

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
DR. AGOSTINHO NETO
GUANTANAMO

ADENOCARCINOMA DE TROMPAS DE FALOPIO. INFORME DE UN CASO.

Dr. Osvaldo Rodríguez Lara¹, Dr. Jorge Ávila Camejo², Dr. Gerardo Estrada Sánchez², Dr. Hugo Ariel Matos Quiala¹, Dr. Rodolfo Pérez González², Dra. Marilyn Martínez Enfedaque¹, Dra. Raquel Durand Bornot.¹

RESUMEN

Se presenta el caso de un adenocarcinoma primitivo de las trompas de Falopio en paciente de 48 años de edad, intervenida quirúrgicamente en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de la ciudad de Guantánamo. Se anunció como posible mioma uterino complicado y en el transoperatorio se identificó tumoración en la tuba izquierda, sospechosa clínicamente de absceso tuboovárico. Se concluyó, luego del estudio anatomopatológico, como adenocarcinoma pobremente diferenciado con patrón sarcomatoide primitivo de las trompas de Falopio.

Palabras clave: NEOPLASMAS DE LAS TROMPAS DE FALOPIO/ diagnóstico; NEOPLASMAS DE LAS TROMPAS DE FALOPIO/ cirugía; ADENOCARCINOMA/ cirugía.

INTRODUCCION

Los tumores primitivos de las trompas de Falopio son considerados una de las enfermedades malignas más raras del aparato genital femenino. Su frecuencia en relación con los cánceres ginecológicos suele ser del 1 % o menos, por tal motivo, resulta sorprendente que el diagnóstico se haga precozmente y durante el preoperatorio. En muchos casos esta lesión se encuentra como un hallazgo operatorio casual en pacientes que se iban a intervenir por otro motivo.¹⁻⁵

¹ *Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.*

² *Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.*

El cuadro clínico es impreciso, presentando síntomas y signos comunes a muchas dolencias ginecológicas dados por:

1. Hemorragia: Procede de la sangre acumulada en las trompas, pasando primero a la cavidad uterina y luego a la vagina.
2. Dolor abdominal tipo cólico: Provocado por la distensión de la pared tubárica y la estimulación de la actividad peristáltica, aliviándose con el paso de la sangre o de las secreciones acuosas.
3. Secreciones vaginales acuosas: Es un hallazgo bastante frecuente; el carcinoma tubárico y su combinación con el dolor tipo cólico se ha denominado clásicamente como "*hydrops tubae profluens*".

La triada: dolor, leucorrea y menorragia, se consideran los síntomas más frecuentes del carcinoma tubárico aunque su incidencia es escasa. Otros síntomas son: distensión abdominal, sensación de presión, y, al examen físico, se puede palpar ocasionalmente la presencia de una masa anexial.⁴⁻⁷

La edad promedio de aparición de estas patologías es la de 50 años, se recuerda el patrón encontrado entre las mujeres que desarrollan procesos malignos de los ovarios y endometrio en ésta.^{2-5,7-9}

El tratamiento es quirúrgico desde el diagnóstico, aceptándose como el básico la recepción quirúrgica extensa de los órganos ginecológicos internos y la estadía quirúrgica. No existe un acuerdo internacional acerca de la aplicación de esquemas de quimioterapia, dado a la escasa experiencia en el manejo de estos casos aún en centros internacionales dedicados a la materia.^{3,4,9}

PRESENTACION DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente de 48 años de edad, de raza negra, talla 1.68 cm y peso de 65 kg. No refiere antecedentes patológicos personales previos y antecedente familiar de madre fallecida a los 45 años por cáncer de ovario; antecedentes obstétricos de 2 abortos y 2 partos, menarquía a los 12 años y primera relación sexual a los 16 años con ciclos menstruales regulares de 28-3.

Motivo de consulta:

Sangramiento ginecológico irregular que no guarda relación con la menstruación, acompañado de dolor en bajo vientre de tipo cólico que se alivia con la salida de sangre por la vagina, de 6 meses de evolución.

Otros síntomas:

Leucorrea vaginal de tipo acuosa sanguinolenta, sensación de peso en el bajo vientre y dificultades para orinar y defecar.

Datos positivos al examen físico:

Abdomen: Blando, depresible y doloroso a la palpación superficial y profunda en el hipogastrio, no se palpó tumoración.

