

11217
134



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3.

**CARCINOMA DE TROMPA DE FALOPIO.
CUADRO CLINICO, DIAGNOSTICO
Y TRATAMIENTO.**

TESIS DE POSTGRADO



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
PARA OBTENER EL TITULO DE LA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

P R E S E N T A

DR. MIGUEL DANIEL JIMENEZ CANSECO



[Handwritten signature]

ASESOR
DRA. ROSA MARIA PATLAN PEREZ



[Handwritten signature]

MEXICO D. CENTRO MEDICO LA RAZA
Hosp. de Gineco-Obstetricia
Instituto de Enseñanza e Investigación

DICIEMBRE 2000

**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.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS:

Por darme la vida, mi familia y mi carrera, a través de la cuales conocer a la mujer en todas sus etapas.

A MI ESPOSA:

Violeta, la cual es testigo de los logros durante mi especialidad y que me ha dado dos tesoros: Jocelyn e Ixchel mis hijas, a quienes adoro y son el motivo para continuar adelante.

A MIS PADRES:

Por sus consejos y apoyo en todos los momentos de mi vida.

A MIS MAESTROS:

Por su ejemplo y conocimientos transmitidos en forma desinteresada durante estos años.

A MI ASESOR DE TESIS:

Dra. Rosa María Patlán Pérez por su gran apoyo, consejos y confianza para la realización de este proyecto.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE:

I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	6
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
IV. OBJETIVO GENERAL.....	7
V. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	7
VI. MATERIALES Y MÉTODOS.....	9
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	9
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	10
IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.....	10
DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	11
METODOLOGÍA.....	13
VII. RESULTADOS.....	14
VIII. CONCLUSIONES.....	15
ANEXO I.....	18
ANEXO II (Gráficas).....	19
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	26

I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

El cáncer de las tubas uterinas es un evento raro. Representa menos del 1 % de las neoplasias del tracto genital femenino; su incidencia varía del 0.15 al 1.8 % (1,2,3,4) y se presenta con más frecuencia durante la 5ª a 6ª década de la vida; con una edad promedio entre 54 a 57 años, (5,6,7,).

Su baja incidencia se ha atribuido a la rareza de esta patología, y posiblemente debido a la dificultad de realizar su diagnóstico previamente a su procedimiento quirúrgico, en contraste con los tumores de ovario.

El cáncer de trompa de Falopio fue descrito por primera vez por Renaud en 1846 y posteriormente por Rokitansky en 1861, (4,8). En 1950 Hu realiza la distinción patológica del Carcinoma de trompa de Falopio, (2,4).

En 1991 la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) propone una clasificación clínica y patológica del cáncer de trompa de Falopio, siendo esta la base para su manejo, (4).

Los síntomas frecuentemente asociados al cáncer de trompa de Falopio son: el dolor pélvico, masa abdominal o pélvica y el sangrado vaginal; la frecuencia de presentación de estos varía en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cada una de las series reportadas, (4,7,9). Tomando en cuenta que estos 3 síntomas constituyen la "triada de Latzco". El sangrado vaginal varía de un 50 a 61%, el dolor pélvico de 30 a 49% y el tumor pélvico palpable un 12 a 61%; Jereczek y cols. Reportan un porcentaje del 76%, 30% y 30% respectivamente, (10). El "Hidrops tubae profluens" es un síndrome caracterizado por descarga vaginal serosa amarilla asociada a dolor cólico en abdomen bajo el cual es patognomónico de cáncer de trompa de Falopio, (4). Aproximadamente un 10 a 14% de las pacientes cursan asintomáticas, (4,10).

Rara vez se realiza el diagnóstico de cáncer de trompa de Falopio en el preoperatorio; generalmente éste se debe a sospecha de tumor de ovario, leiomioma, cáncer endometrial, abscesos tuboováricos o endometrioma, (6, 10); en las series reportadas, el diagnóstico se realizó en el posoperatorio en un 90 a 98%, (4).

La biopsia de endometrio ha sido positiva en solo 15% de los casos, (10), y el Papanicolaou ha mostrado alteraciones en un 18% de los casos, (9).

