



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DEL MÉXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL VERACRUZ

CARCINOMA PRIMARIO DE LA  
TROMPA DE FALOPIO

*Revisión de la bibliografía y presentación de  
un caso*

TESIS

Que para Obtener el Post-grado en:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

Dr. Napoleón Ramírez Díaz

ASESOR

Dr. Vicente A. Saldaña Quiroz

Veracruz, Ver.



1989.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E :

1.- INTRODUCCION.

2.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

3.- CRITERIO DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION  
POR ETAPAS.

4.- MATERIAL Y METODOS.

5.- PRESENTACION DE UN CASO CLINICO.

6.- DISCUSION.

7.- CONCLUSIONES.

8.- BIBLIOGRAFIA.

1.- INTRODUCCION.

La neoplasia maligna ginecológica menos frecuente es el carcinoma primario de la trompa de falopio.

Dada la rareza de este tumor, la experiencia al respecto es limitada, quedando por comprenderse la historia natural de la enfermedad, diagnóstico, porcentaje de sobrevida y tratamiento óptimos.

Los primeros reportes datan del siglo pasado, y posteriormente sólo han aparecido revisiones de series pequeñas y aisladas. Ante este hecho y por lo inespecífico de la sintomatología, el retraso en el diagnóstico y las fallas en el manejo son frecuentes, lo cual ensombrece el pronóstico de esta patología, por lo que se decidió realizar el presente estudio en áreas de un conocimiento más preciso al respecto.

2.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

El carcinoma primario de la trompa de Falopio es la neoplasia maligna que se origina en le epitelio del endosálpinx y es el -- cáncer primario ginecológico menos frecuente (1, 17, 23, 29).

Renaud presentó el primer caso de 1947.

Pero la primera descripción de la enfermedad fué publicada por Orthmann en 1888 (2, 6, 11, 13). Desde entonces han aparecido -- algunos reportes y publicaciones, las más recientes revelan no -- más de 1 200 casos publicados (16,18), con series de 50 casos o -- menos, por lo que la experiencia al respecto es limitada (3).

Incidencia y factores de riesgo.

Su frecuencia varía del 0.13% al 1% de todos los cánceres ginecológicos (12, 15, 29). Esta neoplasia es más común entre la 5a y 6a décadas de la vida, con edad promedio de 55 años (3, 5,6,8, 16) y variaciones extremas entre los 18 y 80 años (17). Se han -- publicado sólo 4 casos en adolescentes (9). Su mayor incidencia -- ocurre dentro de los primeros 5 años posteriores a la menopausia (5, 23,29). Se asocia con nuliparidad o poca paridad, igual o me -- nor a 2 embarazos (3,5,8,22,23), y es más frecuente en mujeres -- de raza blanca (6,8,16,18,21) a veces con evidencia de enferme -- dades inflamatoria pélvica (21) y con antecedente o coexistencia con otra neoplasia maligna (1,6,8,16,21,22,23).

SINTOMAS Y SIGNOS :

Un pequeño porcentaje son asintomáticas (3,8,16,21) y los sínto -- mas producidos por esta enfermedad son inespecíficos (5,6,21).

Se ha descrito una tríada clásica consistente en: sangrado ----

transvaginal, dolor en hipogastrio y descarga acuosa vaginal (10, 11, 13, 14, 25), que cuando ésta es abundante y asociada con desaparición de una masa pélvica es llamada "Hydrops Tubae Profluens" descrita por primera vez por Latzko en 1916 (5, 8, 10, 15, 16). Es poco frecuente encontrar asociados en una misma paciente dichos síntomas patológicos, y más bien se presentan aislados (1, 18, 22, 23).

A la exploración comúnmente se palpa una masa pélvica anexial (1, 11, 16, 18). La duración de los síntomas es de varios meses habitualmente.

#### DIAGNOSTICO

El diagnóstico preoperatorio correcto no es frecuente, es menor al 2% de los casos (8, 15, 23), confundiéndose a menudo con tumor ovárico, miomatosis uterina, hidrosálpinx, enfermedad inflamatoria pélvica, carcinoma de endometrio o masa pélvica en estudio (2, 6, 10, 11).

Como auxiliares de diagnóstico, la citología tomada por raspado cervicovaginal puede ser de valor (13, 16), sin embargo, aun es controversial su utilidad (8, 15, 29); otros estudios de relativa utilidad son el legrado biopsia, la laparoscopia y el ultrasonido y la histerosalpingografía (1, 2, 5, 19, 29).

