



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Metástasis de adenocarcinoma de colon en trompa de Falopio



V. de la Chica Rubio^{a,*}, C.G. Vázquez Valeo^a, E. Rodríguez Zarco^b
y M.N. Cabezas Palacios^a

^a UGC de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^b UGC de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Recibido el 19 de septiembre de 2016; aceptado el 21 de mayo de 2017

Disponible en Internet el 23 de junio de 2017

PALABRAS CLAVE

Cáncer de trompa de Falopio;
Adenocarcinoma de sigma;
Cáncer colorrectal;
Enfermedad pélvica inflamatoria;
Ecografía en trompa de Falopio

KEYWORDS

Fallopian tube carcinoma;
Sigmoid colon adenocarcinoma;
Colorectal cancer;
Pelvic inflammatory disease;
Fallopian tube ultrasound

Resumen El carcinoma de la trompa de Falopio es una enfermedad infrecuente. La incidencia es de 3,72-4,1 por millón, mucho más baja que la del cáncer de ovario o la del carcinoma peritoneal. La mayoría de los tumores que afectan a la trompa son metastásicos, de origen principalmente ginecológico.

Presentamos el caso inusual de una mujer cuya clínica, exploración y pruebas diagnósticas orientaban a un cuadro de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI); sin embargo, los hallazgos anatomopatológicos confirmaron un tumor tubárico secundario a un adenocarcinoma de sigma que ocupaba la porción intraluminal de la trompa.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Metastatic adenocarcinoma of sigmoid colon in a Fallopian tube

Abstract Fallopian tube carcinoma is a rare tumour. The reported incidence ranges from 0.14 to 1.8% of genital malignancies. The incidence of Fallopian tube carcinoma is 3.71- 4.1 per million, much lower than the incidence of ovarian carcinoma or peritoneal malignancy. Most tumours affecting the Fallopian tube are metastatic, and usually, the primary carcinoma has a gynaecological origin.

An unusual case is reported on a woman whose clinical manifestations, examination and ultrasound image, simulated a pelvic inflammatory disease. However histopathological examination of the specimen confirmed a metastatic adenocarcinoma of sigmoid colon.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Vdelachica@Gmail.Com (V. de la Chica Rubio).

Introducción

El carcinoma de la trompa de Falopio es una enfermedad infrecuente que representa del 0,14 al 1,8% del total de los cánceres del aparato reproductor femenino¹⁻³. La incidencia es de 3,72-4,1 por millón, mucho más baja que la del cáncer de ovario (119,9 por millón) o la de carcinoma peritoneal (6,78 por millón)⁴. La mayoría de los tumores que afectan a la trompa son metastásicos, de origen principalmente ginecológico.

Presentamos un caso inusual de una mujer cuya clínica, exploración y pruebas diagnósticas orientaban a un cuadro de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI); sin embargo, los hallazgos operatorios y anatomopatológicos posteriores pusieron de manifiesto que se trataba de un tumor tubárico secundario a un adenocarcinoma de sigma. Tras una exhaustiva revisión de la literatura, no encontramos casos publicados de tumores malignos de sigma que al metastatizar formen masas que ocupen la porción intraluminal de la trompa, de ahí el interés del caso que presentamos.

Descripción del caso clínico

Mujer de 47 años con 2 gestaciones que finalizaron en cesárea, eumenorreica, con pareja estable desde hacía 20 años y sin empleo de método anticonceptivo. La paciente no padecía enfermedades excepto anemia ferropénica en estudio por su médico de Atención Primaria desde hacía unos meses.

Acudió a Urgencias por dolor hipogástrico, astenia, mal-estar general y sensación distérmica de meses de evolución que se había acentuado la última semana. A la exploración el abdomen era blando, depresible, con dolor a la palpación en fosa iliaca izquierda, donde se palpaba zona de mayor resistencia bien delimitada. El Servicio de Radiología realizó una ecografía abdominal que mostraba una imagen tubular e hipoeoica que correspondía a trompa dilatada y que se encontraba en íntimo contacto con la cara lateral izquierda uterina.

