

J. Garriguet^a
J.M. Díaz^b
C. Chica^a
A. López^a
M. Muñoz^a
M. Gómez^a
F. Gómez^a

^aLínea de Procesos Materno-Infantil y Ginecológicos. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén. España.

Carcinoma primario de trompa. Difícil diagnóstico preoperatorio

307

Primary fallopian tube carcinoma. A difficult preoperative diagnosis

Correspondencia:

Dr. J. Garriguet.
Avda. de Lagartijo, 4, 1.^o-1.^a
14005 Córdoba. España.
Correo electrónico: jgarriguet@ephag.es

Fecha de recepción: 26/1/03
Aceptado para su publicación: 14/1/03

J. Garriguet, J.M. Díaz, C. Chica, A. López, M. Muñoz, M. Gómez. F. Gómez. *Carcinoma primario de trompa. Difícil diagnóstico preoperatorio.*

RESUMEN

Presentamos un caso de cáncer de trompa primario en una paciente de 59 años de edad, cuyo diagnóstico preoperatorio fue una sospecha de cáncer de ovario, tras todas las exploraciones realizadas. En el acto quirúrgico se aprecia una tumoración de unos 6 cm, dependiente de la trompa izquierda, y en la biopsia intraoperatoria se informa de carcinoma tubárico. La paciente se somete a cirugía radical completa siguiendo los mismos gestos quirúrgicos que en el cáncer de ovario, con resección segmentaria de sigma por afección de la serosa en esta localización. Con estadio IIICG3 de la FIGO la paciente es enviada al oncólogo para tratamiento adyuvante.

PALABRAS CLAVE

Cáncer de trompa primario. Diagnóstico. Preoperatorio.

SUMMARY

We present a case of primary fallopian tube carcinoma in a 59 year-old woman with a presurgical diagnosis of suspected ovarian cancer after all investigations had been performed. Intraoperative surgical biopsy confirmed a 6 cm tumor in the left fallopian tube. Radical surgery was performed following the same surgical steps as those used in ovarian cancer with segmental resection of the sigmoid colon due to infiltration of the serosa in this region. FIGO stage IIICG3 was identified and the patient was referred to the oncology department for complementary treatment.

KEY WORDS

Primary fallopian tube cancer. Diagnosis. Preoperative.

308 INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma primario de trompa es una de las enfermedades malignas más raras del tracto genital femenino. Se han establecido varios criterios para confirmar su identidad, como un tumor circunscrito a la mucosa tubárica circundado de un epitelio normal, que histológicamente reproduce su morfología, con ausencia de invasión tumoral del endometrio y del ovario o con afección menor que la de la trompa¹⁻³.

El diagnóstico se basa en la clínica, cuyo signo más frecuente es la hemorragia uterina anormal², así como en pruebas complementarias, como la ecografía, la tomografía axial computarizada (TAC) y la laparoscopia¹⁻³; esta última es definitiva en el diagnóstico diferencial respecto a otras localizaciones anejas. La ecografía y la TAC orientan el diagnóstico¹. Recientemente los últimos avances tecnológicos en ultrasonografía 3-D y Doppler aportan una aproximación real al diagnóstico preoperatorio⁴.

En 1991, la FIGO estableció por primera vez una clasificación en estadios para el cáncer de trompa, que sigue las directrices generales del carcinoma de ovario; por tanto, el abordaje terapéutico ha de combinar la cirugía radical oncológica con la quimioterapia⁵⁻⁸.

CASO CLÍNICO

Paciente de 59 años de edad que acude a la consulta por referir hemorragia uterina anormal asociada con molestias hipogástricas. Entre los antecedentes personales hay que resaltar dos embarazos con un parto y un aborto, menopausia a los 51 años y appendicectomizada; destaca, 5 meses antes, un legrado-biopsia por metrorragia, con diagnóstico histológico de endometrio atrófico, previa exploración ginecológica y ecográfica sin hallazgos y citología cervicovaginal negativa para células malignas. En la exploración actual mediante tacto combinado se palpa masa en la fosa ilíaca izquierda irregular, dura, dolorosa y dependiente de anexo izquierdo. En la ecografía abdominal-transvaginal se visualiza una imagen anexial izquierda alargada, de bordes irregulares y límites imprecisos, hipoecogénica, de 6 cm de tamaño en su eje longitudinal, sin líquido libre peritoneal. Se solicita TAC pélvica para confirmar la naturaleza de dicha formación, en la que se informa



Figura 1. Cáncer de trompa primario. Imagen macroscópica.