Tacto vaginal: Cuello de multípara en posición central, útero aumentado de tamaño de superficie irregular y nodular, con textura fibromatosa, dolorosa a la palpación bimanual, anejos no palpables.

Tacto rectal: Ambos parametrios libres.

Especuloscopia: cuello central, bien epitelizado, con el orificio cervical externo de multípara, se aprecia múltiples huecos de Naboth en su superficie, a travñes del orificio cervical externo se observa la salida de una leucorrea acuosa sanguinolenta escasa.

Estudios complementarios:*Hematológicos:*

Hemograma completo: Hemoglobina 12.5 g/L

Hematócrito: 0.40 L/L

Leucocitos: 5.5×10^9 /L

Polimorfos: 0.30

Linfo: 0.58 /L

Eosinófilos: 0.63 /L

Eritrosedimentación: 14 mm/H

Glicemia: 4.6 mmol/L

Coagulograma mínimo: Normal.

Serología: No reactiva.

Microbiológicos:

Exudado vaginal simple: Negativo.

Heces fecales

Imaginológicos:

Radiografía de tórax (AP): Normal.

Ultrasonido ginecológico: Útero aumentado de tamaño, de textura miomatosa, el mayor de los miomas está localizado en la pared lateral izquierda y hacia el fondo uterino midiendo 60 x 56 mm de diámetro, con focos de necrosis en su interior; existen otros más pequeños. Anejos sin alteraciones, resto de órganos abdominales normales.

Histológicos

Legrado endometrial previo a la cirugía: Endometrio proliferativo tardío.

Citología exocervical: Negativo de células neoplásicas.

Se ingresa como mioma complicado por lo acuciante de la sintomatología en el transcurso del estudio preoperatorio y se anuncia como tal.

El acto quirúrgico se efectuó el día 20 de noviembre de 2005, donde se realiza laparotomía para realizar histerectomía total abdominal con salpingectomía. En el transoperatorio se nota masa tumoral en la porción ampollar de la trompa izquierda, interpretado como un posible absceso tuboovárico. Se encuentra el útero multimiomatoso de superficie irregular, múltiples adherencias inflamatorias tuboováricas y se decide a realizar histerectomía total abdominal con doble salpingooforectomía.

Anatomopatológico (No. biopsia 05-1155)

- a) Descripción macroscópica: Histerectomía total con doble anexectomía debido a fibroma uterino subseroso, cuello con quiste de Naboth, trompa izquierda tumoral, con masa que mide 4.5 x 5 cm de diámetro, ovarios con cuerpo lúteo.
- b) Descripción microscópica: Adenocarcinoma pobremente diferenciado de la trompa izquierda que no infiltra la serosa, no hay signo de metástasis en ovarios ni en endometrio.

Informe: Adenocarcinoma pobremente diferenciado de las trompas de Falopio con patrón sarcomatoide. No hay evidencia de metástasis a útero y ovario.

Se decide seguimiento oncológico y no se impone otro tratamiento oncoespecífico.

Evolución del caso:

A los 8 meses de evaluación, la paciente acude a consulta quejándose de síntomas digestivos altos dado por: epigastralgia, vómito, disfagia, repleción gástrica, pérdida del apetito. Hay pérdida notable del peso corporal. Al examen físico ginecológico no hay signos de actividad tumoral.

Estudios específicos:

Ultrasonido abdominal: Hacia hipocondrio y epigastrio izquierdo se aprecia imagen compleja de un aspecto tumoral que mide 73 x 600 mm de diámetro, la cual pudiera estar en relación con la cola del páncreas con elementos sonoluscentes en su interior. No líquido libre en cavidad.

Tránsito intestinal: Se señalan ligeros signos de compresión extrínseca del estómago en su curvatura mayor y cercana a la región antral. Otros aspectos estudiados, normal.

Tomografía axial computarizada abdominal: Se aprecia a nivel del hipocondrio izquierdo retroperitonealmente imagen mixta de 61 x 57 mm con una densidad entre 28 y 55 UH, la misma está muy adosada a la aorta y aparentemente no la infiltra ni desplaza, pero si aparece infiltrado el intestino delgado, al cual desplaza. Se observan adenopatías por delante de la cava de 55 UH que constituye en un pequeño paquete. Ectasia moderada del riñón izquierdo, al parecer por infiltración tumoral.

Impresión diagnóstica: Tumoración retroperitoneal.