Habitualmente hay un retraso de varios meses en el diagnóstico. (25) El diagnóstico se establece al efectuar Laparotomía Exploradora o incluso posterior a ésta (27).

Macroscopicamente la trompa se encuentra aumentada de tamaño - a veces en grado extraordinario, y se halla casi completamente -

libre de adherencias; la trompa contralateral suele ser normal (20,27). Microscópicamente es un tumor de tipo adenomatoso con estructura papilar (10,27) que se insinúa concéntricamente a la luz del órgano en etapas tempranas. En casos avanzados la luz queda ocluida por el crecimiento tumoral y tiene muy poca tendencia a invadir la serosa a través de la túnica muscular (20).

Se ha utilizado como criterio diagnóstico histopatológico el propuesto por Hu et al. en forma unánime, en ocasiones modificado por otros autores.

#### ETAFIFICACION, PRONOSTICO Y SOBREVIDA:

Se han propuesto varios sistemas para etapificar el tumor (24,-25). Dodson et al. propusieron un método clínico quirúrgico en 4 etapas basado en el de la FIGO para carcinoma primario de ovario que ha sido aceptado por la mayoría de autores (6,10,13,16,20,21)

El tratamiento inicial es quirúrgico y consisten en Histerectomía Total Abdominal con Salpingooforectomía Bilateral y Omentectomía, tratando de extirpar toda la formación primaria en el momento de la cirugía e incluyendo biopsia de ganglios pélvicos y paraaórticos y citología del líquido peritoneal (3,5,10,11,16,21,27 y 28).

Como terapia coadyuvante se han utilizado la Radioterapia y la Quimioterapia con multiagentes en el postoperatorio (4,11,16,18) aún no se ha definido en qué Etapas utilizarse ni su influencia en el pronóstico y la supervivencia. En los casos avanzados y recurrencias la Quimioterapia con base en Cisplatinum combinado con otros agentes ha dado buenos resultados (18,21).

El pronóstico a pesar de que el padecimiento se diagnostica habitualmente en etapas tempranas es pobre, debido a la gran frecuencia de recurrencia.

La sobrevida a 5 años en los reportes más actuales es de 2,5 y 10 años en aprox. 80-90%, 50-60% y 10-20% de los casos habiendo diferencias significativas entre los diferentes informes.

Como factores de pronóstico, se han señalado la Etapa, Edad, -- Ascitis y Tumor Residual (0,16,18,21). En una revisión reciente de 112 casos se hace notar que el grado de invasión de la pared tubaría también tiene importancia pronóstica (21).

La Laparotomía de Segunda Mirada aún es de experiencia limitada pero los hallazgos durante la misma pueden ayudar a predecir el comportamiento de la enfermedad y tener un papel importante en el manejo de estas pacientes (7).

La principal vía de diseminación del tumor es transcelómica, -- con extensión a la superficie peritoneal y órganos pélvicos. En las recurrencias pueden ser en muchos sitios, ya sea en abdomen o metástasis a distancia y se registra en un elevado porcentaje a corto y mediano plazo (16,18,21,23), aún en etapas tempranas.



### 3.- CRITERIO DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION POR ETAPAS.

TABLA I

#### CRITERIO PARA DIAGNOSTICO HISTOLOGICO DE CARCINOMA PRIMARIO DE TROMPA DE FALOPIO.

- 
- 1.- El tumor principal se encuentra en la trompa y se origina del endosalpinx.
  - 2.- Histológicamente el patrón reproduce el epitelio de la mucosa y a menudo muestra un patrón papilar.
  - 3.- Si está invadida la pared, la transición entre epitelio tubario benigno y maligno debe ser demostrable.
  - 4.- Los ovarios y el endometrio son -- normales o contienen menor tumor -- que la trompa.
- 

Seguido por Hu et al, Sedlis y Yoonesi.

TABLA 2

## ETAPIFICACION DEL CARCINOMA DE LA TROMPA DE FALOPIO

ETAPA	DESCRIPCION
I.	Crecimiento limitado a las trompas.
IA	Crecimiento limitado a una trompa.
IB	Crecimiento limitado a ambas trompas.
IC	Tumor en Etapas IA o IB pero con ascitis o lavado peritoneal positivo.
II.	Crecimiento abarcando una o ambas trompas con extensión pélvica.
IIA	Extensión y/o metástasis a el útero y/o ovarios.
IIB	Extensión a otras estructuras pélvicas.
IIC	Tumor en Etapas IIA o IIB pero con ascitis o lavado peritoneal positivo.
III.	Crecimiento abarcando una o ambas trompas con metástasis intraperitoneal fuera de la pelvis y/o ganglios retroperitoneales positivos.
IV.	Crecimiento abarcando una o ambas trompas con metástasis a distancia en órganos o tejidos fuera de la cavidad peritoneal.