La analítica reveló, como únicos hallazgos relevantes, una anemia ya conocida (hemoglobina de 9,8 g/dl) y una proteína c reactiva elevada (628 mg/dl). Ante la sospecha de una EPI, la paciente fue remitida al Servicio de Ginecología.

La exploración ginecológica mostraba movilización cervical dolorosa y defensa a la palpación abdominal profunda en fosa iliaca izquierda. En la ecografía transvaginal no se apreciaron alteraciones significativas en útero y ovario derecho; en la zona anexial izquierda existía una imagen de contenido hipoeoico, tubular de 76,9 × 23,6 mm, que al corte transversal ofrecía una morfología en rueda de carro, sugestiva de piosalpinx (fig. 1).

Ante la sospecha de EPI se realizaron cultivos de exudados endocervicales para clamidia y gonococo, y cultivo de exudado vaginal. Se ingresó a la paciente para antibioterapia y analgesia intravenosa. Se realizó laparoscopia a las 12 h del ingreso, dado el empeoramiento del estado general de la paciente durante este tiempo, con fiebre, signos de irritación peritoneal y mal control del dolor pese a la analgesia. Durante la cirugía se apreció una dilatación de la trompa izquierda, indurada e íntimamente adherida a la sigma. Durante el acto quirúrgico, se produjo su apertura accidental al desbridarla y emanó abundante material



Figura 1 Ecografía transvaginal en la que se visualiza una masa tubular en forma de salchicha de 76,9 × 23,6 mm.

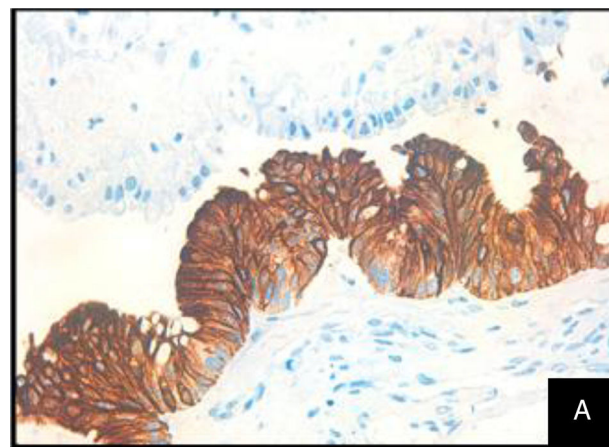


Figura 2 Foto a 400X con inmunotinción para citoqueratina 7 (CK7) que tiñe el epitelio normal de la trompa uterina.

amorfo mucoide. Por este motivo se envió la trompa para biopsia intraoperatoria a Anatomía Patológica, que informó de infiltración por adenocarcinoma de probable origen intestinal. La cirugía se convirtió en laparotomía exploradora, en la que se apreció una masa indurada en sigma. Se realizó junto con el Servicio de Cirugía General una histerectomía total, doble anexectomía, apendicectomía y resección de sigma con anastomosis termino-terminal. El estudio anatomopatológico de la pieza de sigmoidectomía demostró la presencia de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado e infiltrante hasta el tejido adiposo. El estudio inmunohistoquímico de la trompa reveló inmunoeexpresión positiva para CK20 e inmunoeexpresión negativa para CK7. Estos hallazgos apoyaban el origen gastrointestinal de la neoplasia y descartaban un origen ginecológico (figs. 2 y 3).

Los estudios de extensión para enfermedad metastásica fueron negativos. La paciente se encuentra en seguimiento por la Unidad de Oncología y ha recibido tratamiento adyuvante mediante 12 ciclos de FOLFOX con buena tolerancia. Las dosis administradas fueron 2.500 mg/m² de 5-fluorouracilo en infusión continua de 48 h, oxaliplatino 85 mg/m² al día y 200 mg/m² de ácido folínico. Actualmente,



Figura 3 Foto de la misma zona con inmunotinción para citoqueratina 20 (CK20), que tiñe el epitelio de tipo intestinal (y demuestra el origen colónico).

tras 9 meses desde la cirugía, no existen indicios de enfermedad metastásica ni de recurrencia local.

