CARCINOMA PRIMITIVO DE LA TROMPA.

REVISION DE LA CASUISTICA NACIONAL

Dr. Alfonso Santamaría Urrego

I — MATERIAL Y METODOS

El propósito de la presente comunicación es el de añadir a la literatura cinco nuevos casos de carcinoma primitivo de trompa uterina de pacientes tratados en distintos centros hospitalarios del país, con lo cual, sin pretender agregar nada nuevo a los excelentes trabajos que revisamos referentes a esta rara entidad, presentaremos nuestros casos estudiados como demostrativos de la amplia variación del cuadro clínico, la dificultad diagnóstica, las deficiencias en la terapéutica, y el pronóstico pobre de esta entidad.

El material de investigación para el presente estudio empieza con la búsqueda en el archivo del Servicio de Ginecología del Instituto Nacional de Cancerología, de las tarjetas estadísticas de los tumores del aparato genital femenino, revisando aquellas de los casos comprobados de carcinoma primitivo de la trompa. Encontramos tres casos correspondientes a un período de 5 años, y un caso de corioepitelioma tubárico.

Revisamos, además, los casos informados al comité de lucha contra el cáncer y tratamos de obtener copias de las Historias Clínicas en los centros hospitalarios desde donde los

informaron. Encontramos cuatro casos en un período de 5 años y entre 9.087 casos informados de tumores malignos. De estos cuatro casos uno correspondía a un carcinoma y otro al carioepitelioma ya estudiados como casos del Instituto de Cancerología. De los tres casos de Carcinoma tubárico restantes, en uno se confirmó no tratarse de un carcinoma primitivo y otros no fue posible obtener la Historia del paciente.

Igualmente revisamos un caso del Hospital Militar Central y otro de la Clínica Palermo de Bogotá, en los cuales aparecía el diagnóstico dudoso y resultaron no ser carcinoma primitivo de la trompa. Estos dos casos los presentamos como demostrativos de la dificultad diagnóstica de esta entidad.

No encontramos ningún caso de carcinoma tubárico primitivo, en la revisión de las tarjetas estadísticas del archivo del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, correspondientes a un período de 20 años.

II — Generalidades Datos históricos

Entre los tumores malignos del aparato genital femenino, el carcinoma primitivo de la trompa uterina es comparativamente la entidad me-

nos común. Sin embargo aparece con la suficiente frecuencia para crear un difícil problema diagnóstico.

Las primeras descripciones fueron hechas por Renaud en 1847 y Rokitsansky en 1861 (1). Más tarde, en 1888, Orthmann (2) publicó por primera vez una descripción detallada de esta entidad. En 1932, Nurnberger (3) revisó 301 casos publicados hasta entonces. En 1945, Mitchell y Mohler (4) revisaron unos 450 casos que habían sido informados hasta esa fecha.

Erick Block (5) encontró de 1922 a 1945 dieciséis casos en el Radium-Hemmet de Estocolmo, y López-Escobar encontró en esa misma Institución dieciocho casos entre 1946 y 1952 (cuya revisión agregaremos posteriormente a nuestro trabajo). En 1950 fueron revisados por Hu y colaboradores (6) 466 casos informados y agregaron doce propios. En 1955 Gotz (7) revisó 577 casos publicados desde 1886. Sedlis (8) en 1961, hizo una revisión de 230 casos informados entre 1951 y 1961 y añadió la descripción de dos casos. Desde 1961 se han publicado unos 70 casos más según Cahrt (9). En total, se han descrito más de 780 casos de carcinoma primitivo de la trompa uterina.

Varios autores han discutido el por qué de la baja frecuencia del carcinoma tubárico, y algunos la tratan de explicar por la frecuente asociación del cáncer con estructuras sometidas a continuos cambios o a estímulos externos, lo cual, en la trompa, es poco marcado.

De la baja frecuencia del carcinoma tubárico nace la dificultad en su diagnóstico. Según Sedlis (8), en ninguno de 2'2 casos revisados por él, se hizo el diagnóstico preoperatorio;

y solamente en uno, se hizo durante el acto operatorio.

Gotz (7) en su revisión de 577 casos, encontró solamente dos en los cuales se hizo el diagnóstico preoperatorio. Mosley (10) anota que solamente en 12 casos de todos los publicados hasta 1960 se sospechó el diagnóstico de carcinoma tubárico. Y según Vaughan Jones (11) parece que solo en 10 casos de los 780 publicados hasta 1965, se hizo el diagnóstico preoperatorio correcto.

