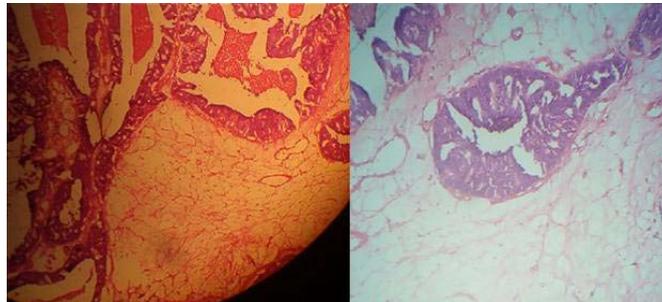


Figura 3. *Microscopia de la lesión tumoral de trompa donde se observa el aspecto papilar y la invasión de la pared del órgano.*

Diagnóstico: Adenocarcinoma papilar de la trompa uterina derecha que infiltraba la pared, salpingitis crónica de trompa izquierda con hidrosalpinx, leiomioma uterino intramural, hiperplasia simple endometrial, cervicitis crónica con quistes de Naboth y quistes foliculares de ambos ovarios.

El caso fue discutido por un grupo multidisciplinario, para estos fines, quienes clasificaron el tumor como T3 N0 M0. Se indicó radioterapia y seguimiento por oncología, por lo cual la paciente fue trasladada para el Hospital Oncológico "Conrado Benítez" de Santiago de Cuba.

COMENTARIOS

El carcinoma primario de la trompa uterina puede aparecer en cualquier parte de la trompa, pero se origina fundamentalmente en la porción ampular. Se presenta con igual frecuencia en ambas trompas y en 10 a 26 % de los casos son afectadas en forma bilateral.⁶

Desde el punto de vista anatomopatológico es más frecuente encontrar en la trompa uterina tumores por metástasis (por cáncer de ovario, útero, endometrio y apéndice cecal).⁷ Cuando el ovario adyacente está dañado, la diferenciación entre carcinoma primario de trompa y ovario es en extremo difícil.³⁻⁵ En 1950, algunos investigadores propusieron criterios de ayuda para lograr este diagnóstico: a) Macroscópicamente el tumor principal debe estar en la trompa uterina, b) Microscópicamente la mucosa de la trompa uterina debe estar afectada, c) Debe demostrarse la transición de epitelio benigno a maligno en dicha trompa.⁵

Además del adenocarcinoma seroso, la Organización Mundial de la Salud ha descrito otros tipos que se presentan con menor frecuencia, tales como: adenocarcinoma mucinoso, endometriode, de células claras, de células transicionales, carcinomas indiferenciados y algunos muy raros: leiomiosarcoma, coriocarcinoma, sarcomas y teratoma maligno. La cirugía es la piedra angular del tratamiento inicial.⁶⁻⁹

El caso descrito presentaba muchas características acordes con las referidas en la literatura médica consultada, tanto en su forma de presentación (sangrado genital y tumor anexial) como en la confusión para diagnosticar la enfermedad. Teniendo en cuenta que se cumplían las condiciones para establecer el diagnóstico, tales como: tumor principal en la trompa uterina, mucosa uterina afectada microscópicamente y ausencia de tumor en otros sitios de iguales aspectos hísticos, se consideró que se trataba de un carcinoma primario de la trompa uterina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carcinoma de la trompa de Falopio. Presentación de un caso. <http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol8_e_02/hab07e03.htm> [consulta: 30 septiembre 2008].
2. Diagnóstico precoz del cáncer genital femenino. <<http://www.boloncol.com/boletin-17/diagnostico-precoz-del-ca>> [consulta: 30 septiembre 2008].
3. Steven M. Oncología ginecológica. 2 ed. Madrid: Marban, 2000:71-81.
4. De Miguel Herran E, Sáiz López A, Barredo Santamaría I, Zabalza Estévez I, Álvarez Martínez JA, Imaz Murga I, et al. Carcinoma primario de la trompa uterina. IX Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y II Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet. 1 al 31 de mayo de 2007. <http://www.conganat.org/9congreso/trabajo.asp?id_trabajo=775> [consulta: 30 septiembre 2008].
5. Pui Ferrer F. Carcinoma primario de trompa de Falopio. Presentación de 9 casos. Clínica e investigación en ginecología y obstetricia <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=980167>> [consulta: 30 septiembre 2008].

6. Disaia P, Creasman W. Oncología ginecológica clínica. 5 ed. Madrid: Harcourt Brace, 1999:379-85.
7. Alvarado I, Cheung A, Caduff T. Tumours of the Fallopian tube. En: Tavasoli F, Devile P. World Health Organization classification of tumours pathology & genetics tumours. Washington, DC: IARC, 2002:206-8.
8. Montalvo Esquivel G, García Rodríguez FM, Jiménez Villanueva X, Flores Miranda R. Cáncer de trompa de Falopio. Presentación de un caso y revisión de la literatura. <<http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDeta>> [consulta: 30 septiembre 2008].
9. Marcos Sánchez F, Sánchez Díaz E, Marrupe González D, Albo Castaño MI, Viana Alonso A, Juárez Uselay F. Un caso de carcinoma de trompa de Falopio. An Med Interna 2006;23(2)<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0> [consulta: 30 septiembre 2008].
10. Jiménez M, Bracho G, Borges A, García G, Ramos S, Caleiras E. Adenocarcinoma primario de trompa uterina. A propósito de un caso y revisión de la literatura. Rev Venezolana Oncol 2005; 17(2) <<http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-05822005000200>> [consulta: 30 septiembre 2008].

Recibido: 15 de diciembre del 2008

Aprobado: 13 de marzo del 2009

Dr. Rafael Escalona Veloz. Hospital Provincial Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo. Carretera Central, Km 21 ½, Melgarejo, Santiago de Cuba
Dirección electrónica: escalona@medired.scu.sld.cu