



11217 22
21

Universidad Nacional Autónoma de México
División de Estudios de Posgrado
FACULTAD DE MEDICINA

**CARCINOMA
PRIMARIO DE LA TROMPA UTERINA**

REVISION DE LA LITERATURA MUNDIAL DE 1886 A 1992

- INFORME DE DOS CASOS -

TESIS DE POSTGRADO

**Que para obtener el grado de Especialista en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
presenta el Dr. Pedro Gutiérrez Chablé**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1947



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

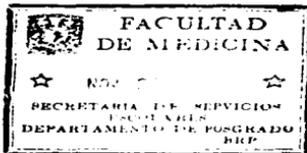


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.





Universidad Nacional Autónoma de México
División de Estudios de Posgrado
FACULTAD DE MEDICINA

Hospital Sede:	Hospital Español de México.
Jefe de Curso:	Dr. Efraín Vázquez Benítez.
Director de Tesis:	Dr. Enrique Gutiérrez Murillo.
Jefe de Enseñanza:	Dr. Alfredo Sierra Unzueta.

TESIS

Que para obtener el grado de Especialista en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
presenta el Dr. Pedro Gutiérrez Chablé

DEDICATORIA

A MI ESPOSA **ARCELIA** CON ESPECIAL CARÍÑO POR SU AMOR
COMPRESION Y PACIENCIA DURANTE TODOS ESTOS AÑOS

A mis padres **PEDRO** y **AIDA** y a mi hermana **ARACELLY DEL CARMEN**
por el apoyo y el cariño brindados durante toda mi preparación profesional

A mis hijos **PEDRO, PABLO** y **LUZ DEL ALBA** a quienes no sé si los quiero
por que los necesito o si los necesito porque los quiero... aunque yo creo
que los quiero y los necesito.

A todos mis maestros, en especial a los Doctores **ALFONSO ALVARES BRAVO**
EFRAIN VAZQUEZ BENITEZ y **ENRIQUE GUTIERREZ MURILLO**

A mis companeros de generación, particularmente aquellos que compartieron
" el hogar " (la residencia) durante los dias de guardia.

AGRADECIMIENTOS

Quedo eternamente agradecido con mi querido maestro, el SR. DR. Don Enrique Gutierrez Murillo por sus enseñanzas durante mi formación como especialista y por sus acertadas orientaciones en la realización de esta Tesis

Mis más merecidas gracias a la srta Isabel Ballesteros Carpio por su paciencia, su valioso tiempo y su entusiasmo en la transcripción y corrección del borrador.

Gracias también a mis compañeros de generación y en forma particular a los Dres. José Antonio Rivas García, Salvador Sanjuan Santos y Francisco Flores Ojeto, ya que también pusieron su granito de arena con algunas observaciones.

**CARCINOMA
PRIMARIO DE LA TROMPA UTERINA**

REVISION DE LA LITERATURA MUNDIAL DE 1886 A 1992

— INFORME DE DOS CASOS —

INDICE GENERAL

CONCEPTOS GENERALES	Pag. 6
----------------------------------	---------------

PRIMERA PARTE

INTRODUCCION	Pag. 8
ANATOMIA DE LA TROMPA UTERINA	Pag. 10
EMBRIOLOGIA DE LA TROMPA UTERINA	Pag. 16
DATOS HISTORICOS	Pag. 20
CASOS DE CARCINOMA PRIMARIO DE LA TROMPA UTERINA PUBLICADOS EN LA REPUBLICA MEXICANA	Pag. 25

SEGUNDA PARTE

ANATOMIA PATOLOGICA DEL CARCINOMA PRIMARIO DE LA TROMPA UTERINA

CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS	Pag. 26
ASPECTOS MICROSCOPICOS Y CLASIFICACION HISTOLOGICA	Pag. 30
CLASIFICACION POR ESTADIOS	Pag. 32
PROPAGACION Y METASTASIS	Pag. 36
ETIOLOGIA DEL CARCINOMA PRIMARIO TUBARIO	Pag. 37

