



REPORTE DE CASO

PROLAPSO DE TROMPA UTERINA: REPORTE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fallopian tube prolapse: case reports and literature review

*Lucía Mercedes Niño-Hernández, M.D.**, *César Redondo-Bermúdez, M.D.***,
*Katherine Redondo de Oro, M.D.****, *Olivia Marrugo-Grace, M.D.***,
*Cindy Arteta-Acosta, M.D.***** *Gabriel Alcalá-Cerra, M.D.******

Recibido: diciembre 26/10 - Aceptado: septiembre 23/11

RESUMEN

Objetivo: el prolapso de la trompa uterina constituye una complicación quirúrgica poco frecuente y habitualmente ocurre de manera secundaria a la histerectomía vaginal. Dicha patología constituye un reto diagnóstico dado el espectro de lesiones benignas y malignas a nivel del cuello uterino. El presente reporte de casos tiene como objetivo revisar la literatura respecto a la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de la entidad.

Materiales y métodos: se presentan tres casos de prolapso de trompa uterina, así como una revisión de la literatura, a través de una búsqueda electrónica en las bases de datos Medline vía PubMed, Hinari, SciELO y EMBASE, para recopilar información publicada, tanto en inglés como en español, de los últimos 5 años.

Conclusión: el prolapso de trompa uterina poshisterectomía, ya sea vaginal o abdominal, es una complicación quirúrgica anómala. El diagnóstico definitivo se realiza por medio del estudio histopatológico, al evidenciar tejido tubárico asociado a un infiltrado inflamatorio. Para su tratamiento, diferentes técnicas quirúrgicas han sido propuestas con el objetivo de reseca, ya sea parcial o totalmente, la trompa prolapsada con reparo de la apertura vaginal.

Palabras clave: prolapso de trompa uterina, poshisterectomía, salpingectomía laparoscópica, cúpula vaginal.

SUMMARY

Objective: fallopian tube prolapsed is a rare surgical complication, usually occurring secondary to vaginal hysterectomy. Such pathology forms a diagnostic challenge, given the spectrum of cervical benign and malign lesions. The present case reports were aimed at revising the literature regarding the pertinent etiology, diagnosis and treatment.

Materials and methods: three cases of fallopian tube prolapse are presented, as well as a literature review involving a search of PubMed via Medline, Hinari, SciELO and EMBASE databases to compile

* Residente de Patología, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena. Cartagena (Colombia). Correo electrónico: lu_dharma@hotmail.com

** Patólogo. Docente Postgrado de Anatomía Patológica, Universidad de Cartagena. Cartagena (Colombia).

*** Residente de Patología, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena. Cartagena (Colombia).

**** Médico Interno, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena. Cartagena (Colombia).

***** Médico Residente, Sección de Cirugía, Universidad de Cartagena. Cartagena (Colombia).

relevant information published in both English and Spanish during the last 5 years.

Conclusion: post-hysterectomy fallopian tube prolapse, whether vaginal or abdominal, is a rare surgical complication. Definitive diagnosis is made by histopathological study when tubal tissue associated with inflammatory infiltrate has been shown. Different surgical techniques have been proposed for its treatment aimed at partially or totally removing the prolapsed tube and repairing the vaginal opening.

Key words: fallopian tube prolapse, post-hysterectomy, laparoscopic salpingectomy, vaginal dome.