4.- MATERIAL Y METODOS:

- a).- Se estudió en forma retrospectiva un caso clínico de Carcinoma Primario de la Trompa de Falopio ocurrido en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Veracruz.
- b).- Se revisó la bibliografía publicada sobre Carcinoma Primario de Trompa de Falopio - 1970 a 1988.
- c).- Se detallan las características anatómo--  
patológicas del caso clínico presentado.

Tratamiento estadístico:

El método de análisis será descriptivo.

5.- PRESENTACION DE UN CASO CLINICO.

G.M.T.

43 años.

AHP. Negativos a neoplasias malignas.

APnOP. Originaria de Playa Vicente, Veracruz; radicada en la actualidad en la Ciudad de Veracruz; de extracto socioeconómico medio con hábitos higiénico dietéticos regulares. Ama de casa. Escolaridad primaria. Toxicomanías negativas.

APP. Padeció enfermedades propias de la infancia. Quirúrgicos positivos: Laparotomía por embarazo extrauterino hace 20 años sin complicaciones.

AGO. Menarca 13 años, Ciclos 30 x 4. IVSA a los 18 años. Gesta III, ParaI, Embarazo Extrauterino I, Abortos I, C-O Sin método de planificación familiar.

PA. Cuadro clínico de un año y medio de evolución con dolor pélvico localizado en fosa ilíaca izquierda, tipo cólico, constante, con exacerbaciones con la menstruación, irradiado a hemiabdomen y muslo, con presencia de flujo transvaginal amarillento y prurito vulvar. Además padecía constipación crónica.

EF. De constitución delgada, con buen estado general, cardiorespiratorio asigmológico, abdomen con cicatriz quirúrgica antigua, blando y depresible, con dolor en la fosa ilíaca izquierda a la palpación media y profunda, sin tumoraciones ni visceromegalias. A la exploración ginecológica con espéculo genitales externos normales, cérvix sin lesión macroscópica aparente, Al tacto el útero en AVE, de forma y volumen normales, fijo, anexo derecho normal, anexo izquierdo muy doloroso, al parecer empastado, sin masa palpable.

Se consultó con los servicios de Urología y Gastroenterología sin encontrarse patología definida.

ESTA FICHA  
SALTA DE LA  
NO DEBE  
CANCELARSE

**EXAMENES PREOPERATORIOS REALIZADOS:**

- Exámenes básicos de laboratorio normales.
- Ultrasonido pélvico particular con diagnóstico de quiste de ovario izquierdo.
- Urografía excretora normal.
- Colon por enema con pérdida de la haustras en colon descendente.

PAP (26 Oct. 87) Clase II con reacción inflamatoria crónica.

**DIAGNOSTICOS PREVIOS A LA CIRUGIA:**

- Probable quiste de ovario izquierdo.
- Tumorción abdominopélvica VS adherencias postquirúrgicas.
- Probable mioma pediculado.

**OPERACION EFECTUADA:**

- Histerectomía Total Abdominal con Salpingooforectomía Izquierda. El Ovario derecho se encontró macroscópicamente normal.

**DIAGNOSTICOS POSTOPERATORIOS:**

- Miomatosis Subserosa.
- Hidrosalpinx Izquierdo.
- Quiste Paratubarios de Anexo Izquierdo.
- Adherencias Múltiples de Recto a cara posterior de Utero.

**RESULTADOS DE PATOLOGIA:****Descripción Macroscópica:**

- Utero con Anexo Izquierdo. El útero se encuentra deformado y aumentado de tamaño, mide 8 x 8 x 5 cm, la superficie se

rosa es grisácea, con congestión moderada y difusa; el cérvix -- mide 3 cm. de diámetro anteroposterior y 3 cm. de diámetro transversal, la mucosa externa es lisa y blanquecina, con discreta -- erosión periorificial; el orificio externo es central de 0.5 cm. Al corte el espesor del cérvix está constituido por tejido gris-blanquecino moderadamente firme, el canal endocervical parcialmente ocluido; la cavidad uterina colapsada y distorsionada, el endometrio es rojizo de 0.2 cm de espesor, el miometrio mide 1.7 cm. en una de sus caras y en él se identifica una estructura esférica de 4.5 cm de diámetro de localización intramural, subserosa, que se compone de tejido arremolinado y firme.