TERCERA PARTE
ASPECTOS CLINICOS DEL CARCINOMA PRIMARIO DE LA TROMPA
UTERINA

FRECUENCIA	Pag. 40
EDAD	Pag. 43
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	Pag. 47
SINTOMATOLOGIA	Pag. 49
HALLAZGOS A LA EXPLORACION FISICA	Pag. 53
DIAGNOSTICO	Pag. 56
METODOS DIAGNOSTICOS AUXILIARES	Pag. 58
PRONOSTICO	Pag. 65

CUARTA PARTE

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA PRIMARIO DE LA TROMPA UTERINA ..	Pag. 68
QUIMIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA PRIMARIO TUBARIO	Pag. 72

QUINTA PARTE

INFORME DE CASOS	Pag. I
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	Pag. III

"Varias circunstancias conspiran en esta afección para que el diagnóstico no sea formulado en la mayoría de las pacientes con la precocidad que fuera de desear. Por ello es que debemos prestar atención especial al diagnóstico de estos casos, tratando de descubrir cual de los tres actores del drama - LA ENFERMEDAD, LA ENFERMA ó EL MEDICO - lleva sobre sí la mayor responsabilidad en la demora ya que, si bien es cierto que en algunas circunstancias la escasez y vaguedad de la sintomatología son culpables de la demora del diagnóstico, otras veces es la enferma y muchas veces el médico que no enfoca el planteo semiológico con la debida precisión, seguramente porque pocas veces se piensa en lo que no se ha visto nunca".

DR. JUAN CARLOS AHUMADA

CONCEPTOS GENERALES

Las neoplasias malignas de la trompa uterina pueden ser **PRIMARIAS** ó **SECUNDARIAS**, ocurriendo el hecho paradójico de que mientras los tumores secundarios o metastásicos de éste órgano se conocían ya en 1775, la localización primaria llegó incluso a ser negada por autores de reconocida seriedad como **COURTY** en 1881 y **SCHROEDER** en 1889⁽¹⁾. Los tumores malignos primarios de la trompa uterina son en la mayoría de los casos de estirpe epitelial, o sea, **CARCINOMAS**, predominando en el 98% de los casos los de tipo glandular, es decir **LOS ADENOCARCINOMAS**. Las otras variedades histológicas de estirpe epitelial se han encontrado en muy contadas ocasiones.

En la literatura mundial solo se han reportado dos casos de carcinoma primario epidermoide (escamoso); un caso de **MALINAK**⁽²⁾ y un caso de **BLOCK**⁽³⁾. Tres casos de carcinoma primario adenoescamoso; un caso de **WEISS**⁽⁴⁾, un caso de **IMM**⁽⁵⁾ y un caso de **MOORE**⁽⁶⁾. Un solo caso de adenocarcinoma primario reportado por **CZERNOBILSKY**⁽⁷⁾ y un caso único de hemangiopericitoma primario reportado por **ROSS**⁽⁸⁾. Por lo que se refiere a las neoplasias primarias de la trompa uterina de estirpe conjuntiva, no se han reportado sarcomas puros. Se han publicado 29 casos de carcinosarcomas de los cuales los primeros 25 casos fueron

recopilados por O'TOOLE⁽⁹⁾ en una revisión de la literatura mundial y reportó un caso mas. El siguiente caso fué reportado por BUCHINO⁽¹⁰⁾ y los dos últimos casos reportados por SERAJ⁽¹¹⁾.

Para ser considerado un carcinoma de la trompa uterina como primario es requisito indispensable que reúna los criterios establecidos por HU y Cole,⁽¹²⁾ y que en la actualidad estan universalmente aceptados. Tales conceptos son los siguientes:

- 1) La mayor parte del tumor debe estar en la trompa uterina y surgir del endosálpinx.
- 2) La imágen histológica concordar con la original tubaria.
- 3) Si la pared tubaria está involucrada, la transición entre el epitelio benigno y el maligno debe ser demostrable.
- 4) La tuberculosis deberá haber sido excluida cuidadosamente.

Teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos que se encuentran reportados en la literatura mundial predominan los tumores de estirpe epitelial, en el presente trabajo nos referimos exclusivamente al **CARCINOMA PRIMARIO DE LA TROMPA UTERINA**

PRIMERA PARTE

INTRODUCCION (2.7)

La primera descripción exacta del oviducto humano fué hecha por GABRIELLE FALLOPIO en Venecia, Italia en el año de 1561 y publicada en sus "OBSERVACIONES ANATOMICAЕ" - único libro que publicó en vida - en el que lo designa con el nombre de "UTERI TUBA".

GABRIELLE FALLOPIO nació en Modena, Italia por el año de 1523. Descendiente de una noble familia italiana, antes de dedicarse al estudio de la Medicina fué asistente eclesiástico en la Catedral de su pueblo natal, aunque los detalles de esta etapa de su vida permanecen ignorados. Estudió Medicina en FERRARA, se hizo cirujano bajo la dirección de Antonio Musa Besarola y con Vesalio aprendió las técnicas que le permitieron realizar sus notables investigaciones anatómicas. En 1548 fué nombrado Profesor de Anatomía en la Universidad de Pisa a instancia del GRAN DUQUE de TOSCANA, COSME I de MEDICIS. Tres años después fué llamado al Senado de Venecia con el cargo de CIRUJANO, ANATOMISTA y BOTANICO de PADUA donde continuó sus importantes investigaciones. Murió de Pleuresía el 9 de octubre de 1562.

La colección de trabajos de FALLOPIO fué publicada en Venecia en 1606, en tres libros que abarcaron 24 tratados, conteniendo un total de 1500 páginas que, por supuesto, no solo se refieren al órgano que nos ocupa, sino que hizo además importantes contribuciones a los conocimientos de anatomía: la precisa descripción del clitoris, el sistema esquelético del feto, la epífisis de los huesos largos, introdujo al vocabulario anatómico la palabra "vagina" y "corpus luteum" refiriéndose a la estructura del cuerpo amarillo del ovario; algunos historiadores le acreditan el uso de la palabra "placenta", afirmó que las arterias umbilicales humanas son 2 y la vena 1; describió las vellosidades intestinales, la válvula ileocecal, el ligamento inguinal (conocido después como de POUFARD). Realizó una excelente descripción de la musculatura de la cabeza y de la órbita; describió 11 de los 12 pares craneales. Fué el primero en describir los conductos semicirculares, la cuerda del tímpano, la ventana redonda y la ventana oval, la comunicación del mastoideo con la cavidad timpánica, el etmoides, el esfenoides, el nervio troclear, etc. etc.

ANATOMIA DE LA TROMPA UTERINA (6)

Las trompas uterinas, oviductos o trompas de Fallopio, son dos órganos tubulares huecos, músculo membranosos y simétricos, cuya luz tapizada por una membrana mucosa pone en comunicación la cavidad endometrial con el interior del abdomen. No obstante ser un órgano de paso, representa en la fisiología de la fecundación un papel preponderante, ya que en ella se realiza habitualmente la unión de ambos gametos, se inicia la división del huevo y la nutrición del mismo.

SITUACION Y DIRECCION

Situadas en la pequeña pelvis entre el ligamento redondo que está por delante y el ovario que está por detrás, constituyen la aleta superior del ligamento ancho. Desde los ángulos uterinos, de donde nacen, siguen una dirección netamente transversal hacia la pared pelviana, pero antes de llegar a ella comienzan su incurvación progresiva hacia abajo y atrás, contorneando en parte al ovario y llegando a tener en sus porciones terminales la misma dirección que al nacer, aunque en sentido opuesto. De manera que los procesos que afectan la mitad externa de la trompa -es decir la ampolla y el pabellón- estarán ubicados en la hemipélvis posterior, junto con la hoja correspondiente del ligamento ancho, a la cual adhiere con particular predilección el peritoneo tubario en estos procesos. Cuando la lesión toma todo el órgano o cuando por su tamaño excede los límites de su lecho retrouterino, la trompa se hará perceptible al tacto por encima y a ambos lados del útero, hecho de observación frecuente en el carcinoma tubario.