INTRODUCCIÓN

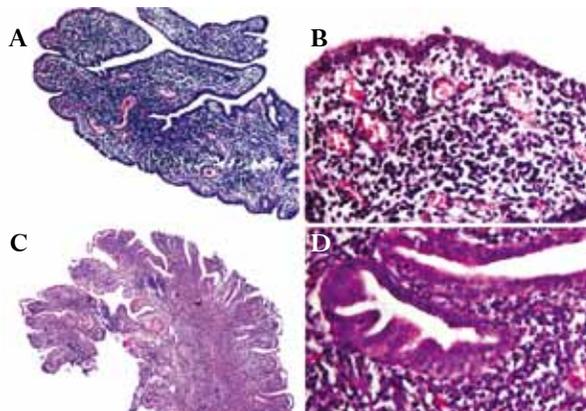
El prolapso de la trompa uterina es una complicación quirúrgica poco frecuente, hasta la fecha se han reportado en la literatura cerca de 100 casos.¹ Se presenta en el posoperatorio temprano o tardío de una histerectomía ya sea vaginal, abdominal o laparoscópica,² o después de una colpotomía o resección laparoscópica de focos de endometriosis.³ Dicha patología constituye un reto diagnóstico, dado el espectro de lesiones benignas y malignas que se presentan a nivel del cuello uterino. Se presentan tres casos de prolapso tubárico posterior a histerectomía abdominal total, atendidos entre el 2007 y el 2010 en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, centro de referencia de atención materna y perinatal ubicado en la costa Caribe en Cartagena (Colombia), institución que atiende pacientes de bajo nivel socioeconómico. El objetivo de este estudio es revisar la literatura respecto a la etiología, el diagnóstico y el tratamiento.

REPORTE DE CASOS

El primer caso alude a una mujer de 40 años con cuadro clínico de más o menos un año de evolución consistente en menometrorragia, asociado a dismenorrea ocasional, con antecedente de 3 cesáreas. La paciente es llevada a cirugía para

histerectomía abdominal total con impresión clínica de miomatosis. Cuatro meses después, la paciente acude a consulta externa refiriendo dolor. Al examen físico, como dato positivo, se encontró durante la especuloscopia lesión nodular en cúpula compatible con granuloma, por lo que se solicitó colposcopia más biopsia. El estudio histopatológico evidenció pared tubárica con inflamación crónica y marcada congestión vascular asociada a fibrosis (figura 1).

Figura 1. A (caso 1) (4x) pared de trompa uterina con un prominente infiltrado inflamatorio crónico. B (caso 1) epitelio cilíndrico ciliado descansando sobre un corion inflamatorio con predominio plasmocitario, asociado a neoformación vascular. C (caso 2) (4x) pared de trompa uterina con un prominente infiltrado inflamatorio crónico. D (caso 2) cambios reactivos a nivel del epitelio tubárico secundario a proceso inflamatorio.

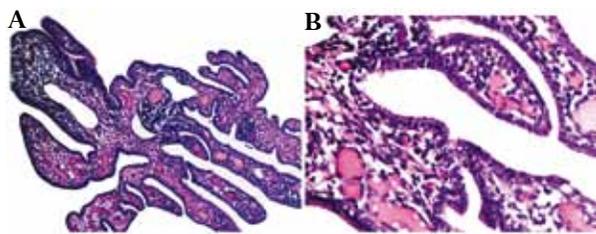


El segundo caso refiere a una mujer de 43 años con cuadro clínico de año y medio de evolución consistente en menometrorragia, hipermenorrea y dismenorrea intensa asociado a dispareunia; además presentaba como antecedentes personales salpingectomía parcial bilateral. Se le practica a la paciente histerectomía abdominal total con impresión clínica de miomatosis; y dos meses después regresa a consulta por descarga vaginal abundante. Al realizar especuloscopia se observó masa en cúpula vaginal compatible con granuloma,

por lo que se ordena colposcopia con biopsia. El estudio microscópico evidenció mucosa tubárica con proyecciones irregulares, tapizadas por epitelio cilíndrico ciliado a nivel de la lámina propia, con neovascularización e intenso infiltrado inflamatorio crónico (**figura 1**).

El tercer caso responde a una mujer de 37 años con cuadro clínico de un año de evolución consistente en hipermenorrea, menorragia y dismenorrea grado 2, con antecedente de salpingectomía parcial bilateral, y con indicación de histerectomía total abdominal por miomatosis. Cuatro semanas más tarde, presentó leucorrea y dolor pélvico. A la especuloscopia se observó lesión nodular en cúpula vaginal y se solicitó colposcopia más biopsia. Al examen histopatológico se identificó pared tubárica tapizada por epitelio cilíndrico ciliado con cambios reparativos y edema asociado a inflamación y abundante tejido granular (**figura 2**).

