

POLICLINICO UNIVERSITARIO
"MARTIRES DEL 4 DE ABRIL"
GUANTANAMO

ADENOCARCINOMA DE TROMPA DE FALOPIO. INFORME DE UN CASO

Dra. Mercedes Dimont Bess¹, Dra. Josefa Jiménez Hernández², Dra. Lorríst Palomares Pickering³, Dra. Rosa Nelly Vázquez⁴, Dra. Katia Ramírez Sánchez⁴.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 48 años de edad que ingresó por dolor en bajo vientre, leucorrea vaginal, sensación de peso en dicha zona y malestar general. Se le realiza Ultrasonido, diagnosticándose Mioma Uterino. La misma es operada, realizándosele histerectomía con doble anexectomía. Se detecta un Tumor de Trompa de Falopio Izquierdo en el Hospital General Docente Dr. Agustino Neto de Guantánamo. Cuba, cuya histopatología fue concordante con Adenocarcinoma pobremente diferenciado. El cáncer primario de trompa de Falopio es el menos frecuente del aparato genital femenino y se ha relacionado con inflamación tubárica. Se trae a consideración este caso por la infrecuencia de la patología, su rara concomitancia y el interés de la revisión bibliográfica.

Palabras clave: TROMPAS UTERINAS/patología; MIOMA/diagnóstico; HISTERECTOMIA; TROMPAS UTERINAS; ADENOCARCINOMA/ patología.

INTRODUCCION

El adenocarcinoma de trompa de Falopio es una de las enfermedades malignas más raras del aparato genital femenino.¹⁻⁷

La edad promedio de presentación es al momento del diagnóstico es de 50 años.^{2, 5, 7}

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

² Especialista de II Grado en Anatomía Patológica.

³ Especialista de II Grado en Medicina General Integral.

⁴ Especialista de I Grado en Anatomía Patológica.

El diagnóstico preoperatorio de esta patología es bastante raro, por lo general se establece durante la laparotomía que se realiza en una mujer parimenopáusica ó posmenopáusica por una masa pélvica que se cree depende del ovario o cuerpo uterino.^{2,5,7}

Casi todos los carcinomas de trompas son Adenocarcinomas, en raros casos se han descrito tumores endometrioides y carcinomas de células claras, adenocarcinomas mucinosos, carcinoma adenoescamosos, y raros casos de sarcomas.^{1,3,7} Su evolución es más agresiva que los carcinomas de ovario en este estadio.⁵

Revisamos la literatura nacional e internacional y encontramos pocos casos publicados. Recomendamos tratamiento quirúrgico agresivo en estadios precoces, debido a la alta bilateralidad y recidivas que tienen estos tumores. Se sugiere una metodología de estudio en esta enfermedad poco común.⁷

Dada la infrecuencia de la patología se reporta este caso, acotando su forma de presentación, tratamiento y evolución, al mismo tiempo que se realizó la respectiva revisión del tema.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 48 años con antecedentes de salud hace más ó menos 5-6 meses comenzó a presentar dolor en bajo vientre, sensación de peso, leucorrea vaginal y malestar general.

Antecedentes patológicos personales: No refiere.

Antecedentes patológicos familiares: No refiere.

Examen físico:

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular normal, no estertores, FR: 18/min

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos y audibles, no soplos.

TA: 120/80

FC: 80/min

Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda de hipogástrico. Ruidos hidroaéreos normales. Se palpa una tumoración en bajo vientre de 5 cm. de diámetro que parece corresponder con el útero, de superficie irregular, nodular, no pétreo

Tacto vaginal: Útero aumentado de tamaño, doloroso a la palpación.

Complementarios:

Hemoglobina: 12.8 g/L

Hematócrito: 0.40 L/L

Leucocitos: $5.5 \times 10^9/L$

Eritrosedimentación: 14 mm/L

Glicemia: 4.6 mmol/L

P-039

L-058

E/003

Coagulograma mínimo: Tiempo de sangramiento: 1 min

T. R. Coágulo: Coágulo retráctil a la hora.

Plaquetas $150 \times 10^9/L$

Orina: Normal.

Exudado vaginal: Negativo.

Descripción anatomopatológica

Se describe pieza quirúrgica producto de histerectomía total abdominal con doble anexectomía donde se observa útero aumentado de volumen de 18 x 13 x 6 cm a los cortes seriados. Formación arremolinada blanquecina, aparentemente encapsulada, firme de 6 cm. de diámetro, de localización intramural. Cuello: Exocérnix blanquecino normal. A los cortes, quistes de Naboth y canal endocervical permeable. Trompa de Falopio izquierda que mide 10x8 cm. serosa, lisa brillante, de consistencia dura en el extremo ístmico. A los cortes se observa masa tumoral amarillo grisácea con área central hemorrágica que mide 10x7 cm. que ocluye el extremo ístmico. Ovario de 4 x 2.5, al corte cuerpo amarillo. Trompa de Falopio y Ovario contra lateral sin alteraciones.

Microscópicamente

Histerectomía total con doble anexectomía que muestra Leiomioma intramural, endometrio secretor tardío. Quiste de Naboth. Adenocarcinoma pobremente diferenciado que no infiltra hasta la serosa de la trompa de Falopio y ovario derecho de histología normal.