Por separado el anexo izquierdo; la trompa uterina mide 6 x 1 cm. la serosa es violácea, al corte la luz es aparente y ocupada por material gris rojizo que se acompaña de estructura quística pediculada de 3 cm. El ovario mide 3 x 2.5 x 1 cm., al corte muestra cuerpo amarillo hemorrágico de 1 cm.

#### Descripción Microscópica:

- Trompa izquierda se observa un patrón papilar en el epitelio del endosalpinx, con prolongaciones papilares concéntricas saliendo de la pared hacia el centro de lumen tubario; las papilas se encuentran cubiertas por algunas capas de epitelio columnar bajo atípico, con núcleos hiper cromáticos y abundantes mitosis. No se observa invasión de la muscular.

#### IMPRESION DIAGNOSTICA:

Adenocarcinoma Intraepitelial Poco Diferenciado de Trompa de Falopio Izquierda. Miomatosis uterina, Cervicitis Crónica, Ovario con cuerpo amarillo hemorrágico.

El curso postoperatorio de la paciente fue normal, dada de alta a los 6 días de la intervención quirúrgica.

Ha sido vista en Consulta Externa de Ginecología Oncológica -- encontrándose asintomática, sin datos de actividad tumoral, con PAP de control, PFH y Tele de Torax normales.

Debido a considerarse en una Etapa preinvasora (IA) se decidió observación de la paciente con consultas periódicas y hasta la fecha la paciente está bien sin recibir tratamiento adicional.

## 6.- DISCUSION:

Debido a la rareza de esta patologia, el diagnóstico preoperatorio correcto de la misma, generalmente no se realiza y como la sintomatologia es inespecifica y vaga, siempre ocurre un retraso en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de esta cantidad patológica. Los auxiliares de diagnóstico no suelen ser de mucha utilidad.

Sin embargo la mayoría de casos se descubren en Etapas tempranas, quizá debido a que los síntomas son aparentes. El dolor, -- que probablemente se deba a la distensión tubaria, hace que el paciente acuda a su médico.

Pese a su aceptación y al enfoque lógico que guarda la clasificación por etapas descrita en este trabajo, aún falta hacer modificaciones en la misma para que guarde una relación más fidedigna con el tratamiento y pronóstico.

Por desgracia, en el momento de la primera cirugía, en muchas ocasiones no se efectúa completa e incluso se establece el diagnóstico por el resultado de patologia hasta después del acto quirúrgico.

La necesidad de terapia adicional en el manejo, es evidente al apreciar la sobrevida a 5 y 10 años, que es con un porcentaje -- bajo; aún cuando el padecimiento se diagnostique en etapas tempranas, ya que las recurrencias son habituales.

La Radioterapia ha sido la más comunmente usada para esta enfermedad pero aún queda por determinar su utilidad. La Quimioterapia en etapas avanzadas o en recurrencias con Cis platinum combinado con otros agentes promete ser de gran utilidad.



## 7.- CONCLUSIONES:

El caso presentado es acorde en casi todos sus aspectos con lo dicho al respecto sobre esta patología.

La literatura mundial ha sido con estudios retrospectivos hasta la fecha, resaltando la necesidad de efectuar estudios prospectivos en los grandes centros hospitalarios, para un mejor conocimiento de la historia natural, aspectos clínicos y resultados de manejo de estos pacientes.

Cuando exista sospecha clínica, la evaluación debe ser más agresiva; efectuándose Laparotomía para ser más oportunos en el diagnóstico y tratamiento.

Frecuentemente el tumor no se reconoce por el aspecto en el momento de la cirugía, de ahí la necesidad de abrir y remover el contenido de la trompa al tiempo de la primera cirugía y asimismo efectuar una correcta etapificación, basada en una minuciosa exploración quirúrgica que incluya toma de biopsias y lavado del líquido peritoneal para citología.

Quizá la elevada frecuencia de recurrencias sea debido a una inadecuada valoración de la etapa clínica.

El papel del tratamiento complementario con Radioterapia y Quimioterapia aún está por aclararse.