La incidencia de esta entidad en relación con todos los cánceres ginecológicos varía desde el 0.16% al 1.16% según aparece en el Cuadro I con un promedio total del 0.5%.

En los 230 casos seguidos por Sedlis (8) la edad promedio fue de 52 años; el tumor fué bilateral en 26% de los casos; el promedio de supervivencia a los 5 años fue de un 34%. De acuerdo a Mc.Goldrick (12), el tumor aparece en la ampolla en un 70% de los casos, en el istmo en un 30%, y es bilateral en un tercio de los casos. Corscaden (13) afirma que la lesión es generalmente unilateral y casi siempre del lado derecho, pero no da explicación de ello. En el carcinoma de trompa como en el cáncer en general la causa permanece aún oscura. Aparece claramente su asociación con la menopausia desde la incidencia por edades, siendo más frecuente entre los 50 y 60 años, colocándose así en el mismo grupo de edad de los carcinomas de endometrio (en un grupo de edad de los carcinomas de endometrio) y en un grupo de edad inferior al de las pacientes con carcinoma de vulva. Aunque el carcinoma tubárico aparece frecuentemente concomitante con otras entidades pélvicas no hay evidencia de que ellas tengan alguna influencia

Año	Autor	Total de Casos de			
		Per.	Ca. Report. Ginec.	Nº de Casos de Ca. Tub. de	% de Ca. Tub
1945	MITCHELL y MOHLER	47a.	6747	1	—
1948	EMGE	—	1350	5	0.49%
1949	FINN y JAVERT	16	952	5	0.50%
1949	FULLERTON	13	—	4	—
1949	HUBER	—	3473	21	0.60%
1950	HU y col.	45	3878	12	0.31%
1952	WEEKES y col.	10	640	7	1.09%
1952	WEININGER	—	1.473	5	0.33%
1953	LOFGREEN	40	10.000	16	0.16%
1954	VATAGA	—	—	—	0.28%
1955	KREMER	—	2258	25	1.11%
1956	FRENKEL	10	435	7	1.60%
1956	SEDLIS	—	687	3	0.43%
1956	CORSCADEN	—	—	—	0.3%
1960	HAYDEN y POTTER	26	1087	12	1.10%
1960	HELO ANNI	—	3615	16	0.44%
1963	DUCKMAN y col.	13	—	5	0.85%
1965	VAUGHAN JONES	10	560	3	1.08%

predisponente, aunque teóricamente ello es posible, según Novak (14).

En lo que se refiere concretamente a inflamaciones crónicas de la trompa, parece que pudieran ser un factor predisponente, lo cual fue anotado desde 1901 por Lecomnt (15), quien revisó 21 casos acumulados en la Literatura de esa época, sin embargo ello es dudoso si tenemos en cuenta la enorme incidencia de estas lesiones que contrasta con la rareza del carcinoma. Por otra parte, los cambios inflamatorios vistos en trompas afectadas por cáncer pueden ser debidos al tumor. La alta incidencia de esta asociación explica el alto porcentaje de nulíparas: Más del 50% según Sedlis (8) y un 30% según Frenkel (16). Igualmente dudosa es la posible influencia de TBC. tubárica, entidad que se ha encontrado en varias ocasiones coexistente con carcinoma, la cual fue establecida en 1911 por Von Franqué (17) y luego en 1917 por L. Esperance (18) en una revisión de 49 casos.

Fullerton (18) en 1940 también establece una posible relación, relación

que aún no ha sido comprobada, la salpingitis tuberculosa es una entidad más común de lo que se pensaba antes. Se ha comprobado que el carcinoma tubárico puede originarse en un foco de endometriosis (Engstrom 1957) (20). Según Novak (14) es probable que en algunos de estos casos el cuadro haya sido erróneamente interpretado ya que en ocasiones puede confundirse al estudio anatómopatológico.

El carcinoma de trompa ofrece muchas más dificultades que los tumores ováricos en cuanto a diagnóstico y tratamiento. Todos los autores insisten en que casi nunca ha sido posible hacer el diagnóstico preoperatorio del carcinoma tubárico, confundiendo su diagnóstico con tumores ováricos, miomas múltiples, endometriosis, enfermedades inflamatorias, entidades que, para complicar más el cuadro, se han encontrado asociadas una o varias de ellas, en casi todos los casos estudiados. Inclusive durante la laparotomía es frecuente no reconocer el verdadero carácter de esta lesión lo cual lleva a

procedimientos incompletos o inadecuados, que contribuyen a que el pronóstico sea muy pobre.