Figura 2. A. (caso 3) (10x) trompa tubárica con un proceso inflamatorio crónico asociado a fibrosis y edema. **B. (caso 3)** (40x) mucosa tubárica revestida por epitelio cilíndrico ciliado, con marcado infiltrado inflamatorio crónico, y vasos sanguíneos de paredes delgadas.



MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisaron términos relacionados con “*prolapso de trompa uterina*”, “*poshisterectomía*”, “*cúpula vaginal*” y “*salpingectomía laparoscópica*”, en las bases de datos Medline vía PubMed, Hinari, EMBASE, además de la base de datos latinoamericana SciELO, en el período comprendido entre los

años 2000 y 2010. Se seleccionaron reportes, series de casos y artículos de revisión, en donde se encontraron 398 títulos relacionados, de los cuales fueron revisados a texto completo un total de 19 artículos. Al mismo tiempo, se revisaron los registros de piezas quirúrgicas. Luego de obtener una aprobación del comité científico de la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, se tuvo acceso a las historias clínicas de las pacientes, manteniendo estricta confidencialidad del nombre y número de identificación de cada una de ellas.

DISCUSIÓN

El primer reporte de prolapso de trompa uterina, luego de histerectomía vaginal, fue realizado por Pozzi en el año 1902, mientras que los primeros dos casos ocurridos tras una histerectomía abdominal fueron descritos, en 1955, por Funnell y colaboradores;⁴ pero solo Silverberg describió con detalle sus hallazgos cito histopatológicos.⁵ En la literatura se informa que la histerectomía vaginal es el procedimiento quirúrgico que más frecuentemente se asocia con el prolapso de trompa de falopio. Sumathy y Baucom, en el año 1975, presentaron una serie de 35 pacientes, la mayoría secundarios a procedimientos por vía vaginal, y solo 8 después de una cirugía abdominal.⁶ Nuestra serie es similar a un estudio reciente realizado en el *Parkland Memorial Hospital* (17 casos), con un 65% de casos secundarios a histerectomía vía abdominal frente a un 35% vía vaginal.⁷ De igual forma, el prolapso tubárico también puede presentarse luego de una histerectomía laparoscópica total.⁸ Se han descrito 3 condiciones para el prolapso de trompas uterinas: 1) trompa de longitud y capacidad suficiente para llegar a la vagina, 2) defecto en el cierre del peritoneo y 3) apertura adecuada dentro de la cúpula vaginal.⁴ Una posible hipótesis causal de esta entidad es dejar abierta parcial o totalmente la cúpula vaginal, sin cierre del peritoneo pélvico u oclusión

insuficiente del mismo; otra posibilidad, tal vez menos factible, es incluir el pabellón tubárico en la sutura de la cúpula vaginal.⁹ En todos los casos debe existir una comunicación entre la cavidad peritoneal y el canal vaginal a través del cual se hernia la trompa uterina.⁵ Se han descrito factores predisponentes tales como: fiebre postoperatoria, sangrado, infección vaginal,⁴ técnica quirúrgica defectuosa y malas condiciones físicas del paciente.⁵ Otras situaciones relacionadas son drenes en los fondos de saco o no cierre peritoneal.⁷

La presentación clínica es poco específica, y suele presentarse desde una forma asintomática hasta molestias de diversos tipos. El tiempo de aparición de los síntomas es muy variable, con casos reportados desde las 2 semanas, con una media de 6 meses¹⁰ hasta 30 años después de la cirugía.¹¹ Los síntomas más frecuentemente relacionados son flujo vaginal, dispareunia, dolor abdominal, y en menor frecuencia se ha reportado neumoperitoneo poscoital, y fístula peritoneo vaginal.¹² Al examen físico se evidencia una masa excrecente a nivel del fondo de saco, muchas veces friable, de color rojiza, con apariencia de tejido de granulación.⁵ Existen ciertos datos clínicos que ayudan al ginecólogo en el diagnóstico de la entidad, como la historia de cirugía previa, principalmente histerectomía vaginal, ubicación a nivel apical, aspecto de tejido de granulación y dolor a la movilización. El diagnóstico definitivo se obtiene por medio de la biopsia o del análisis del espécimen quirúrgico.