CONFORMACION EXTERIOR Y RELACIONES

FALLOPIO comparaba el oviducto a una trompeta (tuba) de ahí el nombre de trompa que le dió y que lleva todavía en la actualidad. Se distinguen en la trompa de Fallopio tres partes:

- 1) **UNA EXTREMIDAD INTERNA, PORCION INTERSTICIAL ó INTRAPARIETAL** situada en el espesor mismo de la pared del útero, mide mas o menos 10 mm.

- 2) **UNA PORCION MEDIA ó CUERPO** que se subdivide a su vez en dos partes distintas:
 - a) Una parte interna llamada **ISTMO DE BARKOW** por su pequeño calibre y que corresponde a la parte rectilínea del conducto, mide tres o cuatro cm de longitud por tres o cuatro mm de diametro; es cilíndrico al tacto, de una consistencia que recuerda hasta cierto punto la del conducto deferente.

 - b) Una parte externa a la cual **HENLE** dió el nombre de ampolla, mucho mas ancha y mas larga, llega a medir 7 a 8 cm de largo por 8 a 9 mm de diametro que se distingue del istmo por la constitución de su pared que es muy delgada y por su consistencia que es mucho mas blanda. También la diferencia morfológicamente el que es un poco aplanada de delante a atrás, irregularmente calibrada, fuertemente tortuosa y en ocasiones mas o menos enrollada sobre su eje como un caracol.

- 3) **UNA EXTREMIDAD EXTERNA** llamada **PABELLON DE LA TROMPA** que tiene la forma de un embudo, es lisa y uniforme, de color blanquecino y que está cubierta totalmente por el peritoneo visceral.

La base o circunferencia de la trompa es muy irregular, profundamente recortada en una serie de lengüetas las cuales a su vez son mas o menos dentelladas en sus bordes llamadas **FRANJAS DEL PABELLON**. La longitud de las franjas varia ordinariamente de 10 a 15 mm, su

forma es casi siempre lanceolada; su número -según opinión de la mayoría de los autores- está entre 10 y 15. Entre las franjas que acabamos de describir existe una mas larga que las otras, mide de 20 a 30 mm de longitud y se dirige desde la parte inferior de la ampolla al extremo externo del ovario: es la llamada **FRANJA OVARICA** (fimbria ovárica) que sigue el trayecto del ligamento tubo-ovárico contra el cual se aplica por su cara externa, estando a la vez íntimamente adherida al mismo. La cara opuesta de la franja ovárica, completamente libre, es cruzada en su centro por un surco longitudinal que termine por arriba en el ostium abdominal de la trompa.

La trompa desemboca en el útero por un orificio redondeado llamado **OSTIUM UTERINO** que tiene 1 mm de diámetro y el vértice del pabellón está representado por un orificio redondo que conduce a la ampolla y que mide 2 a 3 mm de diámetro llamado **OSTIUM ABDOMINALE** que se abre en plena cavidad peritoneal y nos ofrece así el hecho singular -hecho único en la economía- de una cavidad serosa que comunica con una cavidad mucosa y por ella con el exterior. El ostium abdominal de la trompa tiene un diámetro muy inferior al del pabellón que le precede y al de la ampolla que le sigue, representando una especie de estrecho situado entre dos cavidades mucho mas anchas.

Las relaciones de estrecha vecindad que guarda la trompa con el ovario por una extremidad y con el útero por la otra, explican perfectamente que sean éstos dos órganos los que con mayor predilección sufren la propogación de los carcinomas tubarios.

La trompa izquierda tiene también relaciones de vecindad con el intestino grueso en su porción sigmoidea y parte del recto. La trompa derecha puede tomar contacto con el ciego y el apéndice, sobre todo en las variedades pelvianas de éstos órganos. Habitualmente ambas trompas tienen contacto por su cara superior con asas del intestino delgado y con el epiplón mayor.

