



CASO CLÍNICO

Carcinoma de las trompas de Falopio

R. Albalat^{a,*}, J. Jiménez^a, F. Márquez^a y C. Lizarralde^b

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

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España

Recibido el 26 de abril de 2010; aceptado el 27 de julio de 2010

Disponible en Internet el 28 de diciembre de 2010

PALABRAS CLAVE

Trompas de Falopio;
Adenocarcinoma
primario;
Diagnóstico

KEYWORDS

Fallopian tube;
Primary
adenocarcinoma;
Diagnosis

Resumen El carcinoma de las trompas de Falopio es un tumor muy infrecuente, que histológica y clínicamente se parece al carcinoma epitelial de ovario. Las manifestaciones clínicas tempranas permiten diagnosticar la enfermedad en estadios precoces, lo que mejora la supervivencia en comparación con el carcinoma epitelial de ovario. Sin embargo, su diagnóstico preoperatorio es raro y se realiza por el anatomopatólogo tras la cirugía. La estadificación y el empleo de quimioterapia siguen los patrones utilizados para el cáncer epitelial de ovario.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Fallopian tube carcinoma

Abstract Primary fallopian tube carcinoma is a rare tumor that histologically and clinically resembles epithelial ovarian cancer. The early clinical manifestations can often lead to a correct diagnosis at an early stage of the disease, leading to more favorable survival compared with epithelial ovarian cancer. However, the diagnosis of primary fallopian tube carcinoma is rarely preoperative and is usually made by the pathologist. Surgical staging and the use of chemotherapy follow the model used in epithelial ovarian cancer.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los tumores tubáricos son muy infrecuentes, especialmente los malignos, constituyendo el 0.3-1% de todos los tumores malignos ginecológicos^{1,2}. Orthmann describió por primera vez el cáncer de trompa en 1888³. Es posible que su incidencia esté infraestimada, porque se confunde con tumores ováricos, tanto en la cirugía como en el posterior estudio

anatomopatológico^{1,4}. La mayoría aparecen en la etapa de 40-65 años (media 55 años)^{1,5}. El diagnóstico preoperatorio correcto es poco frecuente, siendo la gran mayoría diagnosticadas en el acto quirúrgico, dado lo inespecífico de la clínica y su escasa incidencia¹.

Caso clínico

Mujer de 42 años nuligesta que fue derivada al Servicio de Ginecología porque en estudio por molestias en hipogastrio se le realizó una resonancia magnética nuclear y se encontraron formaciones nodulares dispersas en la grasa

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rosa.albalat@hotmail.com (R. Albalat).

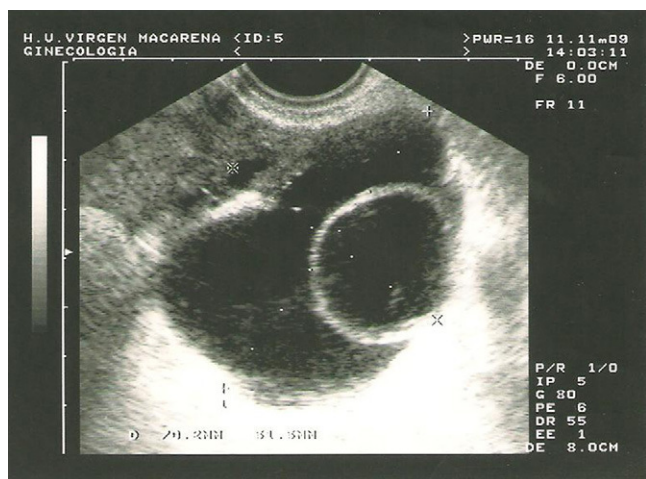


Figura 1 Imagen ecográfica de formación quística anexial izquierda. Carcinoma de trompa.

mesentérica por posibles implantes peritoneales y el marcador tumoral CA 125 era de 182,16. En sus antecedentes destacaban: colecistectomía, apendicectomía y mamoplastia de reducción. En la exploración se palpó una masa de aproximadamente 8 cm de diámetro en fosa ilíaca izquierda, en íntimo contacto con el útero y de consistencia quística. Se realizó ecografía transvaginal en la que se observó en zona anexial izquierda una formación quística tabicada de 70,2x51,5 mm, anecoica pero con algunos ecos en su interior (fig. 1). El útero y el ovario derecho eran de aspecto normales.