Brewer, Daderian y colaboradores (21) informan haber llegado al diagnóstico gracias a exámenes citológicos. Sedlis (8) anota un 60% de citologías positivas en cáncer tubárico. Un legado fraccionado negativo para tumor, unido a la persistencia de citologías positivas debe hacer sospechar un posible carcinoma primario o metastásico de la trompa. También debe sospecharse en presencia de manifestaciones inflamatorias pélvicas en pacientes menopáusicas.

El carcinoma tubárico incipiente presenta el aspecto de hidrosalpinx pero si este cuadro se encuentra en una paciente post-menopáusica y el anexo opuesto es de aspecto normal uno debe sospecharlo.

El carcinoma tubárico puede ser secundario a carcinomas ováricos, uterinos y del tracto gastro-intestinal. También han sido informados casos secundarios a carcinomas de páncreas.

A su vez, dá metástasis precoces por vía linfática o sanguínea al peritoneo, hígado y pulmones, y por contigüidad son frecuentes a ovarios y útero lo mismo que a ganglios ilíacos y lumbares. De acuerdo a Meigs (22) la vagina se encuentra invadida en un 60% de los casos. Es interesante anotar que la musculatura tubárica rara vez aparece invadida.

La dificultad de un diagnóstico precoz también se debe en gran parte a que en los estados iniciales los síntomas son mínimos, no siendo lo suficientemente importantes para atraer la atención médica. Además son inconstantes y no son típicos, siendo los más frecuentes masa pélvica, metrorragia, dolor en el bajo ab-

domen y leucorrea, en este orden y frecuentemente combinados. El dolor puede ser punzante o de quemadura y el flujo seroso o serosanguíneo, claro o turbio. Pero estos síntomas precoces pueden estar ausentes o ser de naturaleza trivial. En los estados avanzados hay ascitis. Hu y colaboradores (6) la encontraron en un 10% de todos los casos informados en la literatura. Latsko (23) describió en 1916 un estado caracterizado por súbito vaciamiento de la trompa, llena de secreciones acumuladas, en forma espontánea o por compresión, dando como resultado un copioso flujo vaginal. La cantidad del flujo puede ser tan grande que simule una incontinencia urinaria. Este hallazgo puede ser muy útil para el diagnóstico. Sin embargo debe recordarse que se puede encontrar en hidrosalpinx de cualquier origen.

El flujo puede aparentar una leucorrea banal normal y frecuentemente se le considera como tal aun cuando sea muy resistente al tratamiento. Se ha sugerido que el origen del flujo es no solo una secreción epitelial de la trompa, sino también probablemente productos de autólisis por necrosis del tumor y compromiso de los capilares que llevan a un flujo sanguíneo (Martzloff 1940) (24). Cuando se investiga histológicamente el flujo amarillo aparecen muchas células en las cuales el núcleo es grande e irregular y otras en las que se ven dos núcleos con clara hiperchromatosis (Sorensen 1956) (25). Se ha podido comprobar que el flujo amarillo que aparece en el cáncer de la trompa contiene colesterol. El síndrome descrito por Laztko (23) se conoce con el término de "Hydrops Tubae Profluens", pero según Vaughan Jones (11) parece estar comprobado que fue Frioriep (26) quien estableció en 1836 este término para

un síntoma asociado según él a hidrosalpinx, quistes tuboováricos y carcinomas tubáricos. Más tarde Sanger y Barth (27) recalcaron el significado de este "Hydrops Tubae Profluens" como característico del carcinoma primitivo de trompa, y Anspach (28) en 1930 estableció la alta frecuencia con que aparece en los casos de carcinoma tubárico.

Otro síntoma de esta entidad es el dolor usualmente localizado en el hipogastrio o hacia los lados. El dolor es generalmente intermitente, espasmódico. Boshann, Dietrich y Petsch (29) en 1955, establecieron que este dolor es el primer síntoma. El dolor puede hacerse sentir también hacia la espalda o irradiando hacia el área del nervio femoral. Sinembargo, el dolor, por ningún motivo es un síntoma específico ya que muchas entidades inflamatorias ginecológicas causan dolor. Debe recordarse también que los miomas y los quistes ováricos frecuentemente pueden complicar el cuadro clínico (Weldeyer, 1957) (30). Hu y colaboradores (6) y Lofgreen (31) comentan en sus trabajos que el dolor aparece generalmente del lado de la trompa enferma.