CONSTITUCION ANATOMICA Y CONFORMACION INTERNA

Considerada desde el punto de vista de su estructura, la trompa se compone de tres tunicas superpuestas:

- 1) **UNA TUNICA EXTERNA ó SEROSA** que es una dependencia de los ligamentos anchos y por consiguiente, una dependencia del peritoneo que tapiza la cara externa de los órganos abdomino-pélvicos.
- 2) **UNA TUNICA MEDIA MUSCULAR** que se compone de fibras musculares lisas dispuestas en dos planos; un plano profundo de fibras circulares, y un plano superficial de fibras longitudinales.
- 3) **UNA TUNICA INTERNA MUCOSA**, que tapiza interiormente la túnica muscular y está íntimamente adherida a ella, sin interposición de capa conjuntiva especial. Esta mucosa forma elevaciones llamadas **PLIEGUES LONGITUDINALES** dispuestos en forma muy especial que se extienden sin interrupción desde su extremidad interna a su extremidad externa, siendo éstos pliegues más acentuados a nivel del istmo de la trompa.

En lo que respecta a la estructura histológica de la mucosa recordaremos que el corion presenta una capa superficial en contacto con el epitelio y otra profunda por la cual transcurren los vasos y nervios y que para algunos autores constituyen una verdadera submucosa.

El epitelio de la trompa consta de una sola hilera de células cilíndricas mucíparas, algunas con cilios vibrátiles y otras no. La trompa carece de glándulas aunque en los cortes histológicos de la misma -sobre todo en la porción ampular- la abundancia de pliegues mucosos da un aspecto arborescente, pseudoadenóideo.

IRRIGACION SANGUINEA

Las arterias de la trompa uterina proceden de dos orígenes: **DE LA ARTERIA UTERINA y DE LA ARTERIA OVARICA**. Estas arterias se anastomosan en el ligamento ancho siguiendo la línea de soldadura del mesosalpinx. La anastomosis es unas veces simple y otras veces doble.

Las venas nacen de los capilares de la túnica muscular y mucosa formando una red de mallas paralelas al eje de la trompa y desembocan en las venas útero-ovaricas. Las venas siguen un trayecto paralelo a las arterias.

NERVIOS DE LA TROMPA

Los nervios de la trompa proceden de dos fuentes: **DEL PLEXO INTERMESENERICO** por el plexo de la arteria ovarica y **DEL PLEXO HIPOGASTRICO** por la arteria uterina. Los filetes nerviosos acompañan la adventicia de los vasos tubarios.

CIRCULACION LINFATICA DE LA TROMPA UTERINA

En 1931 el Sr. PELLÉ y la Sra. PELLÉ⁽¹⁾ publicaron un trabajo anatómico realizado en 30 cadáveres, en el cual dieron a conocer la existencia en la trompa uterina de 3 pedículos linfáticos que son los siguientes:

- 1) **PEDICULO EXTERNO ó UTERO-OVARICO**. Está presente en el 100% de los casos. Constituido por varios troncos que siguen el trayecto de los vasos útero-ovaricos para ir a terminar en dos ganglios que se encuentran a ambos lados de la Aorta, algo por encima de su bifurcación. Según PELLÉ Y PELLÉ ambos ganglios están comunicados ampliamente entre sí por vías anastomóticas preaórticas y envían a su vez colaterales hacia la celda renal y la grasa perirrenal. A este pedículo externo llega la linfa procedente de todos los segmentos de la trompa.

2) **PEDICULO MEDIANO ó ILIACO** . Está presente en el 50% de los casos. Constituido por menor número de vasos, recoge la linfa de la porción media de la trompa. Su trayecto sigue las paredes pelvianas laterales para desembocar en un ganglio iliaco externo situado en el ángulo de bifurcación de la arteria iliaca primitiva.

3) **PEDICULO INTERNO**. Está presente en el 15% de los casos. Los colectores linfáticos siguen el lado interno de la hipogástrica para desembocar en un primer ganglio hipogástrico, situado detrás de la arteria iliaca interna, a nivel del entrecruzamiento de la hipogástrica con el uréter. De ese ganglio parten troncos eferentes que van a terminar en un ganglio del promontorio.