DISCUSION DEL CASO

Carcinoma primario de trompa de Falopio merina representa 0.18 al 1.8 % de todos los tumores.² La prevalencia es de casi 3.6 para millones de mujeres por año.^{2,3}

La edad de presentación más frecuente oscila entre la sexta y séptima década, siendo raro encontrarlo en menores de 35 años³, perteneciendo nuestra paciente a un grupo etario poco frecuente.

La etiología del cáncer de trompa uterina permanece desconocida. Es frecuente la infertilidad. La nuliparidad está presente en casi el 30 % de los pacientes que ha sugerido factores predisponentes como la inflamación crónica y la salpingitis, sin embargo muchos aseguran que son pocos probables.³

El diagnóstico es raramente antes la operación, pero ocasionalmente una citología positiva asociada a un curetaje endometrial negativo puede sugerir la correcta localización de la neoplasia.³ Estudios han registrado entre el 10 al 23 % de citologías cervicales positivas para la malignidad indicativas de Adenocarcinomas.^{2,7}

En el caso que estamos presentando tiene historia de no ser nulípara, sino Perimenopáusica con inflamación pélvica, que acude por fiebre de 39 grados, dolor intenso a la palpación profunda en fosas iliacas e hipogastrio, leucorrea purulenta. El ultrasonido detecta mioma uterino por lo que se lleva al salón, realizándole un Histerectomía total con doble anexectomía. El diagnóstico final es de Adenocarcinoma pobremente diferenciado de trompa de Falopio izquierdo. Como hallazgo histopatológico, lo que confirma lo revisado las literaturas, las cuales plantean que esta es una entidad infrecuente y que se diagnóstica es raramente antes la operación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Alvarado I, Cheung A, Cadufl T. Tumors of the Fallopian Tube. En: Tavasate F, Devile P editors. World Health Organization Classification of Tumors pathology de genetic tumors. Washington : IARC; 2002.p.206-208.
- 2- Steven M. Oncología Ginecología. 2ªed. Madrid : Marban; 2000.p.71-81.
- 3- Wheeler J. Diseases of the Fallopian Tube. En: Kurman R, editor. Bluestein's Pathology of the female genital tract. 5ªed. Nueva York: Springer; 2001.p.548-549.
- 4- Calderaro De Ruggiero F, Medina S, Delgado Rodrigo L Pega J, González H. Revista Venezuela Oncol. 2004; 16(2):96-102.
- 5- Hinojosa R, Ceballos R. Querog R. General Obstet Mix. 1998; 64(10):463-6.
- 6- Disoia P, Creossoman, W. Oncología. Ginecología Clínica.5ta Edición. Madrid (España): Harcourt Brace, 1999 P. 379-385.
- 7- Shengleton H, Foroler W, Jordan J, Lorence W. Oncología Ginecología. 2ªed. México: MC Graw Hill Interamericana; 1998.p.232-236.

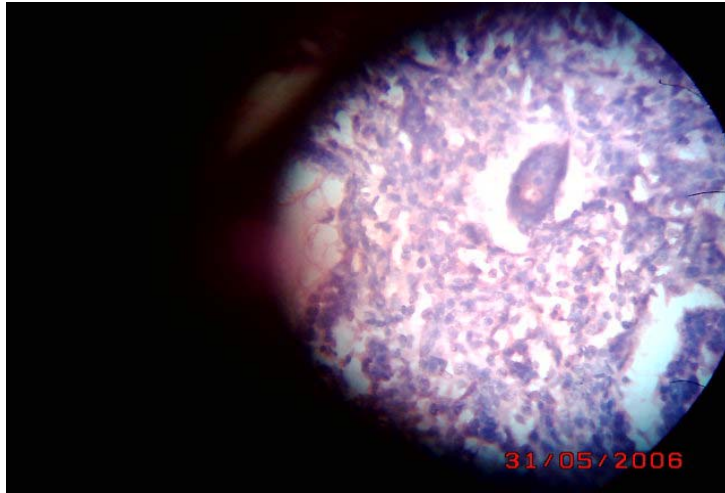


Figura 1. Adenocarcinoma pobremente diferenciado de trompa de Falopio.

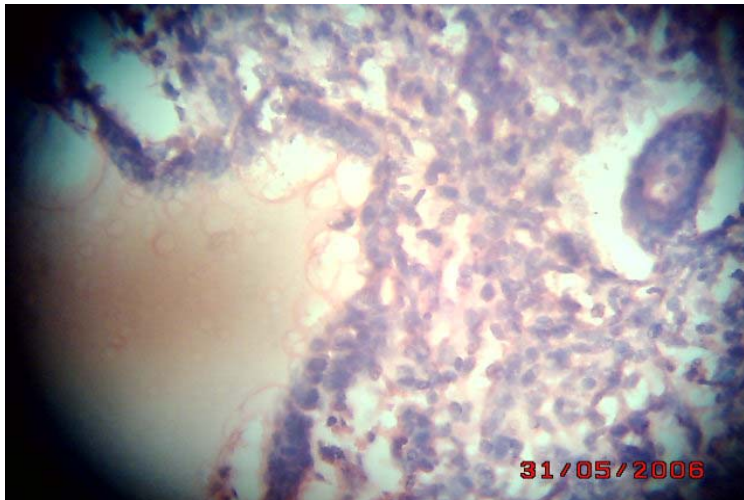


Figura 2. Adenocarcinoma pobremente diferenciado de trompa de Falopio.