La valoración ultrasonográfica no es específica para el diagnóstico de cáncer de trompa de Falopio ya que una masa anexial sólida, quística o mixta semeja patología ovárica, la cual es más frecuente, (4).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La diseminación del cáncer de trompa de Falopio es principalmente intraperitoneal a través del ostium tubárico y posteriormente a través de la vía linfática hacia ganglios paraaorticos o del ligamento redondo a los ganglios inguinales, (4).

El tipo histológico más frecuentemente encontrado es el adenocarcinoma papilar seroso (1), generalmente unilateral aunque se han descrito en forma bilateral en un 10 a 25% de los casos. En menor proporción se han encontrado adenocarcinomas de células claras, mixtos y endometroide, se han reportado casos de sarcoma, la mayoría constituidos por un tipo mixto Mulleriano.

Podratz y cols, reportan 47 pacientes con cáncer de trompa de Falopio en los que identificaron 43 adenocarcinomas, 2 adenocarcinomas de células claras y 2 tumores mixtos Mullerianos con componente adenocarcinomatoso, (12).

Los datos histológicos necesarios para considerar un cáncer primario de trompa de Falopio fueron descritos en 1950 por Hu:

- 1) El tumor principal se encuentra en la salpinx y surge a partir del endosalpinx.
- 2) Los rasgos histológicos reproducen un patrón tubárico.
- 3) Si está involucrada la pared, debe reconocerse la transición del epitelio tubárico benigno y maligno.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4) La salpínge tiene la mayoría del tumor que el ovario y el útero, (2,4,8).

El manejo quirúrgico del cáncer de trompa de Falopio es similar al cáncer epitelial del ovario, el cual consiste en lavado peritoneal, histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral, omentectomía y disección de ganglios pélvicos, (1,4). Un 41% de las pacientes se han encontrado en estadio 0, I y II; un 53% en estadio III; y el restante 6% en estadio IV,(9).

La sobrevida a 5 años para el estadio I se ha reportado en un 60 a 80%, el cual disminuye a un 29% si hay progresión de la enfermedad y si la enfermedad residual excede 2 cms,(7). La presencia de lavado peritoneal positivo muestra un 20% de sobrevida a 5 años; si éste es negativo se incrementa a un 67%,(13).

Debido al poco número de casos de cáncer de trompa de Falopio no se han realizado estudios controlados del manejo con quimioterapia. Se han administrado agentes alquilantes en etapas tempranas, principalmente Ciclofosfamida, menfalan y Cloranbucil; más recientemente se ha utilizado Cisplatino con resultados favorables como agente único,(13). Cormio y cols reportan 21 pacientes sometidas a laparotomía de segunda mirada, las cuales recibieron previamente 6 ciclos de quimioterapia con Cisplatino,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Doxorrubicina y Ciclofosfamida (CAP), de las cuales 13 pacientes (62%), fueron negativas,(5).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II. JUSTIFICACIÓN.

El cáncer de trompa de Falopio es un enigma en la patología oncológica, representando del 0.3 al 1% de los cánceres ginecológicos.

Siendo pocos el número de casos comentados, y por lo tanto, poco lo publicado acerca de éstos. La tuba uterina es un sitio poco común de origen de cáncer genital, aunque el área de superficie es mayor a la del ovario, en éste último surgen 20 veces más carcinomas que en la trompa. Siendo difícil determinar el sitio de origen del tumor, una masa sólida o quística tuboovárica, lo que dificulta la realización del diagnóstico preoperatorio del carcinoma de trompa de Falopio.

Por lo que es de gran importancia conocer las características clínica y evolución del cáncer de trompa de Falopio, para realizar un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado e intervenir tempranamente en la historia natural de la enfermedad.

En base a lo anterior, los resultados obtenidos contribuyen a mejorar el diagnóstico y tratamiento de las pacientes con carcinoma de trompa de Falopio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las características clínicas, anatomopatológicas y evolución de las pacientes con diagnóstico de Carcinoma de trompa de Falopio tratadas en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del Centro Médico “La Raza”?

IV. OBJETIVO GENERAL.

Describir las características clínicas, criterios anatomopatológicos, evolución y tratamiento de las paciente con Carcinoma de trompa de Falopio, atendidas en el Hospital de Ginecoobstetrica No. 3 del Centro Médico Nacional “La Raza” del I.M.S.S. en los últimos 5 años.

V. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Describir las características clínicas de las pacientes con carcinoma de trompa de Falopio, atendidas en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional “La Raza” del I.M.S.S en los últimos 5 años.
2. Describir los criterios histopatológicos de diagnóstico de carcinoma de trompa de Falopio, en las pacientes atendidas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las características clínicas, anatomopatológicas y evolución de las pacientes con diagnóstico de Carcinoma de trompa de Falopio tratadas en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del Centro Médico “La Raza”?

IV. OBJETIVO GENERAL.

Describir las características clínicas, criterios anatomopatológicos, evolución y tratamiento de las paciente con Carcinoma de trompa de Falopio, atendidas en el Hospital de Ginecoobstetrica No. 3 del Centro Médico Nacional “La Raza” del I.M.S.S. en los últimos 5 años.

V. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Describir las características clínicas de las pacientes con carcinoma de trompa de Falopio, atendidas en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional “La Raza” del I.M.S.S en los últimos 5 años.
2. Describir los criterios histopatológicos de diagnóstico de carcinoma de trompa de Falopio, en las pacientes atendidas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las características clínicas, anatomopatológicas y evolución de las pacientes con diagnóstico de Carcinoma de trompa de Falopio tratadas en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del Centro Médico "La Raza"?

IV. OBJETIVO GENERAL.

Describir las características clínicas, criterios anatomopatológicos, evolución y tratamiento de las paciente con Carcinoma de trompa de Falopio, atendidas en el Hospital de Ginecoobstetrica No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza" del I.M.S.S. en los últimos 5 años.

V. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Describir las características clínicas de las pacientes con carcinoma de trompa de Falopio, atendidas en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza" del I.M.S.S en los últimos 5 años.
2. Describir los criterios histopatológicos de diagnóstico de carcinoma de trompa de Falopio, en las pacientes atendidas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza" del I.M.S.S. en los últimos 5 años.

3. Describir el manejo de las pacientes con carcinoma de trompa de Falopio, atendidas en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza" del I.M.S.S. en los últimos 5 años.
4. Describir la evolución clínica de las pacientes con carcinoma de Trompa de Falopio, atendidas en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza" del I.M.S.S. en los últimos 5 años.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VI. MATERIALES Y METODOS.

Se efectuó un estudio clínico, observacional y retrospectivo.

La población de estudio comprendió a aquellas pacientes atendidas en el servicio de Oncología del Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza" con diagnóstico de carcinoma de trompa de Falopio en el periodo comprendido del 1° de enero de 1995 al 31 de diciembre de 1999. Se recabaron del expediente los datos clínicos asociados a cáncer de trompa de Falopio como son: dolor pélvico, tumor pélvico y sangrado transvaginal, características histológicas, estadificación quirúrgica y tratamiento.

Se valoró la evolución de la paciente posterior al procedimiento quirúrgico realizado, tratamiento adyuvante, así como, recidiva e intervalo libre de enfermedad durante el seguimiento clínico.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Pacientes con diagnóstico histopatológico de carcinoma de trompa de Falopio atendidas durante el periodo de estudio.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

1. Pacientes con expediente clínico incompleto.
2. Pacientes que hayan abandonado su protocolo de estudio y manejo.

IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.

UNIVERSALES. Edad de la paciente

Dolor pélvico

Tumor pélvico

Sangrado transvaginal

Estadificación quirúrgica

Tipo histológico

Tratamiento adyuvante

Intervalo libre de enfermedad

DEPENDIENTE. Carcinoma de trompa de Falopio.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DEFINICIÓN DE VARIABLES.