Las pérdidas de manchas sanguíneas post-menopáusicas o pérdidas irregulares intermenstruales, antes de la menopausia, son uno de los más alarmantes síntomas. Si se excluye malignidad uterina por raspado y malignidad cervical por biopsia, debe considerarse que en estos casos hay una lesión anexial, y una citología positiva con frecuencia puede tener un gran valor en el diagnóstico diferencial.

El hallazgo de un tumor anexial al examen clínico, evidencia compromiso del anexo. El tumor puede crecer

rápidamente, ya que al distenderse la trompa por acumulo de secreciones y necrosis del tejido epitelial, puede causar hidrosalpinx, el cual puede salir hacia el útero y luego a la vagina donde aparece como el flujo muy típico, ya descrito como Hydrops Tubae Profluens. Si bien es cierto que este tipo de flujo puede no aparecer en todos los casos, sí puede ser un síntoma precoz.

En varios estudios sobre carcinoma tubárico ha sido notoria la alta incidencia de lesiones bilaterales, especialmente en los estados avanzados, lo cual, según Novak (14) y Sedlis (8), parece ser manifestación de un origen multicéntrico del tumor, más bien que de metástasis. El proceso invade a través de la trompa solo en casos avanzados. Ross opina que el tercio interno de la trompa y el endometrio parecen ser relativamente inmunes a implementaciones tumorales por el flujo del exudado del tumor. Sinembargo encontraron, al igual que Meigs (22), desarrollo de metástasis vaginales en un 60% de los casos.

Por último, anotamos una observación de carácter general hecha por Sedlis (8) en su estudio, quien estableció que la cuidadosa revisión de las publicaciones ha revelado que debido a la rareza de este carcinoma existe la tendencia por parte de los autores a informarlo de inmediato cada vez que aparece un nuevo caso, de tal forma que no se deja transcurrir suficiente tiempo para seguirlo en forma adecuada. Casos mal seguidos y mal estudiados en su evolución, pueden haber llevado a conclusiones incorrectas respecto a la historia natural de esta entidad, a su promedio de supervivencia y a los factores que influyen en ella.

III — Tratamiento y mortalidad

La baja frecuencia de este tumor ha ocasionado controversia sobre su tratamiento más adecuado. No hay uniformidad de opinión entre los autores y ello se debe a que ninguno ha podido acumular suficiente experiencia con determinado procedimiento ni ha podido comparar su propio método con series controladas. En las series revisadas por nosotros la mayoría han seguido los procedimientos usualmente empleados en el manejo del carcinoma ovárico, es decir, la extirpación total o subtotal del útero junto con salpingo-ooforectomía bilateral. Se ha usado radioterapia en un 60 a 70% de los casos tanto por aplicación de Radium como por irradiación externa.

Al parecer ninguno de los métodos de tratamiento recomendados hasta ahora ofrece ventajas notorias. Algunos autores, en particular Engstrom (20), recomiendan practicar salpingo-ooforectomía, conservando el útero para aplicación de radium intrauterino e intravaginal, seguido de irradiación externa. Sus resultados, con un promedio de supervivencia a los cinco años del 38%, parecen recomendar este método de tratamiento.

Hu y colaboradores (6) encontraron un promedio de supervivencia del 40% y recalcaron la gran importancia del diagnóstico precoz y la cirugía radical en relación a la supervivencia. También es importante el grado histológico ya que Hertig (32) en su estudio pudo demostrar un 40% de curaciones a los cinco años, con todos los casos incluidos como tumores en su grado histológico I o II, en los cuales la lesión era papilar

o papilar-alveolar y localizada en la luz de la trompa o en su pared.

El promedio total de supervivencia encontrado por Sedlis (8) fué del 34.2% a los 5 años, y de 23% después de los 5 años. Estableció, además, que la mortalidad es más alta durante los dos primeros años, ya que menos de la mitad de las pacientes sobrevivieron este tiempo.

Beschner (33) insiste en la importancia de la histerectomía total con salpingo-ooforectomía bilateral seguidas de irradiación postoperatoria, y Ross y colaboradores (34) establecieron en sus series un promedio de supervivencia a los cinco años del 40% con cirugía y radioterapia y con cirugía únicamente, solo un 5%.

Solo un 25% de los casos presentados por Hayden y Potter (35) sobrevivió 5 años. Frenkel (15), Israel y otros autores (36) dudan del valor de la radioterapia postoperatoria, pero en general la recomiendan los autores.

