CARCINOMA PRIMARIO DE LA TROMPA DE FALOPIO

Reporte de Dos Casos

*Dr. Jaime Cantillo**

*Dra. Laura Rojas R.***

*Dr. Luis Milanés****

La trompa de Falopio es asiento de patología muy diversa, especialmente la inflamatoria. Las neoplasias en la mayoría de las veces constituyen hallazgos anatomopatológicos. El carcinoma primitivo de la trompa es un tumor extraordinariamente raro, su frecuencia entre las neoplasias malignas genitales oscilan entre 0.14 y 1.6%, varía según los diversos autores (1, 2 y 3); entre nosotros es de 0.45%.

Raynaud en 1847 hace la primera descripción presentada a la Sociedad de Patólogos de Manchester. Rockitansky (en 1861) lo describe por segunda vez. Orthmann en 1888 hace la primera publicación científica. Como podemos ver es un tumor que tiene más de un siglo de descubierto y su totalidad en la literatura mundial no alcanza 900 casos publicados. Las edades límites son de 18 a 80 años, siendo el tumor más frecuente en la quinta y sexta década o sea en las menopáusicas (4).

Material

CASO Nº 1.

H. Clínica Nº 488946. Edad 43 años.

GO. PO. Consultó el 15-XI-67 por metrorragias de un año de evolución. Menarquia a los 18 años; ciclos 30 x 3. Dismenorreas marca-

das. La citología vaginal fue negativa para tumor (A-I). Examen ginecológico: Cuello de nu- lípara; cuerpo uterino rechazado a la izquierda por masa en anexo derecho, de consistencia du- ra. Al practicarle raspado se perfora el útero y es intervenida con el diagnóstico de mioma- tosis, se le practica histerectomía con S.O.I., y salpinguectomía derecha pensando en embarazo ectópico roto. (P.Q. Nº 3029-67).

Descripción macroscópica:

El útero mide 5.5 x 2.5 cms. y pesa 70 grs. normal. La trompa derecha mide 13 x 5 cms. La superficie exterior es rojiza, lisa brillante. Al inci- dirla, en su interior se encuentra un material necrótico, esponjoso, ama- rillento, friable. En la parte media se ve un tumor papilar que mide 5 x 3 cms. en sus mayores diámetros. Al corte es blanca amarillenta que infiltra la pared de la trompa sin llegar a la serosa. La trompa izquier- da y el ovario no muestran cambios de importancia.

* Instructor Asociado de Anatomía Patológi- ca de la Facultad de Medicina de la Universi- dad Nacional de Colombia.

** Instructora Asociada de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

*** Residente III de Ginecología y Obstetri- cia de la Facultad de Medicina de la Universi- dad Nacional de Colombia.

Descripción microscópica:

Los cortes del tumor de la trompa muestran un adenocarcinoma papilar compuesto por células pequeñas, redondas, de núcleo hiper cromático y nucléolo prominente con numerosas mitosis atípicas. El útero, la trompa izquierda y el ovario no muestran alteraciones de importancia.

Diagnóstico:

Adenocarcinoma papilar de trompa derecha. Salpingitis crónica.

Dos meses más tarde (11-16-68), la paciente es sometida a una segunda cirugía para extirpar el ovario derecho, viéndose una pelvis limpia, sin tumor. El ovario no presentaba metástasis (P. Q. N° 309-68). La paciente vino a control durante dos meses más, y se encontraba en buenas

condiciones y actualmente no se sabe nada de ella, porque abandonó la consulta.

CASO N° 2.

H. Clínica N° 408580. Edad 65 años.

Consulta por dolor y masa en hipogastrio de 7 meses de evolución. G3. P2. A1. Menopáusica hace 20 años. Examen ginecológico: Cuello posterior pequeño y masa renitente que ocupa fondo de saco posterior. Histerometría 10 cms. Citología vaginal negativa. (A-II). Se interviene con el diagnóstico de carcinoma de ovario y miomatosis uterina, practicándosele histerectomía con salpingooforectomía bilateral. (P.Q. N° 1004-71). El espécimen consiste en un ovario quístico (Fig. N° 1), que mide 10 x 10 x 5 cms. La superficie exterior es lisa, brillante, grisácea, sin formaciones papilares. Al incidirlo sale un líquido de color oscuro y las paredes internas son lisas, grisáceas, sin formaciones papilares. Sobre este quiste cabalga la trompa uterina, la cual está deformada por la presencia de un tumor que la ensancha desde sus dos tercios externos. Al corte se observa un tumor sólido, amarillento que infiltra toda la pared del órgano, y dilata severamente la

FIGURA N° 1 — La macrofotografía muestra el quiste de ovario (Quiste simple) y el carcinoma de la trompa con un corte perpendicular al eje mayor de ella, donde se comprueba que el tumor no tiene ninguna relación con la formación quística.

FIGURA Nº 2 — La flecha indica el corte perpendicular y uno longitudinal al tumor dejando ver mejores detalles y su independencia del quiste de ovario.

fiambria y su ostium, tomando en esta región el tumor un aspecto papilar.

El útero mide 8 x 5 x 3 cms. y pesa 75 grs. El ovario y la trompa contralateral no muestran alteraciones de importancia.

Descripción microscópica:

Los cortes muestran un adenocarcinoma papilar bien diferenciado que en áreas toma la forma alveolar. En las paredes del quiste no se observa epitelio por lo cual se clasifica como quiste simple. El útero, el ova-

rio y la trompa contralateral no presentan metástasis. La paciente hace un post-operatorio sin complicaciones y actualmente se le está haciendo tratamiento radioterapéutico postquirúrgico y se encuentra en buenas condiciones. (Figs. Nos. 3 y 4).