1. **EDAD.** Es una variable cuantitativa con escala de medición continua expresada en años.
2. **DOLOR PÉLVICO.** Síntoma referido por la paciente como sensación dolorosa localizada en abdomen bajo. Siendo una variable cualitativa con escala de medición dicotómica.
3. **TUMOR PÉLVICO.** Es la presencia de masa en hueso pélvico, delimitada o no clínicamente y corroborada por ultrasonido pélvico. Es una variable cualitativa con escala de medición dicotómica.
4. **SANGRADO VAGINAL ANORMAL.** Síntoma referido por la paciente, que expresa la pérdida de sangre a través de la vagina fuera de la menstruación. Es una variable cualitativa con escala de medición dicotómica.
5. **ESTADIFICACION QUIRÚRGICA.** Indica la extensión de la enfermedad neoplásica. Es una variable cuantitativa con escala de medición continua.
6. **TIPO HISTOLOGICO.** Se obtuvo de los reportes histológicos. Los tipos histológicos reportados en la literatura son: adenocarcinoma; carcinoma de células claras, endometroide y adenoescamoso; sarcoma; coriocarcinoma y

teratoma maligno. Es una variable cualitativa con escala de medición dicotómica.

7. TRATAMIENTO ADYUVANTE. Es el tratamiento subsecuente al manejo quirúrgico establecido por el servicio de Oncología. Es una variable cualitativa dicotómica.
8. INTERVALO LIBRE DE ENFERMEDAD. Es el tiempo durante el cual se encuentra sin actividad tumoral demostrable. Es una variable continua con escala de medición expresada en años.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

METODOLOGÍA

Se identificaron aquellas pacientes con carcinoma de trompa de Falopio diagnosticadas durante el periodo comprendido del 1° de enero de 1995 al 31 de diciembre de 1999, a través del archivo de Patología del Hospital de Ginecoobstetricia no. 3 del Centro Medico "La Raza".

Se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes con diagnóstico de carcinoma de trompa de Falopio, analizando cada una de las variables de estudio y se vaciaron en un formato especial (Anexo 1).

Para el análisis estadístico se utilizaron para las variables paramétricas medidas de tendencia central y dispersión; para las variables no paramétricas se utilizaron porcentajes.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

VII. RESULTADOS

La incidencia encontrada de cáncer de trompa de Falopio en nuestra población estudiada, correspondió al 0.21 % de las neoplasias ginecológicas.

Se incluyeron 3 pacientes en el estudio con un promedio de edad de 47 años, un rango de 45 a 50 años. Las 3 paciente no presentaron ataque al estado general ni pérdida de peso.

La sintomatología presentada fue dolor pélvico en una paciente (33 %) y tumor pélvico en las 3 pacientes (100%) (gráfica 1).

Al total de pacientes estudiadas les fue realizado ultrasonido pélvico corroborando el diagnóstico de tumor pélvico (Gráfica 2); también les fue realizado estudio de Papanicolaou encontrándose sin patología. (Gráfica 3).

El procedimiento quirúrgico realizado al total de pacientes consistió en la Histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral, omentectomía y lavado peritoneal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El tipo histológico encontrado fue el adenocarcinoma seroso moderadamente diferenciado en 2 pacientes, de variedad endometroide y de tipo seroso; en una paciente se encontro un adenocarcinoma bien diferenciado. (Gráfica 4)

Se encontraron a las pacientes en estadios iniciales tipo I y II y una paciente no fue clasificada por manejo inicial fuera de la unidad. (Gráfica 5). El tratamiento adyuvante manejado fue la quimioterapia, con un solo agente en una paciente, a base de Cisplatino y en las 2 restantes combinada con Cisplatino y Ciclofosfamida. (Gráfica 6).

La evolución de la paciente libre en enfermedad al momento de estudio fue mayor a 5 años en una paciente (33%) y el restante (66%) de 2 a 5 años. (Gráfica 7).

VIII. CONCLUSIONES:

- I. La incidencia encontrada en nuestro estudio correspondió al 0.21%, la cual si la comparamos con los reportes de la literatura mundial es menor (0.3 a 1%).
- II. Considerándose una patología rara, poco común, sin embargo debe de ser un diagnostico diferencial de otras neoplasias de origen ginecológico, ya que el cuadro clínico, síntomas y evolución es similar, debido a el origen embrionario del aparato

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El tipo histológico encontrado fue el adenocarcinoma seroso moderadamente diferenciado en 2 pacientes, de variedad endometroide y de tipo seroso; en una paciente se encontro un adenocarcinoma bien diferenciado. (Gráfica 4)

Se encontraron a las pacientes en estadios iniciales tipo I y II y una paciente no fue clasificada por manejo inicial fuera de la unidad. (Gráfica 5). El tratamiento adyuvante manejado fue la quimioterapia, con un solo agente en una paciente, a base de Cisplatino y en las 2 restantes combinada con Cisplatino y Ciclofosfamida. (Gráfica 6).