Ante esos hallazgos se realizó una laparotomía exploradora en la que se encontró una infiltración peritoneal extensa, incluyendo ambas cúpulas diafragmáticas y epiplón, que formaba una masa adherida en la pelvis a peritoneo vesical y fondo uterino. Afectación extensa de intestino delgado, fundamentalmente íleon terminal y recto sigma, adheridos a cara posterior de útero y anejos. Los ovarios no estaban aumentados de tamaño. Afectación de todo el peritoneo pélvico y extensamente la raíz del mesenterio. Se tomó biopsia intaoperatoria de epiplón, con diagnóstico

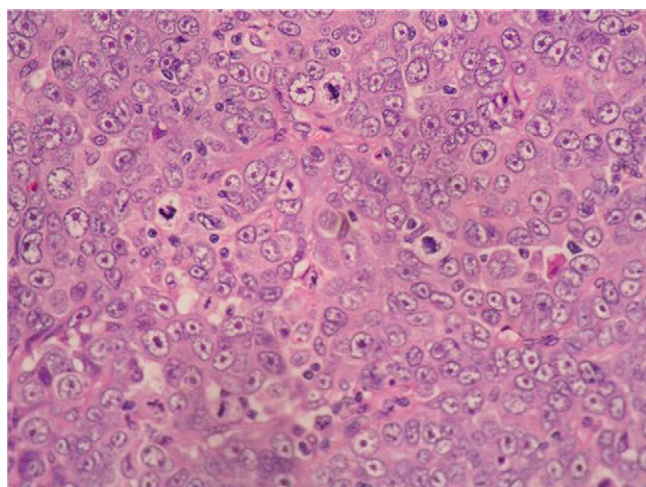


Figura 2 Carcinoma primario de trompa uterina (HE, x10).

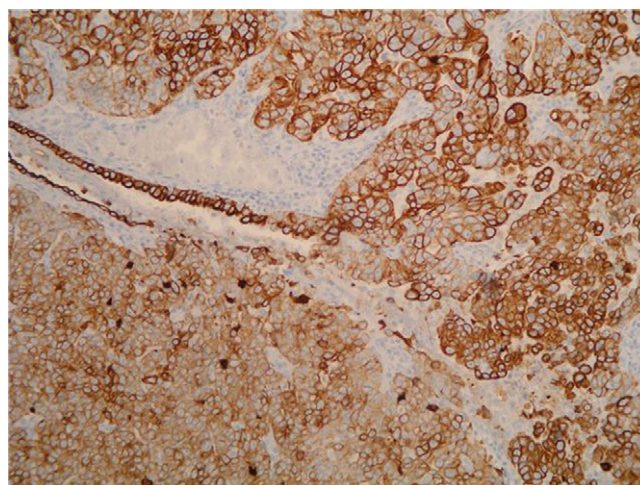


Figura 3 Figuras de mitosis atípicas y marcado pleomorfismo. (HE, x40).

de infiltración por carcinoma. Se realizó una histerectomía total, anexectomía bilateral y omentectomía. Sin complicaciones en el postoperatorio, la paciente fue dada de alta al quinto día tras la cirugía.

El estudio anatomopatológico mostraba en trompa uterina derecha adenocarcinoma seroso poco diferenciado de alto grado de malignidad (fig. 2), así como infiltración o metástasis de adenocarcinoma en ovario derecho e izquierdo, miometrio y epiplón. En el patrón histológico de la neoplasia destacó un marcado pleomorfismo con altísima actividad mitótica y formación de sábanas celulares con amplios focos de necrosis (fig. 3). En pequeñas áreas de los cortes estudiados pudo apreciarse el patrón seroso papilar que condujo al diagnóstico definitivo. El estudio inmunohistoquímico de la pieza reveló positividad para citoqueratina 7 (fig. 4), receptores de estrógeno y de progestágenos y negatividad para citoqueratina 20, con lo que se reafirmó el origen ginecológico de la neoplasia.

La paciente fue remitida al Servicio de Oncología Médica, actualmente ha iniciado tratamiento con quimioterapia y continúa en seguimiento.

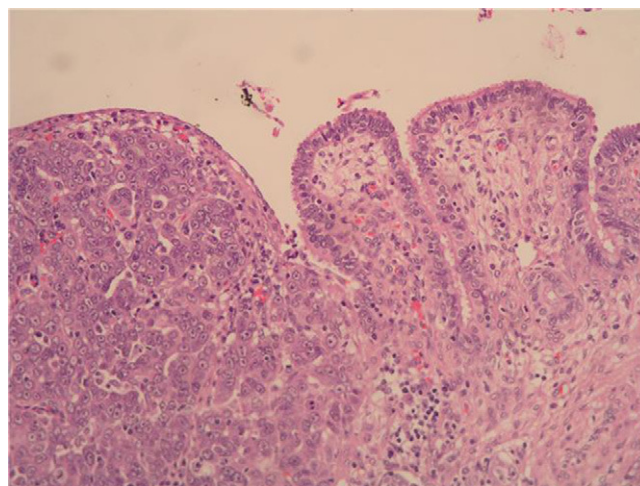


Figura 4 Estudio inmunohistoquímico.

Discusión

El carcinoma de trompa es un tumor muy poco frecuente. En su etiopatogenia se han implicado factores como baja paridad, infertilidad y salpingitis crónica^{1,2}. Se han observado mutaciones de los genes BRCA-1 y BRCA-2 similares a las encontradas en pacientes con cáncer de mama, ovario o adenocarcinoma de endometrio⁶.