Se decide realizar laparotomía exploratoria donde aparece una gran masa tumoral, localizada en la raíz del mesenterio, interesando al mesocolon transversal, región retrogástrica y envolviendo los grandes vasos, infiltrando el íleon terminal, angulándolo y dificultando el tránsito intestinal, siendo irresecable la tumoración. Se realiza anastomosis de íleon terminal y se toma biopsia.

Tratamiento actual: Paliativo.

Evolución desde el diagnóstico: 12 meses.

Última noticia: 10/enero/06.

DISCUSION DEL CASO

Los tumores primitivos de las trompas de Falopio son los más raros localizados entre los procesos malignos del aparato genital femenino; su frecuencia es del 1

% o menos. Su diagnóstico precoz resulta sorprendente, encontrándose en el mejor de los casos como hallazgo operatorio causal en pacientes que se intervienen por otras causas.¹⁻⁴

Su incidencia máxima es en mujeres de 60-69 años de edad, aunque según algunos autores se han informado casos en pacientes de menor edad en el período perimenopáusico.^{2,4-6} Es más frecuente en mujeres caucásicas que en mujeres negras, aunque la causa para esto no esté bien entendida.^{7,8}

Dada su rareza, la causa y los factores de riesgos para el desarrollo del carcinoma primitivo de las trompas de Falopio no se definen claramente. Ha sido planteada una cierta asociación del carcinoma de estos órganos con los procesos inflamatorios crónicos e infecciosos en estos por enfermedades transmitidas sexualmente, así como por tuberculosis de localización tubárica no tratadas eficazmente; aunque no se ha establecido una relación causa-efecto en el caso presentado, no se recoge el antecedente de B/T o ITS, ni de salpingitis de larga evolución, no pudiendo establecerse una asociación con estos posibles factores de riesgos.

El cuadro clínico es muy impreciso y está dado por síntomas y signos comunes en múltiples patologías ginecológicas de la mujer adulta, como son: hemorragias, dolor abdominal tipo cólico, leucorrea acuosa, sensación de peso en bajo vientre y distensión abdominal. La combinación de dolor y hemorragia vaginal y leucorrea se considera la triada clásica del carcinoma de las trompas de Falopio. El caso expuesto compartía todos estos síntomas, excepto la palpación de la masa anaxial en forma de salchicha, lo cual pudo estar enmascarado por asociación del tumor tubárico con el útero multimiomatoso. Al examen físico se precisó la salida de leucorrea acuoso-sanguinolenta a través de la cervix, producto de la trasudación tumoral a la luz tubárica y desde esta a la cavidad uterina.

Es muy raro lograr el diagnóstico preoperatorio. En 1943 McGoldrick y colaboradores revisaron 376 casos y solo 1 caso fue diagnosticado en el preoperatorio.^{10,11} Más del 80 % de las pacientes presenta una masa pélvica antes de la cirugía, mientras que la presencia de esta y líquido ascítico, no es común, ocurre en el 15 % de los casos.

Los cánceres del tubo de Falopio son tan raros que al encontrar una masa pélvica no es suficiente para hacer el diagnóstico de cáncer de las trompas de

Falopio; además, de que los estudios radiológicos del tracto genitourinario y gastrointestinal no son de mucha ayuda para obtener el diagnóstico.^{3,5,7,8}

El lavado peritoneal por vía laparoscópica o la toma de muestra de líquido ascítico puede ser utilizado en preoperatorios en caso de una sospecha.

Entre los estudios especiales el de mayor aplicación es la ecografía, la cual puede definir la presencia del proceso tumoral y determina sus características, buscando el típico encuentro de una masa en forma de salchicha, con crecimiento dentro del centro, lleno de fluido del tubo (aspecto supuesto de la rueda dentada).

El empleo del ultrasonido transvaginal color y el Doppler parecen ser estrategias especialmente prometedoras. La tomografía confirmaría lo encontrado en el ultrasonido. La radiografía pélvica puede mostrar la existencia de la masa.^{3,5,6,8,9}

Para diferenciar un cáncer primario de las trompas de una metástasis de origen ovárico o endometrial, la masa tumoral debe estar situada en la trompa, afecta su luz y estar implantado en la mucosa tal y como ocurrió en el caso estudiado.²

El más frecuente de todos los tipos histológicos es el tipo seroso papilar que presenta el 90 % de los tumores en esta localización.

El patrón de invasión del cáncer de las trompas es muy similar al del cáncer de ovarios que envuelve al peritoneo, intestino y ovarios.