La evolución de la paciente libre en enfermedad al momento de estudio fue mayor a 5 años en una paciente (33%) y el restante (66%) de 2 a 5 años. (Gráfica 7).

VIII. CONCLUSIONES:

- I. La incidencia encontrada en nuestro estudio correspondió al 0.21%, la cual si la comparamos con los reportes de la literatura mundial es menor (0.3 a 1%).
- II. Considerándose una patología rara, poco común, sin embargo debe de ser un diagnostico diferencial de otras neoplasias de origen ginecológico, ya que el cuadro clínico, síntomas y evolución es similar, debido a el origen embrionario del aparato

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

reproductor femenino y su diseminación transcelómica.

- III. Así como los reportes de la literatura, en etapas tempranas la sobrevida y periodo libre de enfermedad es mejor, sin embargo la gran mayoría de los casos reportados se encuentra en etapas avanzadas, menor sobrevida y mayor mortalidad. En nuestro estudio se encontraron 2 de nuestras pacientes en etapas tempranas (I,II), con un periodo libre de enfermedad de 5 años, confirmándose los estudios reportados.
- IV. El tratamiento de elección en esta patología es quirúrgico, realizándose el procedimiento antes descrito, encontrándose los mejores resultados en sobrevida y periodo libre de enfermedad, sobre todo en etapas tempranas (I, II), que en etapas avanzadas (III,IV). Se han realizado estudios con agentes quimioterapéuticos sistémicos solo y combinados para tratamiento adyuvante sobre todo en etapas avanzadas; sin embargo, hasta el momento actual ninguno ha logrado mejorar la sobrevida y periodo libre de enfermedad, lo cual se confirma en nuestro estudio.
- V. Una de las bases fundamentales para el diagnóstico diferencial son las características

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

histológicas que deben ser consideradas para poder determinar el origen primario de la neoplasia de trompa de Falopio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Clave. _____

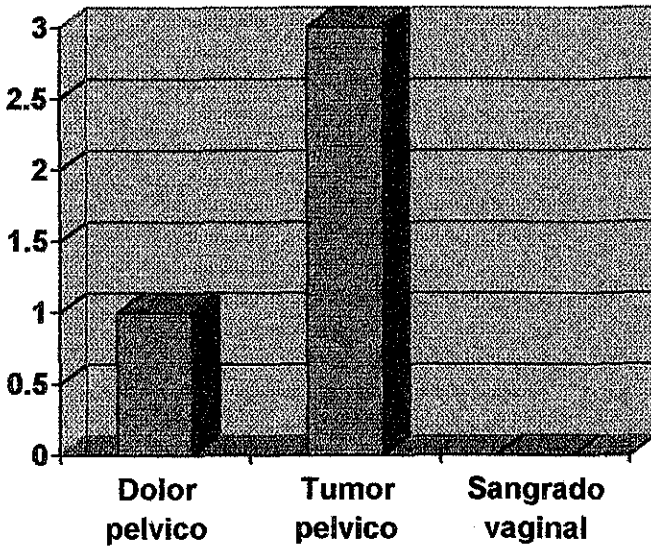
1. Edad (años).
2. Ataque al estado general. a) sí b) no
3. Pérdida de peso. a) sí b) no
4. Sintomatología. a) dolor pélvico b) tumor pélvico c) sangrado vaginal
5. Estudios de Gabinete a) USG b) T.A.C.
6. Biopsia de endometrio. a) sin patología b) con patología
7. Papanicolaou. a) sin patología b) con patología
8. Procedimiento quirúrgico. a) sí b) no
En qué consistió? _____
9. Tipo Histológico a) carcinoma Que tipo? _____
 b) sarcoma Que tipo? _____
 c) Otro.
10. Estadificación quirúrgica. a) I b) II c) III d) IV
11. Quimioterapia a) un solo agente b) combinada c) no
Tipo de agente. _____
12. Recidiva. a) sí b) no
13. Intervalo libre de enfermedad.
a) menor a 2 años b) 2 a 5 años c) mayor a 5 años