De la misma manera que el carcinoma ovárico, pueden ser asintomáticos y de inicio lento, pero se diagnostican en mayor proporción en estadios precoces. Los síntomas más frecuentes son metrorragia, leucorrea, dolor abdominal y masa pélvico-abdominal². La mayoría comienzan con una masa pélvica, distensión abdominal o ascitis combinadas con malestar general. Latzko describió en 1916 la tríada clásica: dolor abdominal, hidrohemorrea y masa anexial palpable, que es característica del cáncer de trompa pero muy infrecuente⁷.

El diagnóstico del carcinoma de trompa rara vez se hace preoperatoriamente, dada la inconstancia e inespecificidad de los signos clínicos, así como su infrecuencia. Los tumores primitivos de la trompa habitualmente son adenocarcinomas serosos papilares⁸. Y efectivamente, desde el punto de vista histológico, en más del 90% de los casos estos tumores se asemejan al carcinoma papilar seroso de ovario. Los métodos complementarios pueden ser útiles en el diagnóstico. La ecografía nos informará de la existencia de una masa pélvica, su tamaño y su naturaleza^{1,9}. Resulta difícil el diagnóstico diferencial con una tumoración de origen ovárico o una enfermedad inflamatoria pélvica¹⁰. En la tomografía axial computerizada o la resonancia magnética nuclear puede aparecer una masa pequeña, sólida y lobulada, asociada a ascitis peritumoral, ocupación por líquido del útero o salpingitis. La elevación del marcador tumoral CA-125 carece de especificidad para el diagnóstico, pero se usa para el seguimiento de la enfermedad^{7,11}.

El carcinoma de trompa sigue el mismo patrón de diseminación que el cáncer epitelial de ovario, diseminándose a la cavidad peritoneal a través de las fimbrias o por invasión transmural de la pared tubárica. La localización más frecuente de metástasis es el peritoneo, seguida por los ovarios y el útero^{1,12}.

El tratamiento del cáncer de trompa es quirúrgico, similar al cáncer epitelial de ovario en el manejo y el estadiaje quirúrgico, así como en las indicaciones de quimioterapia adyuvante¹. Sin embargo hay dos diferencias entre ambas enfermedades: el carcinoma de trompa es frecuentemente diagnosticado en estadios precoces y existe una afectación

ganglionar del 33-35%¹¹. Este alto potencial de metástasis ganglionares puede explicar, al menos en parte, la baja tasa de supervivencia incluso con la enfermedad limitada a la trompa. El principal factor pronóstico es el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico, con una supervivencia global a los 5 años del 95% en estadios I y del 45% en estadios IV³.

El carcinoma de trompa debería ser descartado ante una metrorragia posmenopáusica recurrente en la que los legados uterinos no son concluyentes, así como ser introducido en el diagnóstico diferencial de una masa pélvica o ascitis.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Pectasides D, Pectasides E, Economopoulos T. Fallopian tube carcinoma: a review. *Oncologist*. 2006;11:902-12.
2. Jeung IC, Lee YS, Lee HN, Park EK. Primary carcinoma of the fallopian tube: report of two cases with literature review. *Cancer Res Treat*. 2009;41:113-6.
3. Hanton EM, Malkasian Jr GD, Dahlin DC, Pratt JH. Primary carcinoma of the fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;94:832-9.
4. Woolas RP, Smith JGF. Fallopian tube carcinoma: an under-recognized primary neoplasm. *Int J Gynecol Cancer*. 1997;7:284-8.
5. Bouthselis JG, Thompson JN. Clinical aspects of primary carcinoma of the fallopian tube: a clinical study of 14 cases. *Am J Obstet Gynecol*. 1971;111:98-101.
6. Tone AA, Begley H, Sharma M, Murphy J, Rose B, Brown TJ, et al. Gene expression profiles of luteal phase fallopian tube epithelium from BRCA mutation carriers resemble high-grade serous carcinoma. *Clin Cancer Res*. 2008;1:4067-78.
7. Ajithkumar TV, Minimole AL, John MM. primary fallopian tube carcinoma. *Obstet Gynecol Surv*. 2005;60:247-52.
8. Peters WA, Andersen WA, Hopkins MP. Prognosis features of carcinoma of the fallopian tube. *Obstet Gynecol*. 1988;71:757-62.
9. Van Nagell JR, Higgins RV, Donaldson ES. Transvaginal sonography as a screening method for ovarian cancer. A report of the first 1000 cases screened. *Cancer*. 1990;65:573-7.
10. Verit FF, Kafali H. Primary carcinoma of the fallopian tube mimicking tubo-ovarian abscess. *Eur J Gynecol Oncol*. 2005;26:225-6.
11. McMurray EH, Jacobs AJ, Perez CA. Carcinoma of the fallopian tube. Management and sites of failure. *Cancer*. 1986;58:2070-5.