Figura 2. Sección macroscópica de la pieza quirúrgica.

de tumoración de 6,5 cm de tamaño, polilobulada, heterogénea, de predominio sólido-quística y sugestiva de neoplasia ovárica; a su vez, se objetivan adenopatías retroperitoneales en la fosa ilíaca izquierda y paraaórticas. Se piden marcadores tumorales con un Ca-125 de 63. La analítica general y la radiografía de tórax son normales.

Con el diagnóstico prequirúrgico de tumoración anexial izquierda y alta sospecha de cáncer de ovario se indica laparotomía con biopsia intraoperatoria, y en el acto operatorio se comprueba una tumoración tubárica izquierda. En la exploración del resto de estructuras ginecológicas no se identifican alteraciones macroscópicas; sin embargo, se palpan adenopatías paraaórticas y se aprecia un nódulo irregular sobre sigma de más de 2 cm. La biopsia rápida de la pieza pone de manifiesto un carcinoma de trompa (figs. 1 y 2).

Se plantea una cirugía radical oncológica siguiendo los mismos gestos quirúrgicos que en el cáncer de ovario, practicando lavado peritoneal para citología, histerectomía total con anexectomía bilateral, omentectomía infracólica, linfadenectomía ilíaca bilateral y paraaórtica, diversas biopsias peritoneales y, por último, con la colaboración del cirujano, se realiza resección segmentaria sigmoidea por afección tumoral de la serosa, confirmándose infiltración sólo de la grasa pericólica, con integridad intestinal.

El estudio anatomo patológico arrojó el diagnóstico de carcinoma primario sólido de trompa pobremente diferenciado (fig. 3).

La paciente, tras un postoperatorio favorable, se derivó a oncología para tratamiento coadyuvante en un estadio IIIC de la FIGO.

DISCUSIÓN

El cáncer primario de trompa es una entidad poco común, y su diagnóstico preoperatorio continúa siendo un reto para el ginecólogo, debido a su baja incidencia, por lo que no resulta sorprendente que rara vez se llegue a un diagnóstico temprano. En este sentido, McGoldrick et al⁹, de 376 casos, sólo consiguieron en una ocasión el diagnóstico preoperatorio correcto; en una revisión de la bibliografía más reciente, esto no ha mejorado de manera significativa, y Eddy et al¹⁰, de 71 casos, sólo diagnosticaron correctamente a dos antes de la intervención. En muchos casos es un hallazgo casual en el transcurso de una laparotomía por otro motivo o generalmente pensando en un tumor de ovario, como ocurrió en nuestro caso.

La mayoría de las pacientes con esta afección neoplásica tendrán síntomas como hemorragia vaginal, hidroleucorrea y dolor abdominal, y aunque la aparición de estos tres signos a la vez se considera patognomónica de cáncer tubárico, su presentación es escasa. La hemorragia vaginal es el signo más constante y está presente en más del 50% de las ocasiones; sin embargo, como aparece en edad posmenopáusica el adenocarcinoma de endometrio debe ser la primera consideración en el diagnóstico diferencial. Este fue el primer síntoma con el que comenzó nuestra paciente 7 meses antes de la intervención, lo que nos obligó a realizar legrado-biopsia con resultado negativo (endometrio atrófico). Con frecuencia, el dolor es un síntoma del cáncer de trompa y suele ser de tipo

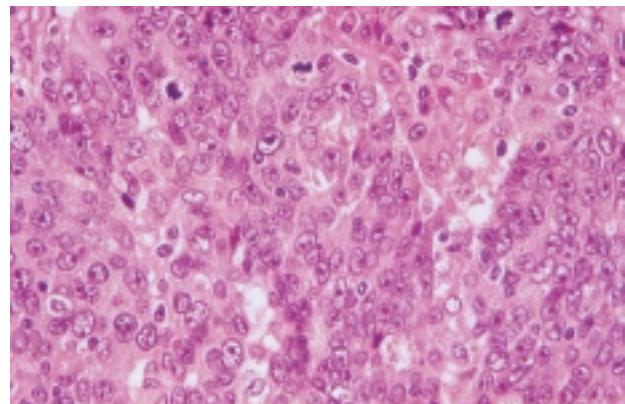


Figura 3. Carcinoma primario de trompa. Tumor pobremente diferenciado constituido por proliferación de células con marcado pleomorfismo nuclear, alta relación núcleo/citoplasma y elevado índice mitótico.