Discusión

Solo el 5% de los tumores metastásicos de las trompas de Falopio tienen un origen extragenital. Rabban et al.⁵ presentan una serie de 100 casos de carcinomas no ginecológicos que metastatizaron en la trompa, en la mayor parte de los casos (87%) la histología del tumor primario era un adenocarcinoma y, con mucha menor frecuencia, otros tumores como linfomas, tumores neuroendocrinos, tumores mesoteliales, carcinomas uroteliales y tumores del estroma gastrointestinal. En cuanto al origen más frecuente, fue el colon (en el 35% de los casos), seguido de la mama con un 15%. Otros orígenes menos comunes son el apéndice, estómago, páncreas, tracto gastrointestinal superior y conductos pancreatobiliares⁵.

Nuestra paciente presentaba un adenocarcinoma de colon como tumor primario. Los lugares más frecuentes donde metastatiza este tumor son, por orden de mayor a menor frecuencia: ganglios linfáticos, hígado, pulmón y peritoneo⁶. También es posible la diseminación linfática, hematógena o por continuidad. Como presentaciones inusuales se describen fístulas en vejiga e intestino delgado, simulación de cuadros de diverticulitis o como abscesos abdominales⁶. Estos datos corroboran lo inusual de la metástasis que presenta la mujer de nuestro caso.

La morfología más frecuente de estas afectaciones en la trompa es en forma de nódulo o masa, y en el 95% de los casos van a afectar también al ovario. En cuanto a la distribución anatómica dentro de la trompa, en la mayor parte de los casos está implicada la serosa, en casi la mitad de los casos la capa muscular, en un 43% la submucosa, en un 29% la mucosa y solo en el 16% de las ocasiones hay afectación intraluminal⁵. En el caso de nuestra paciente, el análisis histológico no encontró afectación ni de ovario ni de útero: el único hallazgo fue la invasión y ocupación intraluminal de la trompa por el adenocarcinoma procedente de sigma.

La clínica característica del cáncer de trompa se resume con la «triada de Latzko»: dolor pélvico de tipo cólico, secreción serosanguinolenta vaginal y el hallazgo de una masa pélvica o abdominal; sin embargo, esta triada se presenta solo en el 15% de las pacientes¹. El dolor también suele estar presente en el caso de la EPI, sobre todo dolor a la movilización cervical, a la palpación uterina o anexial, acompañado de alguno de los siguientes hallazgos: fiebre, flujo vaginal anormal o leucorrea mucopurulenta, presencia de polimorfonucleares abundantes en el examen en fresco del flujo, aumento de la velocidad de sedimentación globular o aumento de la proteína C reactiva⁷. Nuestra paciente presentaba tanto elevación de esta proteína como dolor en fosa ilíaca izquierda.

Con respecto al cáncer de colon, se suele diagnosticar ante los primeros síntomas y no por el *screening* poblacional, a pesar de este⁶. Los síntomas suelen ser inespecíficos de la localización anatómica. Los adenocarcinomas de colon derecho suelen tener un diagnóstico más tardío, ya que causan síntomas obstructivos con menos frecuencia que los de colon izquierdo. Por el contrario, las anemias ferropénicas que se asocian a neoplasias de colon derecho son más graves, ya que el tumor es de mayor tamaño y sangra más fácilmente. Las primeras manifestaciones del cáncer de colon son debidas al crecimiento intraluminal y a la invasión de órganos vecinos: en estos casos ya es un tumor avanzado. Los síntomas locales pueden ser hematoquecia, melenas, anemia ferropénica y cambios en el hábito intestinal. Como manifestaciones menos comunes podemos encontrar distensión abdominal, náuseas, vómitos y otros síntomas sugerentes de etiología obstructiva^{6,7}. Nuestra paciente solo presentaba anemia ferropénica. La inmunohistoquímica característica del cáncer de colon incluye CK20 positiva/CK7 negativa o CDX2 positiva, y en estos pacientes el tratamiento de elección es FOLFOX/bevacizumab⁸.

La principal técnica diagnóstica en el cáncer de trompa es la ecografía transvaginal¹. La imagen ecográfica característica es la de una masa pélvica independiente del útero y del ovario en forma de salchicha, «sausage-shaped mass»¹. Una masa sólida, papilar, intratubárica también debe hacer sospechar un cáncer de trompa⁹. La presentación más frecuente en la serie de Patlas et al.⁹ de estos tumores es la de una masa sólida pélvica, correspondiente con la localización esperada de la trompa, en asociación con ovarios visibles normales. El hecho de que dicha masa sea móvil refuerza la sospecha diagnóstica⁹.

Ecográficamente, los cánceres de trompa pueden simular otras enfermedades anexiales que suelen presentarse con mayor frecuencia, como embarazo ectópico, absceso tuboovárico o hidrosalpinx, quiste paraovárico, mioma pediculado, absceso diverticular, absceso o tumor apendicular, enfermedad maligna o inflamatoria intestinal y riñón pélvico, por lo que no es infrecuente la confusión diagnóstica con estos cuadros. Ante la sospecha fundamentada en los medios diagnósticos antes expuestos, la laparotomía o laparoscopia exploradora pueden ser de gran ayuda.¹⁰

La RMN y la TAC complementan a la ecografía en el diagnóstico por imagen de enfermedad tubárica maligna. La RMN es superior a la TAC para detectar tumores en vejiga, suelo pélvico, vagina e intestino. Los hallazgos incluyen ascitis

peritumoral, hidrometra e hidrosalpinx y masa pélvica en forma de salchicha¹¹.

Como conclusión, queremos destacar que, a pesar de la baja incidencia de los carcinomas de trompa de Falopio, ya sean primarios o metastásicos, deben considerarse en el diagnóstico diferencial de la EPI, con especial atención en los casos que se acompañe de síndrome constitucional.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Bibliografía

1. Kalampokas E, Kalampokas T, Tourontous I. Primary fallopian tube carcinoma. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;169:155–61.
2. Riska A, Leminen A, Pukkala E. Sociodemographic determinants of incidence of primary fallopian tube carcinoma, Finland 1953–97. *Int J Cancer.* 2003;104:643–5.
3. Pectasides D, Pectasides E, Economopoulos T. Fallopian tube carcinoma: A review. *Oncologist.* 2006;11:902–12.
4. Roma AA. Metastatic gastric adenocarcinoma primarily presenting in the Fallopian tube. *Ann Diagn Pathol.* 2012;16:63–6.
5. Rabban JT, Vohra P, Zaloudek CJ. Nongynecologic metastases to fallopian tube mucosa: A potential mimic of tubal high-grade serous carcinoma and benign tubal mucinous metaplasia or non-mucinous hyperplasia. *Am J Surg Pathol.* 2015;39:35–51.
6. Saidi HS, Karuri D, Nyaim EO. Correlation of clinical data, anatomical site and disease stage in colorectal cancer. *East Afr Med J.* 2008;85:259–62.
7. Pentheroudakis G, Goulinopoulos V, Pavlidis N. Switching benchmarks in cancer of unknown primary: From autopsy to microarray. *Eur J Cancer.* 2007;43:2026–36.
8. Hainsworth JD, Greco FA. Adenocarcinoma of unknown primary site. En: Post TW, editor. UpToDate. Waltham, MA [consultado May 2015]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK13804>
9. Patlas M, Rosen B, Chapman W, Wilson SR. Sonographic diagnosis of primary malignant tumors of the Fallopian tube. *Ultrasound Q.* 2004;20:59–64.
10. Workowski KA, Berman S. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. *MMWR* 2010;59 [consultado 16 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/default.htm>
11. Veloso Gomes F, Dias JL, Lucas R, Cunha TM. Primary fallopian tube carcinoma: Review of MR imaging findings. *Insights Imaging.* 2015 Aug;6:431–9, <http://dx.doi.org/10.1007/s13244-015-0416-y>. Epub 2015 Jul 7.