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2

GRAFICA 1

SINTOMATOLOGIA

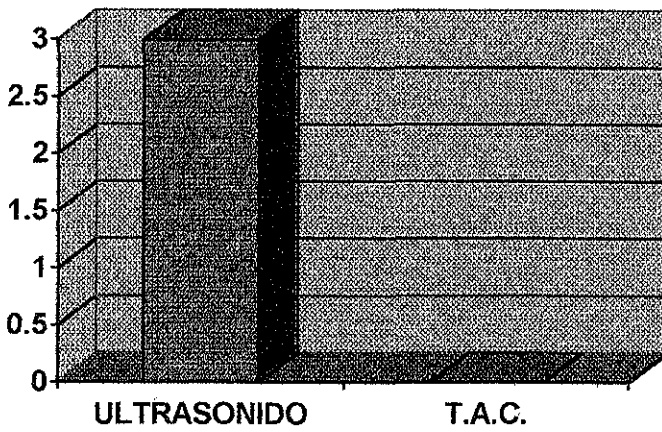


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

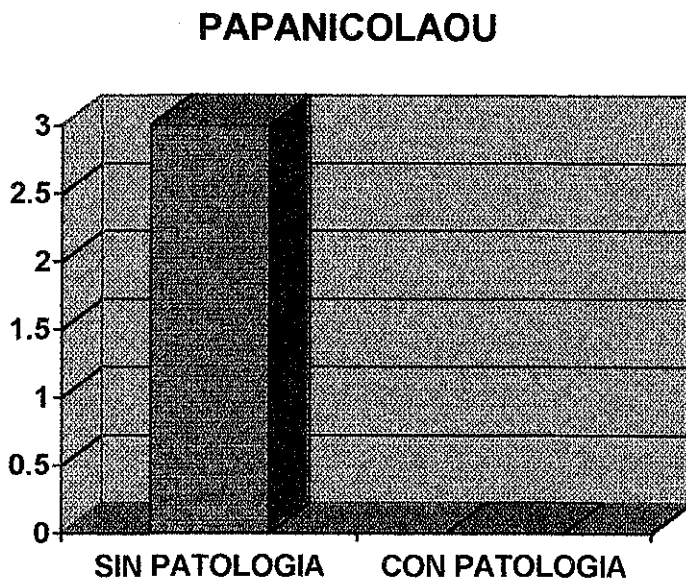
GRAFICA 2

ESTUDIOS DE GABINETE



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

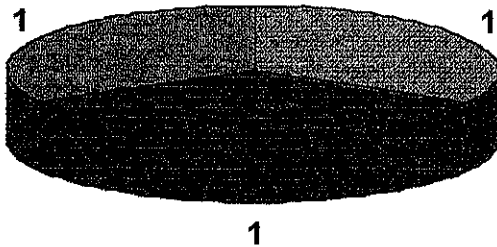
GRAFICA 3.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 4.

TIPO HISTOLOGICO

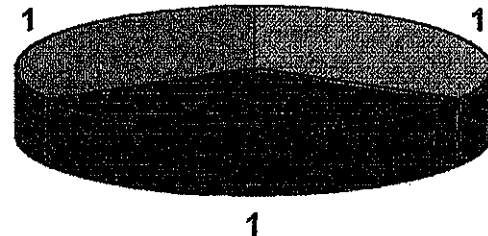


- Adenocarcinoma seroso moderadamente diferenciado
- Adenocarcinoma bien diferenciado
- Adenocacinoma moderadamente diferenciado tipo endometroide

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

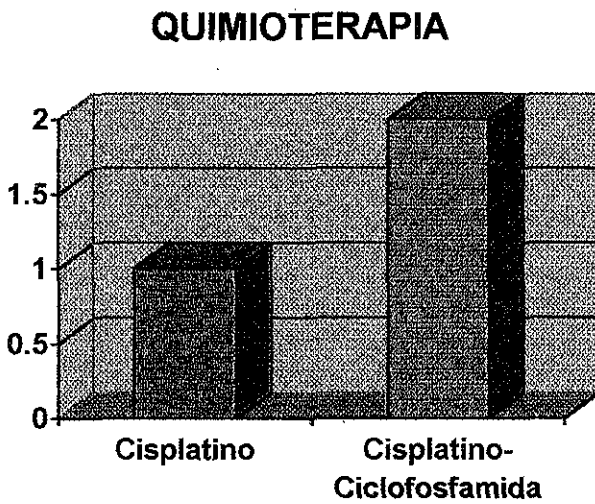
GRAFICA 5.

