

PRESENTACION DE CASO**Carcinoma primario de la trompa de Falopio: presentación de dos casos****Primary Carcinoma in the Fallopian Tube: A Two Cases Report**

Dra. Myriam García Tirada, ⁽¹⁾ Mario Joel Arroyo Díaz, ⁽²⁾ Dr. Luis Enrique Pompa Montes de Oca, ⁽³⁾ Dr. Ramón Portales Pérez, ⁽⁴⁾ Dra. M^a Victoria López Soto. ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Sexualidad. Profesor Auxiliar. ⁽²⁾ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente. ⁽³⁾ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Instructor. ⁽⁴⁾ Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Profesor Auxiliar. ⁽⁴⁾ Hospital General Docente "Enrique Cabrera". La Habana.

⁽¹⁾ Terminal Professional Degree in Gynecology and Obstetrics. MSc. in Sexuality. Associate Professor. ⁽²⁾ Second Professional Degree in Gynecology and Obstetrics. Assistant Professor. ⁽³⁾ Second Professional Degree in Gynecology and Obstetrics. Instructor. ⁽⁴⁾ Terminal Professional Degree in Anatomical Pathology. Associate Professor. ⁽⁴⁾ "Enrique Cabrera" General Teaching Hospital. Havana.

RESUMEN

El carcinoma primario de la trompa de Falopio es un tumor ginecológico raro. Su diagnóstico pre- operatorio se dificulta por su curso insidioso y silente, generalmente se realiza en el post-operatorio. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres post menopáusicas y clínica e histológicamente se comporta en muchas ocasiones como un cáncer de ovario. En la literatura se ha reportado la asociación entre cáncer de ovario y endometrio pero muy pocos han descrito la asociación de estos, con el cáncer de la trompa de Falopio. Se presentan dos casos de cáncer primario de la trompa de Falopio, diagnosticados en un período de 6 meses por histología post-quirúrgica, intervenidos en el Servicio de Ginecología del Hospital General Docente "Enrique Cabrera" y cuyos diagnósticos pre-operatorios fueron: adenocarcinoma de endometrio y cáncer de ovario. Es llamativo, que una de las pacientes, de 44 años, se le realiza el diagnóstico al realizar biopsia endometrial para retirar un dispositivo intrauterino y el resultado de dicho

estudio fue un adenocarcinoma de endometrio que justifica la intervención quirúrgica.

Palabras clave: Carcinoma; adenocarcinoma; neoplasias de las trompas de Falopio; procedimientos quirúrgicos operativos

ABSTRACT

Primary carcinoma in the fallopian tube is a rare gynecological tumor. Its preoperative diagnosis is difficult because of its insidious and silent course. It is usually performed in the postoperative stage. This carcinoma is most frequently presented in post menopausal women. Its clinical and histological behavior is often similar to that of an ovarian cancer. In literature there are reports on the association between ovarian and endometrial cancer. Nevertheless, there are but few references to their association with fallopian tubes cancer. Two cases of primary cancer in the fallopian tubes, diagnosed in a 6 months period through post-

Recibido: 4 de septiembre de 2011

Aprobado: 19 de septiembre de 2011

Correspondencia:

Dra. Myriam García Tirada.

Hospital General Docente "Enrique Cabrera".

Calzada de Aldabó # 11117 Altahabana, Boyeros.

La Habana.

Dirección electrónica: miricu@infomed.sld.cu

surgical histology, that were treated in the Gynecology Service of the "Enrique Cabrera" General Teaching Hospital are presented. Their preoperative diagnoses were endometrial adenocarcinoma and ovarian cancer. It is relevant that one patient, with 44 years old, was diagnosed through endometrial biopsy performed to remove an intra uterine device. The result of that study was an endometrial adenocarcinoma that required surgery.

Key words: Carcinoma; adenocarcinoma; Fallopian tube neoplasms; surgical procedures operative

INTRODUCCIÓN

El carcinoma primario de la trompa de Falopio es un tumor ginecológico raro, que pocas veces se diagnóstica antes de una intervención quirúrgica. Representa entre el 0,3 – 1,9 % de todos los cánceres del tracto genital femenino.⁽¹⁻³⁾ La incidencia en Estados Unidos es de 3,6 por 1 millón de mujeres anualmente.⁽⁴⁾

Se presenta con mayor frecuencia en mujeres post menopáusicas y clínica e histológicamente se comporta en muchas ocasiones como un cáncer de ovario.⁽⁵⁾ Su evolución es insidiosa, su curso silente y usualmente es unilateral. El diagnóstico se realiza usualmente por laparotomía y por la histología operatoria.^(2,3)

La forma de presentación más común del cáncer de la trompa de Falopio es el sangrado pos- menopáusico, sin embargo, algunas veces puede presentarse como un dolor pélvico, o como una masa pélvica.⁽⁵⁾

El tipo histológico más común del cáncer primario de la trompa de Falopio, (+ 90 %), es el adenocarcinoma papilar primario.⁽⁵⁾ El CA 125 per se, no es diagnóstico de cáncer primario de la trompa de Falopio, pero más del 80 % de las pacientes tienen un nivel elevado en suero previo al tratamiento.⁽⁶⁾

En la literatura se ha reportado la asociación entre cáncer de ovario y endometrio,⁽⁷⁾ pero muy pocos han descrito la asociación de estos con el cáncer de trompa de Falopio.^(8,9)

En cuanto al tratamiento, debido a lo raro de la enfermedad se dificulta definir los regímenes de tratamiento, pero en los artículos revisados, todos los estudios refieren que el quirúrgico con linfadenectomía seguido de la quimioterapia, es el tratamiento de elección, aunque son valorados otros esquemas para mejorar la supervivencia, teniendo en cuenta lo tardío del diagnóstico, a veces en estadios avanzados.^(5, 11,12)

Las razones para la presentación de nuestro trabajo es que esta patología ginecológica rara, se presenta en 2 pacientes en el intervalo de 6 meses y que el diagnóstico de cáncer primario de trompa de Falopio se realiza después de haber sido intervenidas quirúrgicamente las pacientes, una con diagnóstico de cáncer de ovario y otra por adenocarcinoma de endometrio.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Primer caso

Paciente de 44 años de edad con antecedentes de 1 parto y operada de un embarazo ectópico tubario derecho sin otro antecedente patológico personal, que se le indicó realizar legrado diagnóstico para retirar un dispositivo intrauterino (DIU) que tenía implantado hacía 14 años y que llevaba un año de evolución hiperpolimenorrea. Se realizó ultrasonido transvaginal encontrando solo como dato positivo una LE de 21mm.

El legrado diagnóstico informó un adenocarcinoma de endometrio poco diferenciado. Se realizó histerectomía total con doble anexectomía, omentectomía y linfadenectomía. El diagnóstico histológico final informó un carcinoma papilar primario de la trompa de Falopio que infiltraba mucosa de la trompa y mucosa endometrial. No existió infiltración ganglionar. Se envió a consulta de oncología donde se programó quimioterapia como tratamiento coadyuvante. (Caso 1).



Caso 1: Carcinoma de la trompa de Falopio (H/E 10x)

Segundo caso

Paciente de 61 años de edad, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial y de menopausia espontánea a los 50 años, que presentaba hacía 2 meses aumento de volumen del abdomen, que llegaba a producirle falta de aire. Se inició el estudio encontrando en el ultrasonido transvaginal: útero aumentado de tamaño con endometrio grueso y ecogénico, masa sólida ecogénica de contornos lobulados y área quística en proyección anexial derecha con características similares a las halladas en tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen en relación con carcinosis peritoneal. Presencia de ascitis en abdomen.

En la TAC de tórax se localizó derrame pleural izquierdo asociado a engrosamiento de la pleura basal y posterior. CA 125 mayor de 2000µ/ml.

Se decidió, al plantearse el diagnóstico de cáncer de ovario, comenzar quimioterapia para realizar posterior

tratamiento quirúrgico. Después de 5 ciclos de ciclofosfamida y CDDP realizados cada 21 días disminuyeron las cifras de CA 125 a 24,6µ/ml. En el rayos x de tórax no había lesiones pleuro pulmonares. TAC de abdomen: en hipogastrio lesión redondeada de 50×50 mm con áreas hipodensas en su interior. No había ganglios abdominales ni pélvicos. En el ultrasonido se halló engrosamiento endometrial de 28 mm.

La paciente ingresó para realizar tratamiento quirúrgico 7 meses después de haberse realizado el diagnóstico inicial de tumor de ovario. Se realizó histerectomía total abdominal con anexectomía bilateral y omentectomía.

Anatomía patológica informó: carcinoma papilar seroso, variante endometriode primario de la trompa de Falopio izquierda, originado en el 1/3 medio, moderadamente diferenciado, con extensa necrosis tumoral. El tumor infiltraba la pared de la trompa y se extendía hasta la serosa. Cuerpos albicans en ovario izquierdo e hipertecosis focal del ovario derecho. Atrofia del endometrio. Adenomiosis del cuerpo uterino y leiomiomas intramurales y subserosos.

Actualmente continúa su atención por Oncología programándose repetir quimioterapia. (Caso 2)

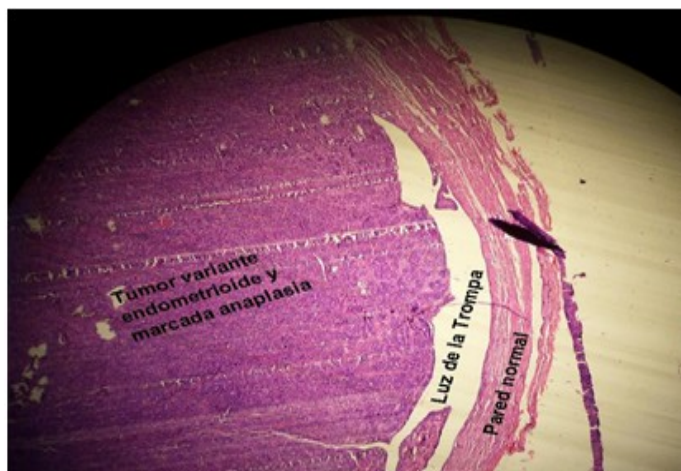
DISCUSIÓN

El cáncer de la trompa de Falopio puede ser primario o secundario al cáncer de ovario, mama, endometrio o cáncer gastrointestinal. La frecuencia de presentación de la patología en nuestra casuística es más baja que la reportada en la literatura, 0,06 %, teniendo en cuenta el número total de casos operados por el Servicio en el período diagnosticados los dos casos: noviembre 2010-abril 2011.

El promedio de edad de presentación son los 51 años, ya que nuestras pacientes tienen edades que oscilan entre los 44 y los 61 años. También en el 50 % de los casos

presentan como signo clínico, hemorragia uterina anormal y la sintomatología es similar a lo reportado en la literatura, una con hemorragia uterina anormal y otra con presencia de ascitis, dolor y masa pélvica en la post menopausia que origina el estudio.

El diagnóstico pre-operatorio se relacionó con cáncer de endometrio y cáncer de ovario, sin embargo, en ambos casos el único diagnóstico post-operatorio fue el de cáncer primario de la trompa de Falopio, variante papilar, que es como describe la literatura, el tipo histológico más frecuente. Como se describe en la bibliografía, el tratamiento realizado ha sido la quimioterapia después del tratamiento quirúrgico citoreductor con linfadenectomía que en ambos casos se realizó porque los diagnósticos pre operatorios lo llevan implícito. Las dos pacientes en estos momentos, con 6 y 9 meses de operadas, continúan su seguimiento en consulta de Oncología de nuestro centro.



Caso 2. Carcinoma de la Trompa de Falopio variante endometriode (H/E 40x)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benoit MF, Hannigan EV. A 10 year review of primary fallopian tube cancer at a community hospital: a high association of synchronous and metachronous cancers. *Int Gynecol Cancer*. 2006;16:29-35.
2. Benedet JL, Bender H, Jones H. FIGO staging, classifications and clinical practice guidelines in the management of gynaecological cancers. FIGO committee on Gynaecological Oncology. *Int J. Gynaecol Obstet*. 2000;70:209-62.
3. Goswanil PK, Keer-Wilson R, McCarthy K. Cancer of the fallopian tube. *Obstet Gynecol*. 2006;8:147-52.
4. Rosenblatt KA, Weiss NS, Schwartz SM. Incidence of malignant fallopian tube tumors. *Gynecol Oncol*. 1989;35:236-9.
5. Lliapis A, Bakalianou K, Mpotsa E, Salakos N. Fallopian tube malignancies: A retrospective clinical pathological study of 17 cases. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2008;28(1):93-95.
6. Gopasetty M, Stewart R, Girish G. Inguinal Lymphadenopathy: As A Rare Presentation Of Carcinoma Of Fallopian Tube. *Journal of Gynecology and Obstetrics* 2007;99(supp 2):S172-7.
7. Alduaij A, Hansen K, Zhang C. Primary follicular lymphoma of the fallopian tube found incidentally in a patient treated for endometrial carcinoma: a case report. *Diagnostic Pathology*. 2010;5(1746-1596):5-44.
8. Vaysse C, Touboul C, Filleron T, Mery E. Early stage (IA-IB) primary carcinoma of the fallopian tube: case-control comparison to adenocarcinoma of the ovary. *J Gynecol Oncol*. 2011;22(1): 9-17.

9. Viniker DA, Mantell BS, Grienstein RJ. Carcinosarcoma of the fallopian tube: a case report and review of the literature. *Br J. Obstet Gynaecol.* 1980;87(6):530-4.
10. Takeshima N, Hasumi K. Treatment of fallopian tube cancer: Review of the literature. *Arch Gynecol Obstet.* 2000;264:13-19.
11. Fukumura Y, Masaoka A, Naito T, Kimura M. A case of non-invasive serous adenocarcinoma at unilateral fimbria with spread to the peritoneal/uterine cavity: case report. *Diagnostic Pathology.* 2009;4(43):1746-1596.
12. Le A, Shan L, Yuan R. Primary fallopian tube cancer in term pregnancy: a case report. *Eur J. Gynaecol Oncol.* 2011;32(2):208-10.