Respecto al diagnóstico histopatológico, los hallazgos microscópicos son de un denso infiltrado inflamatorio, con predominio de células plasmáticas asociado a un epitelio tubular de configuración papilar que descansan sobre un estroma edematoso, ocasionalmente fibrótico con neoformación vascular y ocasionales haces de músculo liso.⁵ Los cambios estromales en el prolapso tubárico pueden ser prominentes con una menor proporción del componente

epitelial, generando dificultad diagnóstica y simulando una neoplasia mesenquimal, tal como un angiomiofibroblastoma.¹¹ Se puede encontrar grados variables de hiperplasia, metaplasia escamosa¹³ y atipia epitelial, debido a cambios reactivos en el proceso inflamatorio subyacente; dichas distorsiones arquitecturales y atipias podrían confundir un prolapso tubárico con un adenocarcinoma.¹⁴ Los hallazgos en citología exfoliativa cervicovaginal, con tinción de papanicolau en el prolapso uterino son: cambios reactivos asociados a sábanas o grupos de células epiteliales pequeñas ocasionalmente ciliadas, de núcleo uniforme hiper cromático, de cromatina moderadamente granular, con uno o más nucléolos, con escaso citoplasma y variación en la relación núcleo/citoplasma.⁵ La presencia de células columnares ciliadas con nucléolos prominentes puede confundir con malignidad, ya que es raro encontrar células columnares en los frotis de pacientes histerectomizadas.

Se han reportado casos de concomitancia con infección por virus herpes simple, siendo una fuente potencial de diagnóstico erróneo, dada las anomalías nucleares que sugieren displasia de alto grado.¹⁵ Los diagnósticos diferenciales deben realizarse tanto con lesiones benignas como con quistes mesonéfricos y paramesonéfricos, adenosis, endometriosis y papiloma mülleriano, lesiones malignas como adenocarcinoma metastásico o vaginal primario, de células claras, de tipo endometriode, endocervical o intestinal y angiomixoma.

El tratamiento, por lo general, es quirúrgico aunque existen casos de seguimiento clínico que contemplan una desaparición espontánea del prolapso.⁷ Los objetivos del tratamiento quirúrgico son tres: primero retirar el tejido inflamatorio localizado a nivel de la cúpula vaginal, luego reparar el defecto del peritoneo vaginal y por último aliviar la sintomatología.¹⁶ El manejo quirúrgico consiste en la resección parcial o total de la trompa con reparo de la apertura

vaginal. Las técnicas quirúrgicas varían, ya sea desde la extirpación de la trompa prolapsada vía vaginal hasta una escisión total vía abdominal.⁴ La salpingectomía total ha sido recomendada como el manejo adecuado, debido a los síntomas recurrentes que se han reportado después de una salpingectomía parcial, pues el remanente de porción tubárica continua siendo traccionado, perpetuando el dolor.¹⁴⁻¹⁶ Wetchler publicó e ilustró su técnica para el manejo del prolapso tubárico, que consiste en una salpingectomía vaginal total realizada por medio de una incisión elíptica, a nivel de la cúpula vaginal adyacente a la trompa uterina prolapsada, seguido de la liberación de las adherencias peritubáricas bajo visión directa que permiten la resección completa de la trompa; sin embargo, la resección total por vía vaginal a veces debe ser excluida debido a las grandes adherencias anexiales, vesicales e intestinales que no permiten la completa movilización de la trompa.^{16,17} Recientemente se ha planteado el manejo laparoscópico en combinación con cirugía vaginal¹ o el manejo único por cirugía laparoscópica;¹⁸ esto sustentado en que la técnica laparoscópica permite una fácil disección y hemostasia logrando cirugías exitosas. No obstante, la técnica por laparoscopia depende en gran medida de la habilidad en el manejo de las adhesiones, de la visualización tubárica y de la unión tubovaginal.¹⁹