ESTADIFICACION QUIRURGICA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

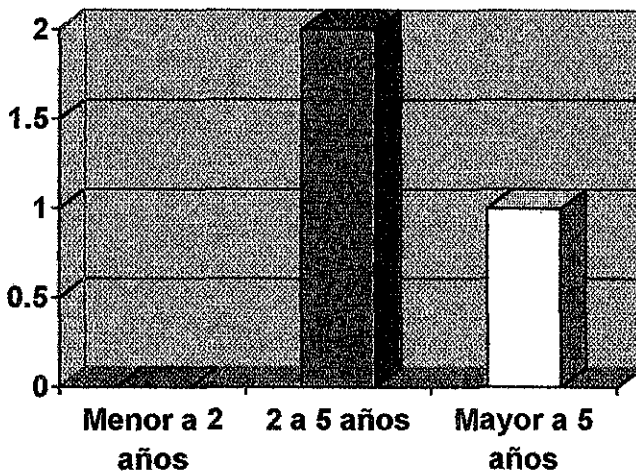
GRAFICA 6



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 7.

INTERVALO LIBRE DE ENFERMEDAD



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IX. BIBLIOGRAFÍA.

1. Fujiwaki, R; Takanashi, K; Ryuko, K. Primary endometroid carcinoma of fallopian tube. *Acta osbt Gynecol Scand.* 1996; 75: 508-510.
2. Borghi, L; Ballota, M; Bianchini, E. Primary carcinoma of Fallopian tube: experiences of six cases. *E. J. Obst & Gynecol and Reprod Biology.* 1994; 57: 161-166.
3. Eddy, G L; Copeland, L J; Gershenson, D M. Fallopian tube Carcinoma. *Obstetrics & Gynecol.* 1984; 64 (4): 546-552.
4. Nordin, A J. Primary Carcinoma of the Fallopian tube: a 20 years literature review. *Obstetrics and Gynecol. Surv.* 1994; 49 (5): 349-361.
5. Cormio, G; Gabriele, A; Maneo, A. Second-look laparotomy in the management of fallopian tube carcinoma. *Acta Obst Ginecol Scand.* 1997; 76: 369-372.
6. Navani, s; Alvarado-Cabrero, I; Young, RH. Endometroid Carcinoma of the Fallopian tube: A clinicopathologic analisis of 26 cases. *Gynecol Oncol.* 1996; 63: 371-378.
7. Kojs, Z; Urbanski, K; Reinfuss, M; Whole abdominal external beam radiation in the treatment of primary carcinoma of the tube. *Gynecol Oncol.* 1997, 65: 473-477.
8. Hinojosa, Ramiro, Ceballos, Rafael. Carcinoma de trompa de Falopio. Presentación de 2 casos. *Ginec Obst Mex.* 1996; 64: 463-466.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9. Harrison, CR; Averette, HE; Jarrel MA. Carcinoma of the Fallopian tube; Clinical Management. Gynecol Oncol. 1989; 32: 357-359.
10. Jereczec, B; Jassem, J; Kobierska, A. Primary cancer of the fallopian tube. Report of 26 patients. Acta Obst Gynecol Scand. 1996; 75: 281-286.
11. Di Re, E; Grosso, G; Raspagliesi, F. Fallopian tube cancer: Incidence and role of linphatic spread. Gynecol Oncol. 1996; 62: 199-202.
12. podratz, K; Podczaski, E; Gaffey, T. Primary carcinoma of the fallopian tube. Am J. Obst Gynecol. 1986; 154(6): 1319-1326.
13. Piver,S. Handbook of Gynecologic Oncology. 1996; 2a. ed.: 67-76.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN