

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma de trompa de Falopio es una de las enfermedades malignas más raras del aparato genital femenino⁽¹⁻⁵⁾. Hasta la fecha sólo se han publicado 2 series retrospectivas cooperativas con más de 100 pacientes⁽¹⁾.

La edad promedio de presentación al momento del diagnóstico es de 50 años⁽²⁻⁴⁾. El síntoma de presentación más frecuente es la hemorragia vaginal, evidenciándose en más del 50 % de los casos. Otros síntomas asociados son el dolor abdominal inferior, distensión abdominal y sensación de presión. En muchos casos estos síntomas son vagos e inespecíficos⁽²⁾.

El diagnóstico preoperatorio de esta patología es bastante raro, por lo general se establece durante la laparotomía que se realiza en una mujer perimenopáusica o posmenopáusica por una masa pélvica que se cree que depende del ovario o del cuerpo uterino⁽²⁻⁵⁾.

Casi todos los carcinomas de la trompa son adenocarcinomas, en raros casos se han descrito tumores endometriodes, carcinomas de células claras, adenocarcinomas mucinosos, carcinomas adenoescamosos y raros casos de sarcomas^(1,2,6).

En 1991, la FIGO estableció por primera vez una clasificación en estadios para el carcinoma tubárico. En estudios recientes se demuestra que más del 50 % de las pacientes presentan la enfermedad en estadio I o II^(1,2,5).

Debido a la rareza de la enfermedad no existen protocolos de tratamiento controlados, empleándose las estrategias de tratamiento para el carcinoma epitelial de ovario⁽²⁾.

Dado lo infrecuente de la patología se reporta este caso, acotando su forma de presentación, tratamiento y evolución, al mismo tiempo que se realizó la respectiva revisión bibliográfica sobre el tema.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente femenina de 38 años de edad, natural y procedente del Estado Carabobo, la cual, inicia su enfermedad actual en el año 1998, presentando dolor en fosa iliaca derecha acompañado de flujo y sangrado genital anormal, acude a ginecólogo, el cual, posterior a valoración y estudios ecográficos se planteó el diagnóstico de tumor de ovario derecho, motivo por lo cual, es intervenida quirúrgicamente, realizándole laparotomía exploradora, donde evidencian tumor anexial derecho de aproximadamente 8 cm de diámetro y, tumor quístico de ovario derecho; realizaron histerectomía total con ooforosalingectomía bilateral, reportando la biopsia definitiva, macroscópicamente: Anexo derecho de 8 cm x 7,5 cm x 5,5 cm, al corte se evidencian varias cavidades quísticas (entre 2,5 cm y 1,5 cm), con material gelatinoso en su interior. Trompa uterina izquierda de 5,5 cm x 1 cm. Ovario izquierdo de 3 cm x 2 cm x 2 cm, con 2 cavidades quísticas. Diagnóstico: Adenocarcinoma papilar infiltrante, bien diferenciado, de trompa uterina derecha, hematosalpinx, endometriosis tubo-ovárica bilateral.

Es referida a nuestro centro donde es valorada por el Servicio de Ginecología, sin evidencia de hallazgos clínicos relevantes. Se enviaron las láminas histológicas al Servicio de Anatomía Patológica para su revisión, confirmándose el diagnóstico histológico de adenocarcinoma papilar infiltrante de trompa uterina.

Se realizó laparotomía exploradora clasificadora, no evidenciándose lesiones macroscópicas, se realizó lavado peritoneal y toma de muestras de biopsias aleatorias de peritoneo abdominal y pélvico, biopsias selectivas de tejido célula-ganglionar iliacos y preaórticos, omentectomía inframesocólica, reportando la citología del líquido y biopsias: libres de infiltración neoplásica. En vista de tratarse de una enfermedad en estadio temprano

y de bajo grado histológico (Estadio Ia, bien diferenciado), se decidió no dar tratamiento adyuvante, tomando la cirugía como tratamiento definitivo, con controles periódicos clínicos, radiológicos y ecográficos. La paciente evolucionó satisfactoriamente, encontrándose actualmente asintomática, sin evidencias clínicas ni paraclínicas de enfermedad, con un intervalo libre de enfermedad de 6 años.