cólico; sin embargo, en nuestro caso éste se presentó de forma tardía, y fue fijo y anodino. La masa anexial, cuando aparece (más del 80% de las pacientes presentan una masa pelvicoabdominal antes de la cirugía¹¹), normalmente se interpreta como un mioma uterino o un tumor ovárico, por lo que indicamos una laparotomía (tumoración pélvica con alta sospecha de cáncer de ovario). Aunque la hidroleucorrea es un signo bastante frecuente, en nuestro caso no concurrió. Si bien es frecuente un retraso en la aparición de los síntomas (según Eddy et al¹⁰ éstos se encuentran durante 48 meses o más), sólo el 6% de las pacientes estaban asintomáticas. El diagnóstico viene marcado, aparte de por las manifestaciones clínicas ya comentadas, por la ecografía, la TAC y la laparoscopia. De estas pruebas complementarias probablemente la ecografía y la TAC sean las más empleadas para programar una laparotomía por tumoración anexial, como así hicimos nosotros, generalmente por la posibilidad de que se trate de un tumor de ovario o de útero, pero difícilmente dependiente de trompa, a pesar de que la descripción tanto de los ultrasonidos como de la TAC (formación alargada, «asalchichada», irregular, sólido-quística, parauterina) podía orientar en ese sentido. Si bien la laparoscopia reportaría un diagnóstico correcto, no la llevamos a cabo, al creer que estábamos ante un cáncer de ovario resecable.

Autores como Peters et al¹² han comprobado un 23% de citologías cervicovaginales positivas para carcinoma, siendo negativa en nuestro caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blanc BJ, Boubli L. Cánceres de la trompa. En: Division de Times Mirror de España, S.A. Ginecología. 2.^a ed. Madrid: Mosby-Doyma Libros, 1994; p. 458-9.
2. Fogh I. Primary carcinoma of the fallopian tube. *Cancer* 1969; 23:1332.
3. Hu CY, Taylor ML, Hertig AT. Primary carcinoma of the fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 1950;59:58.
4. Kurjak A, Kupesik S, Jacobs S. Preoperative diagnosis of the primary fallopian tube carcinoma by threedimensional static and power doppler sonography. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;15:246-51.
5. Johnston G. Primary malignancy of the fallopian tube: a clinical review of 13 cases. *J Surg Oncol* 1983;24:304.
6. Denham J, MacLennan K. The management of primary Carcinoma of the fallopian tube, experience of 40 cases. *Cancer* 1984;5:166.
7. McMurray EH, Jacobs AJ, Pérez CA, Camel HM, Kao MS, Galakatos A. Carcinoma of the fallopian tube. Management of sites of failure. *Cancer* 1986; 58:2070.
8. Morris M, Gershenson DM, Burke TW, Kavanagh JJ, Silva EG, Wharton JT. Treatment of fallopian tube carcinoma cisplatin, doxorubicin and cyclophosphamide. *Obstet Gynecol* 1990;76:1020.
9. McGoldrick JL, Strauss H, Rao J. Primary carcinoma of the fallopian tube. *Am J Surg* 1943;59:559.
10. Eddy GL, Copeland LJ, Gershenson DM, Atkinson EN, Wharton JT, Rutledge FN. Fallopian tube carcinoma. *Obstet Gynecol* 1984;64:546.
11. Henderson SR, Harper RC, Salazar OM, Rudolph JH. Primary carcinoma of the fallopian tube. Difficulties of diagnosis and treatment. *Gynecol Oncol* 1977;5:168.
12. Peters WA, Anderson WA, Hopkins MP, Kumar NB, Morley GW. Prognostic factors of carcinoma of the fallopian tube. *Obstet Gynecol* 1988;71:757.