Comentario

En el Centro Hospitalario de San Juan de Dios que comprende dos hospitales, el de San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil desde 1953

FIGURA Nº 3 — La microfotografía presenta la pared de la trompa, el epitelio atrófico y la iniciación del carcinoma.

FIGURA Nº 4 — Una zona de aspecto papilar del adenocarcinoma de la trompa.

hasta la fecha (31-VIII-71) se han procesado 112.894 piezas quirúrgicas y dentro de este lapso solo hemos encontrado dos adenocarcinomas primarios de trompa. El primero se presentó en el año de 1967 (5) y el segundo en 1971, de lo que podemos deducir que realmente es un tumor poco frecuente y generalmente el diagnóstico se hace en el acto quirúrgico o anatomopatológicamente. Pero para su clasificación debe reunir ciertas condiciones según el criterio de Finny y Javert (6).

A - El epitelio del endosalpinx debe estar reemplazado todo o parcialmente por el adenocarcinoma.

B - El carácter histológico de las células tumorales debe guardar semejanza al epitelio del endosalpinx.

C - El endometrio y los ovarios deben estar:

1. Normales.

2. Afectados por una lesión benigna o contener una lesión maligna que puede ser pequeña, cuya distribución corresponda a una metástasis del adenocarcinoma de la trompa.

D - El desarrollo primario debe originarse en la mucosa de la trompa y descartar una infiltración de fuera a dentro.

E - Excluir cuidadosamente la T.B. C. porque ella a veces produce una proliferación adenomatosa.

En cuanto a la etiología del tumor todavía permanece en la oscuridad, algunos la han relacionado con los procesos inflamatorios crónicos de la trompa uterina porque lo han visto asociado con la tuberculosis genital en un alto porcentaje (7 y 8). La mayoría de los autores están de acuerdo que el tratamiento del carcinoma de la trompa de Falopio debe

ser quirúrgico, seguido de radioterapia (9, 10, 11 y 12).

Gogh (8) da una supervivencia de 2½ años sin recidiva. Nosotros no podemos hablar de supervivencia en nuestras dos pacientes porque el primer caso no siguió viniendo a control y no sabemos del paradero de la paciente, y el segundo es muy reciente para poder hacer cualquier evaluación.

Resumen:

Se presentan dos casos de adenocarcinoma de trompa de Falopio, obtenidos del material quirúrgico del centro hospitalario San Juan de Dios que arrojó una cifra de 112.894 piezas quirúrgicas durante un lapso de 18 años; se comenta que la entidad es más frecuente en las menopáusicas, es rara y poco frecuente y que el diagnóstico por lo general es hallazgo anatomopatológico. El tratamiento es quirúrgico, seguido de radioterapia.

Summary

Two cases are shown of adenocarcinoma of the Fallopian tube, obtained from surgical material at the San Juan de Dios hospital center, giving a figure of 112,849 surgical pieces during a period of 18 years; it is observed that this event is more common in menopausal women, is rare and unfrequent and its diagnosis is generally an anatomopathological finding. The treatment is surgery followed by radio-therapy.

BIBLIOGRAFIA

- 1 GOUTURIER, M. G. y NEALE, R. C.: Adenocarcinoma of umbilicus secondary to Fallopian tube carcinoma. A.M.J. Obst. Gynec. 105: 32, 1969.
- 2 SANCHEZ, C. J., GONGORA, L. P. y MARDIEGUE, M. E.: Carcinoma primario de la trompa de Falopio.

- 3 DOUGHERTY, C. M.: Primary carcinoma of the tube surgical Pathology of gynecologic disease. 1a. Ed. Hoeber, Pág. 476, 1968.
- 4 KNEALE, B. L. and ATTWOOD, H. D.: Primary carcinoma of the Fallopian tube. Am. J. Obst. Gynec. 94: 849, 1966.
- 5 SANTAMARIA URREGO, A.: Carcinoma primitivo de la trompa. Revisión de la casuística nacional. Rev. Colomb. Obst. Gynec. XIX: 247, 1968.
- 6 FINN, W. F., and JAVERT, C. T.: Primary and metastatic cancer of the Fallopian tube. Cancer 2: 803, 1949.
- 7 KHALID, H. et Al.: Carcinoma arising in tuberculous Fallopian tube. Am. J. Obst. Gynec. 103: 595, 1969.
- 8 NICOLESCO, S. DJUVARA, R., VELCIU, V. and CRACIUM, E.: Morpho Pathological peculiarities of a rare malignant tumour of the Fallopian tube carcino-osteochondrofibrosarcoma Gynec. Obst. 68: 113, 1969.
- 9 FOGH, I.: Primary carcinoma of the Fallopian tube. Cancer. 23: 13-32, 1969.
- 10 BENSON, R. C.: Carcinoma of the Fallopian tube. CA-A cancer journal for clinicians. 18. 186, 1968.
- 11 HALLGRIMSSON, J. TH.: Carcinoma in situ of the endocervix, corpus uteri and both oviducts. Acta Obst. et Gynec. Scandinav. 46: 268, 1967.
- 12 COHN, S. ROSSANO, R. W. and FENTON, A. N.: Primary carcinoma of Fallopia tube N. Y. ST. J. Med. 69: 1321, 1969.