## B.- B I B L I O G R A F I A .

1. Amendola, B; La Rouere, J; Amendola, M; Mc Clatchey, K; - Han, I: Adenocarcinoma of the fallopian tube. Surg Gynecol Obstet. 157:223, 1983.
2. Andrade, V.; y cols.: Carcinoma primario de la trompa de falopio. Presentacion de tres casos clinicos. Ginec Obstet Mex. 45:299, 1979.
3. Asmussen, M; Kaern, J; Kjoerstand, K; Wright, P; Abeler - V; Primary adenocarcinoma localized to the fallopian tubes: report of 33 cases. Gynecol Oncol. 30:183, 1988.
4. Brown, M; Kohorn, E; Dapp, D; Schwatz, P; Marino, M; Falloplan tube carcinoma. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 11:583 1985.
5. Donham, J; Mac Lennan, K; The management of primary carcinoma of the fallopian tube: experience of 40 cases. Cancer. 53:166, 1984.
6. Dodson, M.; et al: Aspects of teh fallopian tube carcinoma. Obstet Gynecol. 36:935, 1970.
7. Eddy, Gñ Copeland, L; Gershenson, D; Second look laparotomy in fallopian tube carcinoma. Gynecol Oncol. 19:182, -- 1984.
8. Eddy, G; Copeland, L; Gershenson, D; Atkinson, E; Fallo-- pian tube carcinoma. Obstet Gynecol. 64:546, 1984.
9. Gatto, V; Selim, M; Lankerani, M; Primary carcinoma of the fallopian tube in an adolescent. J Surg Oncol. 33:212, -- 1986.
10. Hee, P; Pagel, J; Primary carcinoma of the fallopian tube. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 25:131, 1987.
11. Henderson, S.; et al: Carcinoma of the fallopian tube. - Difficulties of the diagnosis and treatment. Gynecol Oncol. 5:168, 1977.
12. Hirai, Y; Kaky, Sñ Teshima, H; Chen, J; Hamada, T; Fujimoto, I:- Clinical study of primary carcinoma of the fallopian tube experience with 14 cases. Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi 39:2005, 1987.
13. Hirai, Y.; et al: Clinical and cytologic aspects of prima ry fallopian tube carcinoma. A report of ten cases. Acta Cytol. 31:834, 1987.
14. Johnston, G; et al: Primary malignancy of the fallopian - tube. A clinical review of 13 cases. J Surg Oncol. 24:304 1983.

15. Makinen, J; Grenman, S; Kleml, P: Diagnostic aspects of - primary tubal malignancy. Acta Obstet Gynecol Scang. 65: 507, 1986.
16. McMurray, E; Jacobs, A; Pérez, C; Camel, H; Kao, M: Carcinoma- of the fallopian tube. Management and sites of failure. Cáncer. 58:2070, 1986.
17. Márquez, B.; et al: Carcinoma primario de la trompa de - falopio. Gineco Obstet Méx. 45:311, 1979.
18. Maxson, W; Stehan, F; Ulbright, T; Sutton, G; Erhlich, C: Pri- mary carcinoma of the fallopian tube. Evidence for acti- vity of cis-platin combination therapy. Gynecol Oncol. - 26:305, 1987.
19. Meng, M; Gan, G; Scheng, S; Bao, Q; Jung, Z; Diagnosis of prima- ry adenocarcinoma of the fallopian tube. J Cancer Res - Clin Oncol. 110:136, 1985.
20. Novak, E.R.; Seegar, J.G.; Tratado de Ginecología. Edit. - Interamericana. Baltimore, M. 1977, Pag. 423.
21. Peters, III, W.; et al: Prognostic Features of Carcinoma- of the Fallopian tube. Obstet Gynecol. 71:757, 1988.
22. Podrtatz, K; Podoczasky, E; Gaffey, T; O'Brien, P; Schray, M: Pri- mary carcinoma of the fallopian tube. Am J Obstet Gyne- col. 154:1319, 1986.
23. Roberts, J.; et al.: Primary adenocarcinoma of the fallo- pian tube. Gynecol Oncol. 13:301, 1982.
24. Schiller, H.; et al: Staging and prognosis in primary car- cinoma of the fallopian tube. Cancer. 28:389, 1971.
25. Semrad, N; Watringn, W; Fu, Y; Hallatt, J; Ryoo, M; Lagasse, L; Fallopian tube adenocarcinoma. Common extraperitoneal re- currence. Gynecol. Oncol. 24:230, 1986.
26. Takashina, T; Ito, E; Kudo, R: Cytologic diagnosis of prima- ry tubal cáncer. Acta Cytol. (Baltimore). 29:367, 1985.
27. Telinde, R.W.; Mattingly, R.: Carcinoma de las trompas de Falopio. Ginecología Operatoria, 5a ed., Edit. Al Ateneo Baltimore, M. 1977, Pág. 732.
28. Wong, W.; et al: Surgery and Radiotherapy in the treat- ment of primary carcinoma of the fallopian tube. Report of 18 cases. Aust NZ J Obstet Gynecol. 25:211, 1985.

29. Yamamoto, K.; et al.: Ultrasonic evaluation of fallopian tube carcinoma. *Gynecol Obstet Invest.* 25:202, 1988.