Duckman (37) opina que si en el momento de la operación se aprecian metástasis a ganglios linfáticos, parece que la radioterapia postoperatoria con Rayos X podría ofrecer alguna esperanza de detener la enfermedad. Masson y Rhu (38) recomiendan practicar linfadenectomía pélvica bilateral y la extirpación de todo tumor metastásico aparente después de practicar panhisterectomía y salpingo-ooforectomía bilateral. Otros no creen justificado este procedimiento. Según Krugman o Fischer (39) la resección de peritoneo y ganglios linfáticos es de dudoso valor. Block (5) sugiere dejar el útero in situ como portador de radium.

Caso Nº

TRATAMIENTO

EVOLUCION

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

1	Salpinguectomía bilateral. Histerectomía total. Ooforectomía bilateral y omentectomía.	Postoperatorios sin complicaciones. Control a los 5 años: paciente en buenas condiciones y libre de síntomas.	1. Adenocarcinoma papilar de trompa uterina derecha. Salpingitis crónica intersticial de trompa izquierda. 2. Cervicitis crónica. Leiomioma uterino. Granuloma de cuerpo extraño en paraovario. Ovarios con cuerpos blancos. Endometrio atrófico.
2	1. Salpingo ooforectomía derecha y salpinguectomía izquierda. 2. Histerectomía total amplia y ooforectomía izquierda. 3. Radioterapia: 2.376 Rads. en T1 centro pelvis. 4. Laparotomía exploradora: biopsias de nódulos tumorales.	Se encontraron masas pélvicas 6 meses después de radioterapia. 18 meses después de la última intervención vuelve al último control en malas condiciones generales y muere 2 años después de practicar cirugía.	1. Adenocarcinoma primitivo bilateral de trompas. 2. Cervicitis crónica. Endometrio proliferativo. Ovario normal. 3. Adenocarcinoma metastásico a sigmoide y tejidos blandos pélvicos.
3	1. Legrado uterino. 2. Histerectomía total amplia con salpingooforectomía bilateral. 3. Radioterapia: dosis tumor T1 centro pelvis: 3.260 Rads. (Rayos X profundos y cobaltoterapia).	Postoperatorios sin complicaciones. Abandonó el tratamiento a los 4 meses de cirugía, con cobalto antes de completar la dosis programada de 4.980 Rads. No hay dato de supervivencia.	1. Carcinoma papilar primitivo bilateral de trompa uterina. Carcinoma secundario de ovarios e hiperplasia cortical del estroma. Cervicitis crónica. Mioma uterino.
4	1. Colectectomía y extirpación quiste ovárico derecho con salpinguectomía derecha. 2. Extirpación parcial de tumor pélvico. Colostomía. Apendicectomía.	No hay dato de supervivencia ni evolución.	1. Adenocarcinoma papilar de la trompa. Quistes foliculares del ovario. Colectitis crónica. Colelitiasis. 2. Adenocarcinoma de trompa de Falopio con invasión a intestino grueso.
5	1. Salpingooforectomía derecha. 2. Extirpación parcial de tumor pélvico. Histerectomía total con salpingooforectomía izquierdo. Omentectomía. 3. Inicia tratamiento con telecobaltoterapia.	Postoperatorios sin complicaciones. Tolera bien el tratamiento con cobalto.	1. Quiste ovárico. Nódulo sarcomatoso. Adenocarcinoma papilar tubárico derecho. 2. Siembras de carcinoma papilar mal diferenciado en epiplón y peritoneo. Utero, trompa y vagina normales.

RESUMEN DE HISTORIA DE LOS GASTOS PRESENTADOS

Caso Nº	Edad	Grav.	Historia y Hallazgos	Diagnóstico de Impresión	Examen Laboratorio
1 C.S.L.	38	Go Po	Dos meses antes de su ingreso al Hospital San José presentó flujo sanguinolento y metrorragias. Al examen se encontró masa móvil en hipogastrio. Se practicó laparotomía.	Cistadenoma de Ovario.	Citología negativa. Resto de exámenes dentro de límites normales.
2 M.G. de R.	38	G4P4	Seis meses antes de su ingreso al Hospital de La Samaritana tuvo metrorragias y dolor en hipogastrio. Al ingreso se quejó de flujo sanguinolento. Al examen se encontró masa anexial. Se decidió practicar laparotomía.	Quiste intraligamentario. Quiste vaginal de Gartner.	No hay dato de citología. Resto de exámenes dentro de límites normales.
3 E.S. de V.	54	G3P3	Menopausia de 49 años. 3 meses antes de su ingreso al Hospital de Cartago (Valle) presentó manchas sanguíneas genitales. No hay dato de hallazgos al examen. Se decidió practicar laparotomía.	Adenocarcinoma endometrial.	Citología negativa. Resto de exámenes dentro de límites normales.
4 T.A. de T.	55	No hay Dato	Menopausia 51 años. Ingresó al Hospital San Vicente (Medellín) con signos y síntomas de litiasis biliar. Al examen se encontró masa pélvica bilateral. Se decidió practicar laparotomía.	Quiste ovárico derecho. Litiasis vesicular mixta.	No hay datos.
5 B.L.B.	55	G1P1	UR 6 meses antes. Consultó por dolor en hipogastrio. Al examen se encontraron masas pélvicas. Se decidió practicar laparotomía. (Clínica Palermo Bogotá).	Quiste ovárico derecho.	Citología negativa. Resto de exámenes dentro de límites normales.