CONCLUSIÓN

El prolapso de trompa uterina es una entidad poco frecuente, de difícil diagnóstico clínico, que requiere de manera obligatoria el estudio histopatológico para su confirmación y posterior tratamiento quirúrgico con excelente pronóstico.

REFERENCIAS

1. Tjalma WA. Surgical management of tubal prolapse. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;83:207-8.
2. Cáceres A, McCarus SD. Fallopian tube prolapse after total laparoscopic hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2008;112:494-5.
3. Rosenthal DM, Cheung VY. Fallopian tube prolapse after laparoscopic resection of pelvic endometriosis. *Obstet Gynecol* 2005;105:808-9.
4. Zutshi V, Aggarwal P, Batra S. Post-hysterectomy fallopian tube prolapse: elementary yet enigmatic. *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2008;9:117-9.
5. Barredo I. Prolapso de la trompa de Falopio tras histerectomía abdominal. Presentación de dos casos. *Rev Esp Patol* 2004;37:305-8.
6. Uqaili S, Thackare H, Bonduelle M. Fallopian tube prolapse. *J Obstet Gynaecol* 2006;26:176-7.
7. Ramin SM, Ramin KD, Hemsell DL. Fallopian tube prolapse after hysterectomy. *South Med J* 1999;92:963-6.
8. De los Ríos JF, Castañeda JD, Calle GA, Serna E, Vásquez RA, Arango AM, et al. Histerectomía laparoscópica total en la unidad de endoscopia ginecológica de la Clínica del Prado, Medellín (Colombia) 2002-2008. *Rev Colomb Obstet Gynecol* 2009;60:320-7.
9. Zigelboim I, Kizer S, Gómez L, Essinfeld H. Prolapso tubárico poshisterectomía: un caso raro de iatrogenia. *Rev Obstet Gynecol Venez* 2004;64:45-7.
10. Nucci M, Oliva E. *Gynecologic Pathology*. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier; 2009.
11. Varnholt H, Otis CN, Nucci MR, Johari VP. Fallopian tube prolapse mimicking aggressive angiomyxoma. *Int J Gynecol Pathol* 2005;24:292-4.
12. Ingber MS, Firoozi F, Goldman HB, Moore CK, Vasavada SP, Rackley RR. Fallopian tube prolapse presenting as a peritoneovaginal fistula. *Can J Urol* 2010;17:5117-9.
13. Jashnani KD, Naik LP. Prolapsed fallopian tube with squamous metaplasia. *J Postgrad Med* 2002;48:241-2.
14. Kucuk M. Laparoscopic management of fallopian tube prolapse masquerading as adenocarcinoma of the vagina in a hysterectomized woman. *BMC Women's Health* 2002;2:2.
15. Lefrancq T, Orain I, Michalak S, Hourseau M, Fetissof F. Herpetic salpingitis and fallopian tube prolapsed. *Histopathology* 1999;34:548-50.

16. Lo KW, Law W, Yip SK. The role of laparoscopic surgery in the management of tubal prolapse: a 7 case series and literature review. *Surg Innov* 2007;14:24-6.
17. Wetchler SJ, Hurt WG. A technique for surgical correction of fallopian tube prolapse. *Obstet Gynecol* 1986;67:747-9.
18. Rivlin M, Salameh J, Pearson A. Total laparoscopic management of fallopian tube prolapse. *Journal of Pelvic Medicine & Surgery* 2006;12:53-5.
19. Hernández CR, Howard FM. Management of tubal prolapse after hysterectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1998;5:59-62.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.