DISCUSIÓN

El carcinoma primario de trompa uterina representa el 0,18 % al 1,8 % de todos los tumores malignos ginecológicos ⁽⁴⁾. La prevalencia es de casi 3,6 por millón de mujeres por año ^(4,6). La edad de presentación más frecuente oscila entre la sexta y séptima década, siendo raro encontrarlo en menores de 35 años ⁽⁶⁾, perteneciendo nuestra paciente, a un grupo etario poco frecuente.

La etiología del cáncer de trompa uterina permanece desconocida. Es frecuente la historia de infertilidad. La nuliparidad está presente en casi el 30 % de las pacientes, se han sugerido factores predisponentes como la inflamación crónica y la salpingitis tuberculosa, sin embargo, muchos aseveran que son poco probables ^(3,5,6).

Clínicamente se caracteriza por la presencia de dolor abdominal, sangrado o secreción vaginal, una masa pélvica o abdominal se encuentra en el 80 % de los casos ^(2,4). La combinación de dolor tipo cólico seguido de una secreción vaginal acuosa e intensa recibe el nombre de *hydrops tubae proflans* ^(2,6). Se cree que es secundario al llenado y vaciado de una trompa bloqueada de modo parcial, correspondiendo el dolor al llenado de la trompa ^(3,4). Aunque la tríada de dolor, menorragia y leucorrea se considera patognomónico de carcinoma tubárico, su incidencia es escasa ^(2,6). El diagnóstico es raramente hecho antes de la operación, pero ocasionalmente una citología

positiva asociada con un curetaje endometrial negativo puede sugerir la correcta localización de la neoplasia ⁽⁶⁾. Estudios han reportado entre un 10 % a 23 % de citologías cervicales positivas para malignidad, indicativas de adenocarcinoma ^(2,4,5). La identificación de cuerpos de psamoma en la citología cervical hace aumentar la sospecha de la existencia de cáncer ovárico o tubárico ⁽²⁾.

Nuestro caso presenta muchas características acordes a la literatura consultada, tanto su forma de presentación, en nuestro caso dolor, flujo vaginal, sangrado genital, además de la confusión diagnóstica con una patología ovárica requiriéndose la laparotomía para su diagnóstico preciso y posterior estadificación.

Los estudios de imágenes de la pelvis habitualmente demuestran la existencia de una masa anexial de naturaleza quística, compleja o sólida. Habitualmente se interpreta como un tumor de ovario, que es más frecuente ⁽⁵⁾. El ultrasonido transvaginal de alta resolución es más útil que la tomografía axial computarizada en el diagnóstico de carcinoma de trompa de Falopio, cuando este se sospecha ⁽⁴⁾.

La tomografía axial computada o la resonancia magnética nuclear pueden ser útiles para evaluar la extensión de la enfermedad a otras estructuras intraabdominales o retroperitoneales. Se ha descrito la detección de niveles aumentados del determinante antigénico (CA-125), tanto en pacientes con enfermedad primaria como en enfermedad recurrente ⁽⁵⁾.

Al realizar la laparotomía, se evidencia macroscópicamente que la trompa uterina muestra una dilatación anormal, un engrosamiento nodular o con inflamación difusa en forma de salchicha con oclusión de las fimbrias, debiendo realizarse el diagnóstico diferencial con enfermedades benignas, tales como, hidrosalpinx, hematosalpinx, piosalpinx, endometriosis, embarazo ectópico, etc. ⁽¹⁻⁵⁾. El tumor puede aparecer en cualquier porción de la trompa, pero se origina con más frecuencia en

la porción ampular. Se presenta con igual frecuencia en la trompa derecha o izquierda, siendo afectadas en forma bilateral en el 10 % al 26 % de los casos ⁽⁵⁾.

Desde el punto de vista anatomopatológico, es más frecuente encontrar a nivel de la trompa uterina tumores por metástasis (por cáncer de ovario, útero, endometrio, apéndice cecal) ⁽⁶⁾. Cuando existe compromiso del ovario adyacente la diferenciación entre carcinoma primario de trompa y ovario es en extremo difícil ⁽¹⁻⁴⁾. Hu y col. en 1950, propusieron algunos criterios de ayuda para lograr este diagnóstico ⁽³⁾: a. Macroscópicamente el tumor principal debe estar en la trompa uterina. b. Microscópicamente debe estar afectada principalmente la mucosa de la trompa uterina, y c. Debe demostrarse la transición entre epitelio benigno a maligno en la trompa uterina.