V — Sumario y deducciones

1) Se revisa la historia natural (casuística) del carcinoma primitivo de la trompa, en los informes de la literatura mundial.

2) Se presenta un cuadro sinóptico de los índices de frecuencia dados por los autores sobre esta rara entidad.

3) Se hace un comentario sobre el diagnóstico, tratamiento y evolución del carcinoma tubárico, haciendo énfasis sobre el mal pronóstico resultante de la tardía aparición de los síntomas y la dificultad del diagnóstico.

4) Se presentan 5 nuevos casos obtenidos después de revisar las distintas fuentes nacionales de información.

5) Confirmamos la baja frecuencia del carcinoma tubárico ya que encontramos solo 5 casos en un período de 5 años y entre 9.087 casos de tumores malignos informados al Comité Nacional de Lucha contra el Cáncer.

6) Confirmamos, además, en los casos presentados la gran dificultad en el diagnóstico ya que en ninguno se hizo el diagnóstico preoperatorio ni se sospechó durante el acto quirúrgico. Por tanto, es importante aumentar la posibilidad del diagnóstico preoperatorio, o al menos operatorio para establecer un plan terapéutico completo durante la intervención y en el período postoperatorio.

7) El promedio de edad en nuestras pacientes fue de 48 años, el cual es bajo en relación con el obtenido por la mayoría de los autores.

8) En nuestros casos no fue de ninguna utilidad el estudio citológico para el diagnóstico, ya que en los 3 casos en que se practicó dicho estu-

dio, el resultado fue negativo. Pero no por ello dejamos de insistir en su enorme importancia diagnóstica.

Tampoco estuvo presente en nuestros casos el síndrome de descargas de flujo amarillento seroso (Hydrops Tubae Profluens) descrito por varios autores como asociado al carcinoma tubárico.

9) Los casos revisados en nuestro trabajo confirman el criterio que debe tener el ginecólogo de practicar laparotomía en toda paciente menopáusica en quien se encuentra al examen masa pélvica, y haya consultado por síntomas tales como dolor en el hipogastrio, flujo o hemorragia genital.

10) Igualmente se confirma la necesidad de una cuidadosa revisión de todo órgano pélvico extirpado a fin de sospechar malignidad cuando ella existe para practicar el procedimiento quirúrgico más adecuado.

11) De nuestros casos no es posible obtener deducción alguna sobre el tratamiento más adecuado del carcinoma tubárico primitivo, ni sobre la utilidad de la radioterapia complementaria. Pero sí recalamos la importancia de hacer el tratamiento quirúrgico radical en etapa precoz de la enfermedad y nos inclinamos a recomendar la radioterapia complementaria.

12) Solo en un caso encontramos la asociación frecuentemente descrita entre esta entidad y procesos inflamatorios o tuberculosis anexial. Pero en todos encontramos patología asociada sobre todo de aquellas entidades como leiomiomas y quistes ováricos, que asociadas al carcinoma tubárico hacen dudar del valor de hallazgos físicos tales como masa pélvica, dolor, etc.

13) Tampoco se obtiene deducción alguna en cuanto a supervivencia, ya que en 2 de los 5 casos presentados no hay dato, otro apenas inició tratamiento y solo uno sobrevivió a los 5 años.

14) En nuestro estudio el síntoma predominante más frecuentemente encontrado fue flujo sanguíneo o hemorragia genitales y el hallazgo más constante al examen masa pélvica o anexial, por lo cual concordamos con la opinión de la mayoría de los autores en que el hallazgo de una tumoración es sin duda el dato más importante.

15) En los casos revisados se aprecia demora en el diagnóstico por descuido de la paciente ya que el tiempo transcurrido entre la iniciación de los síntomas y la consulta fue de 6 meses en dos casos y de 3 y 2 meses en los otros. No hubo demora en el diagnóstico por parte del médico ya que en todos los casos se decidió en forma inmediata practicar laparotomía exploradora.

16) En lo que se refiere a antecedentes obstétricos confirmamos en dos casos la relación entre esterilidad o pocas gestaciones, y enfermedad inflamatoria de la trompa, asociadas a carcinoma tubárico.

17) Solamente en un caso de los estudiados no se encuentra metástasis y en los otros casos los órganos invadidos fueron en orden de frecuencia: intestino (2), ovario (1), peritoneo (1), generalizado (1); datos que concuerdan con los encontrados por otros autores que revisaron los sitios más frecuentes de metástasis.

18) Es notorio en nuestro estudio el hallazgo de dos casos con lesión bilateral, lo cual ha sido encontrado por varios autores, quienes opinan

que ello parece ser una manifestación de origen multicéntrico del tumor.

19) Por último, insistimos en la necesidad de establecer un criterio uniforme en lo que se refiere a anatomía patológica de esta entidad, siguiendo las normas dadas por Hu y Hertig, ya que la mayor dificultad que encontramos en nuestra revisión fue la imposibilidad de concluir con absoluta seguridad en base a los informes histológicos, si se trata realmente de carcinoma primitivo de trompa. Nosotros concluimos, de acuerdo con los autores, en que debido a la extrema rareza del carcinoma tubárico, todo hallazgo de malignidad en los anexos se origina en un tumor primitivo del ovario mientras no se demuestre lo contrario.

Igualmente en lo que se refiere a nomenclatura, anotamos que en 4 de nuestros casos aparece el diagnóstico de adenocarcinoma, por lo cual insistimos, de acuerdo a Novak (14), en que la clasificación de carcinoma tubárico en la categoría de adenocarcinoma no está justificada.

20) Es notorio que en nuestro trabajo también se aprecia la falla anotada por Sedlis (8) a la mayoría de los trabajos sobre esta entidad, y al referirse a casos en los cuales no se ha dejado transcurrir suficiente tiempo para seguirlos en forma adecuada. Es válida por tanto la conclusión de que casos mal seguidos y estudiados en su evolución pueden llevar a conclusiones incorrectas respecto a la historia natural, promedio de supervivencia y factores que influyen en ella. También contribuye a ello el hecho de que en nuestro medio casi la totalidad de las pacientes se pierden, no asisten a controles, y es difícil obtener datos sobre supervivencia.

Nº	Edad	Estado	Hijos	Menarquia	Ciclos	Vello	Dismenorrea	Acné	T. A.	Cromatina sexual	Ginecograf.	17. C.	17. H.	Cirugía	Anatomía Patolog.	17. C.	Observaciones
1	18	S.		14	2/28	++++			110/70	♂	Sí	15.6	5.4	Sí	Sí	12.9	Triconeurosis
2	22	S.		13	5/27	++++	Sí		110/70	♀	Sí	7.5	11.6	Sí	Sí		Triconeurosis Trat. Prednisolona
3	26	S.		15	8/180	++++			120/80	♀	Sí	13.5	5.4	Sí	Sí		Triconeurosis
4	30	S.		16	2/45	+++		+++	120/70	♀	Sí	25	12.5				Pregnandiol 5.8 FSH (+ 1 con 66 ur. (—) 19 ur. Trat. prednisolona
5	24	S.		15	3/40	++	Sí		110/80		Sí						Anovulatorios
6	20	S.		11	8/120	++	Sí		100/70		Sí	13					
7	24	C.	no	16	3/240	+++			120/70		Sí	19	8.3	Sí	Sí	15	Trat. prednisolona 17 Hidrox. 5.5 Regla 3/28
8	26	S.		16	3/180	++++		++	100/60		Sí			Sí	Sí		
9	22	S.	no	15	8/240	+	Sí	++	120/80	♀	Sí	8.1					Silla turca: N. FSH 65 ur.
1	33	S.		19	2/365	++++			110/80	♀	Normal	22.5	7.6				Menarquia inducida
2	29	S.		14	4/30	++++	Sí		120/85		hipoplas. O. dcho.	18.8	7.2				Biopsia ovarios Silla turca: N.
3	30	S.	no	13	3/30	++++	Sí		125/70		O. dcho. aument.	4					Triconeurosis Anabólicos -- Vello
4	19	S.		12	4/28	++++	Sí		110/75		Normal	14.6	7.3				Trat. prednisolona