Como en todo proceso oncológico, el régimen de tratamiento se debe individualizar tanto como sea posible. Debe considerarse la etapa de la enfermedad, los antecedentes personales y las preferencias personales entre otras cosas.

Entre las opciones terapéuticas se encuentra: la cirugía, la cirugía de segunda mirada, la radioterapia, la quimioterapia y la terapia abdominal.¹⁰⁻¹⁶

El pronóstico es dependiente de la etapa y grado de la enfermedad al diagnosticarla, así como del grado de la enfermedad residual postoperatoria. Con terapia secuencial, la supervivencia total en 5 años, según algunos autores, está como sigue:^{3,4,8,9}

Etapa O	El 91 %
Etapa I	El 54 %
Etapa II a IV	El 25 %

CONSIDERACIONES FINALES

Teniendo en cuenta lo raro de esta patología, lo impreciso de su cuadro clínico y lo fortuito de su diagnóstico, solamente un alto índice de sospecha nos permitirá realizar el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado. Ante toda paciente con la presencia de tumor tubárico y la asociación de los síntomas de leucorrea, dolor y blenorragia, debemos de considerar la posibilidad de un carcinoma tubárico y se impone la decisión del tratamiento quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Tumores Malignos de las Trompas de Falopio. En: Robbins Patología Estructural y Funcional. 5ªed. Mexico : McGraw Hill Interamericana; 1998.p.1172.
2. Pérez M. Adenocarcinoma Primitivo de las Trompas de Falopio. La Habana : Inor; 2000.
3. Klein M, Graf HH. Tumor Progresión, histologic gradin and DNA - ploidy as predictive factors of lynphogenous metastasis in primary carcinoma of the Fallopian tube. Vienna Austria.
4. Schneider C. and col: primary carcinoma of the Fallopian Tube. A report of 19 cases with literature review. Departament of Obstetrics and Gynecology. University Hospital of Surich. Swirtzerland.
5. Gynecolgoy Oncology. Jan. 84: 185-6. Pclitaxel-base Chemotherapy in Carcinoma of the Fallopian Tube. Gernignani MIand col. New York. 10021 USA.
6. Furenge Y, Nishihara S and cols. Combinations Chemotherapy with Docetalex + Carboplatino in the tretament of Ovary and Fallopian Tuba. Article in Japanese. Departament of Obstetrics and Gynecology, Juntendo Izunagaoka Hospital.
7. The Abramson Cancer Center of the University of Pennsylvania. 25-feb. Oncololine en español. Adenocarcinoma Primitivo de Trompa de Falopio.

8. Adenocarcinoma de trompas de Falopio. Presentación de un caso. Revista de la facultad de Medicina de Caracas. Enero. G Benitez, 0798-0469. Caracas.
9. Varras M and cols. Primary Fallopian Tube Adenocarcinoma. Preoperative Diagnosis, treatment and follow-up. University General Hospital Attikon. 3rd Department of Obstetrics and Gynecology. Athens. Greece.
10. Wheller J. Diseases of the Fallopian Tube en: Kurgan R, Editor Buestein's Pathology of the Female Genital Tract. 5^{ta} Edición. New York: Springer: 2001. P 548-549.
11. Erez S, Kaplan AL, Wall Ja. Clinical Aspects of Carcinoma of the Uterine Tube. Obstetrics and Gynecology 2000: 30: 547
12. Dobson MG. Ford JH, Averette he Clinical aspects of Fallopian Tube. Obstetrics and Gynecology 2000: 36.
13. Revolución. Venezolana Oncológica 2005; 17 (2): 98 - 102. Casos Clínicos. Adenocarcinoma Primitivo de Trompa Uterina. A propósito de un caso y revisión de la literatura. Maria Jiménez, Gustavo Bracho, Alfredo Borges y Cols.
14. Alvarado I. Cheung; Cadvft T. Tumours of the Fallopian Tube. En: Tausoli F, De Vile P. Editores. World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetics Tumours. Washington. D.C IARC 2002. P. 206-208.
15. Steven M. Oncología y Ginecología 2^{da} Edición. Madrid (España): Marban: 2000 Pág 71 - 81.
16. Carcinoma de las Trompas de Falopio. Presentación de un caso. Hospital Docente Ginecologico "Manuel Fajardo" Guines Dr. René Torres Hernández, Dra. María A Rodríguez Delgado. Revista Cub de Ciencias Médicas. La Habana 2002; 0(No. Especial).