No existe parámetros inmunohistoquímicos distintivos que diferencien el carcinoma de la trompa de Falopio de los tumores primarios de ovario ⁽⁴⁾. Cuando no se logra determinar el origen primario de la lesión se clasifican como carcinomas tuboováricos ⁽¹⁾.

El tipo histológico reportado en nuestra paciente, adenocarcinoma papilar corresponde con la variedad histológica más frecuente.

Además del adenocarcinoma seroso, la OMS ha descrito otros tipos histológicos que se presentan con menor frecuencia tales como: adenocarcinomas mucinoso, endometriode, de células claras, de células transicionales, carcinomas indiferenciados y otros tipos histológicos muy raros: leiomioma, coriocarcinoma, sarcomas, teratoma maligno ⁽⁵⁾.

Los patrones de diseminación del adenocarcinoma de trompa uterina son los mismos que para el cáncer epitelial de ovario, sobre todo por crecimiento contiguo y por implantación intraperitoneal, alcanzando la cavidad peritoneal y sus vísceras a través de las fimbrias tubáricas o mediante la invasión transmural de

la pared tubárica ⁽⁵⁾. También a diferencia del cáncer de ovario, el cáncer de trompa uterina se origina en una víscera hueca y por eso el grado de invasión de la pared muscular es un factor determinante ⁽⁶⁾.

En 1991, la FIGO aceptó un sistema oficial de estadificación del cáncer de trompa uterina ⁽¹⁻⁵⁾.

La cirugía es la piedra angular del tratamiento inicial ⁽⁴⁾. En los casos en los que macroscópicamente la lesión se localiza en la trompa se debe realizar una técnica de estadificación cuidadosa que incluye lavado peritoneal, toma de biopsias peritoneales, omentectomía, linfadenectomía pélvica y para-aórtica selectiva ⁽⁵⁾. En pacientes con enfermedad macroscópica metastásica se intenta reseca tanto tumor como sea posible ⁽⁴⁾. La estadificación en nuestro caso se realizó en una segunda laparotomía, ya que el manejo inicial de la paciente se realizó en otro centro. En pacientes con enfermedad en estadio Ia, bien diferenciado, donde no se evidencia lesión fuera del sitio primario se puede realizar protocolo conservador (ooforosalingectomía unilateral) para preservar su función reproductora ^(3,4).

Es difícil determinar en la bibliografía actual la eficacia de la radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia en el tratamiento del cáncer de trompa uterina ⁽⁵⁾.

El factor pronóstico más importante que se correlaciona con la supervivencia es el estadio de la enfermedad. La tasa de supervivencia oscila entre 40 % y 60 % en la enfermedad localizada (ST I-II) y entre 0 % y 16 % en la enfermedad avanzada (III-IV) ⁽⁵⁾.

Desafortunadamente, el carcinoma primario de trompa de Falopio es raramente encontrado en el estadio *in situ* ⁽⁶⁾.

Debido a lo infrecuente de la patología es poco sospechada, por tanto debe tenerse en cuenta para establecer el diagnóstico diferencial de patologías malignas de la esfera ginecológica

en aquellas pacientes que se presentan con una hemorragia vaginal posmenopáusica, con una masa pélvica o con una citología anormal, en

quien se ha descartado un carcinoma cervical y de endometrio.

REFERENCIAS

1. Alvarado I, Cheung A, Caduft T. Tumours of the fallopian tube. En: Tavasoli F, Devile P, editores. World Health Organization classification of tumours pathology & genetics tumours. Washington, D.C. IARC. 2002.p.206-208.
2. DiSaia P, Creasman W. Oncología Ginecológica Clínica. 5ª edición. Madrid- (España): Harcourt Brace; 1999.p.379-385.
3. Shingleton H, Fowler W, Jordan J, Lawrence W. Oncología Ginecológica. 2ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 1998.p.232-236.
4. Steven M. Oncología Ginecológica. 2ª edición. Madrid (España): Marban; 2000.p.71-81.
5. Tokunaga T, Miyazaki K, Matsuyama S, Okamura H. Serial measurement of CA 125 in patients with primary carcinoma of the fallopian tube. Gynecol Oncol. 1990;36(3):335-337.
6. Wheeler J. Diseases of the Fallopian Tube. En: Kurman R, editor. Bluestein's Pathology of the Female Genital Tract. 5ª edición. Nueva York: Springer; 2001.p.548-549.