BIBLIOGRAFIA

- 1 ROKITANSKI, Citado por Sedlis, A. (8).
- 2 ORTHMANN, Citado por Frankel, A. N. (16).
- 3 NURNBERGER, L. Citado por Erik Block (5).
- 4 MITCHELL, R. M., and MOHLER, R. W.; Am. J. Obst. & Gynec. 50:283, 1945.
- 5 ERIK BLOCK, 4-470088. Acta Radiológica. Vol. XXVIII.
- 6 HU, C. Y., TAYMOR, M. L., and HERTIG, A. M.: Am. J. Obst. & Gynec. 59:58, 1950.
- 7 GOTZ, Citado por Helo, A. Carcinoma of the Fallopian tube with special reference to the yellow discharge which appears with it. Acta Obstet Gynec Scand 39: 259-66, 1960.
- 8 SEDLIS, A. C.: Obst. & Gynec. Surv. 16: 209, 1961.
- 9 DUCKMANS, CABAUD P. G., ROSATI V.: Primary carcinoma of the fallopian tube. Amer. J. Obstet Gynec 86:401-7, 1963.
- 10 MOZLEY, P. D., BAKER, W. S. Jr. Primary carcinoma of the Fallopian tube; report of a case. Amer J. Obstet Gynec 80: 64-6, 1960.
- 11 VAUGHAN JONES, Primary carcinoma of the Fallopian tube; Obst. and Gynec. 20: 85, 1965.
- 12 Mc GOLDRICK, J. STRAUSS, H. and PAO, J.: Am. J. Surg. 59: 555, 1943.
- 13 CORSCADEN, J. A., Citado por Frankel (16).
- 14 NOVAK, E. F., WOODRUFF, J. D. Gynecologic and obstetric pathology with clinical and endocrine relations. Phila., W. B. Saunders Co., 1962. p. 275-288 passim. Tumors of the tube...
- 15 LE COUNT, E. R., Citado por Lofgren, K. A. and Dockerty, M. B. (31).
- 16 FRANKEL, A. N.: Am. J. Obst & Gynec. 72: 131, 1956.
- 17 FRANQUE, OTTO VON, Citado por Lofgren, K. A. and Dockerty M. B. (31).
- 18 L'ESPERANCE, ELISE S. Citada por Lofgren, K. A. and Dockerty M. B. (31).
- 19 FULLERTON, W. D. Am. J. Surg., 1940, 48: 467-472.
- 20 ENGSTROM, L.: Acta Obst. et Gynec. Scandinav. 36: 289, 1956.
- 21 BREWER, J. I., and GUDERIAN, A. M.: Obst. & Gynec. 8: 664, 1956.
- 22 MEIGS, J. V.: Citado por Frankel (16).
- 23 LATZKO, W.: Am. J. Obst. & Gynec. 54: 140, 1947.
- 24 MARTZLOFF, K.: Am. J. Obst. & Gynec. 40: 804, 1940.
- 25 SORENSEN, Citado por Erik Block (5).
- 26 FLORIEP, Citado por Vaughan Jones (11).
- 27 SANGER, M., and BARTH, J., Citado por Ross, Ward, and Lindsay (34).
- 28 ANSPACH, B. M., Citado por Lofgren, K. A. (31).
- 29 BOSHANN, H., et al., Citado por Vaughan Jones (11).
- 30 WELDEYER, Citado por Vaughan Jones (11).
- 31 LOFGREN, K. A., and DOCKERTY, M. B.: Surg. Gynec. & Obst. 82: 199, 1946.
- 32 HU, C. Y., TAYMOR, M. L., and HERTIG, A. M.: Am. J. Obst. & Gynec. 59:58, 1950.
- 33 BOSCHNER, C. A., Citado por Vaughan Jones (11).
- 34 ROSS, W. M., WARD, C. V. Primary carcinoma of the Fallopian tube. A report of 8 cases. Amer. J. Obstet. Gynec. 83: 425-9, 1962.
- 35 HAYDEN, G. E., POTTER, E. L. Primary carcinoma of the Fallopian tube: with report of 12 new cases. Amer. J. Obstet Gynec. 79: 24-31, 1960.
- 36 ISRAEL, et al., Citado por Vaughan Jones (11).
- 37 DUCKMAN, S., CABAUD, P. G., Primary carcinoma of the Fallopian tube. Amer. J. Obstet Gynec. 86: 401-7, 1961.
- 38 MASON, A. L., RHU, E. J., Citado por Duckman, S. (37).
- 39 KRUGMAN, P. I., FISHER, J. E. Primary carcinoma of the Fallopian tube. Amer. J. Obstet Gynec. 722-6, 1960.