En lo referente a las comunicaciones entre las redes linfáticas de los distintos órganos, Pellé y Pellé refieren que los linfáticos de la parte externa de la trompa comunican ampliamente con los del útero. Finalmente afirman que desde la porción intramural de la trompa algunos colectores siguen la vía del ligamento redondo y desembocan en los ganglios inguinales.

EMBRIOLOGIA DE LA TROMPA UTERINA (3.4.5)

Para una mejor comprensión del tema haremos un breve recordatorio de la embriología general.

En el embrión de 11 días, el disco embrionario es bilaminar, con una hoja superior llamada **ECTOBLASTO** y que forma el piso del saco amniótico y una hoja inferior llamada **ENDODERMO** que forma el techo del saco vitelino. A los 14 días del desarrollo visto el embrión desde su cara dorsal, va apareciendo una estructura que marca el extremo caudal del embrión: es la llamada **LINEA PRIMITIVA** que a los 15 días del desarrollo se encuentra bien formada y que divide el disco embrionario en dos mitades laterales. Esta línea primitiva se halla algo deprimida, formando un surco y su extremidad anterior se halla abultada formando un nódulo: el llamado **NODULO DE HENSEN**.

En el embrión de 17 días la línea primitiva y el nódulo de Hensen, ahora excavado por una fosita, han retrocedido llegando hasta la parte media del disco embrionario y por delante del nódulo de Hensen comienza a aparecer un nuevo surco: **EL SURCO NEURAL**.

Es a nivel de la línea primitiva que las células del ectoblasto se desplazan a la línea media mediante movimientos ameboides de "convergencia", se hunden (invaginación), y atravesando el ectoblasto debajo de él y encima del endodermo se agrupan llenando el espacio que las separa para formar una nueva capa celular: **EL MESODERMO**. El espacio que dejan las células que emigran es ocupado por las nuevas células provenientes de la división de las que eran del ectoblasto restituyendo la integridad del mismo que ahora se denomina **ECTODERMO**.

A los 19 días del desarrollo el disco embrionario está constituido por tres capas embrionarias: **EL ECTODERMO** por encima, **EL ENDODERMO** por debajo y **EL MESODERMO** entre las dos.

Aproximadamente al día 20 del desarrollo comienza a cerrarse el canal neural, empezando este cierre en su parte media y va progresando lentamente hacia los extremos cefálico y caudal de manera que poco a poco se va transformando en un tubo constituyendo el **TUBO NEURAL**.

A cada lado del tubo neural y a expensas del mesodermo, van apareciendo sucesivamente, en dirección cefalo-caudal, unos bloques celulares que levantan el ectodermo; éstas salientes se denominan **SOMITAS**. El primer par de somites aparece aproximadamente al vigésimo día del desarrollo y a partir de este momento continúan apareciendo siempre en pares, es decir, una a cada lado, de manera que tenemos aproximadamente 38 pares de somitas al terminar este período llamado por eso período somítico alrededor del día 30 del desarrollo.

Durante el período somítico, la porción más externa del mesodermo, conocida como **MESODERMO LATERAL**, en lugar de dividirse en bloques ordenados en sentido cefalo-caudal, comienza a dividirse en dos hojas separadas por una cavidad, debido a que en el seno de la hoja de mesodermo lateral aparecen burbujas llenas de líquido que al unirse convierten la hoja simple en doble. La hoja vecina al ectodermo se denomina **MESODERMO SOMÁTICO** y la hoja interna vecina al endodermo se denomina **MESODERMO ESPLÁCNICO** y la cavidad que separa ambas hojas se denomina **CELOMA INTRAEMBRIÓNARIO**. Entre los somites que se hallan en la parte media del embrión y el mesodermo lateral, se encuentra una angosta zona de mesodermo, llamada **MESODERMO INTERMEDIO** que no se divide en dos hojas como el mesodermo lateral y que dará lugar a la formación de los órganos del sistema urogenital, motivo por el cual se le denomina **GONONEFROTOMO**.

Simultáneamente con la segmentación del mesodermo el embrión se pliega longitudinal y transversalmente. El plegamiento hace que el embrión plano se vaya transformando en un embrión cilíndrico. Este plegamiento tiene lugar al mismo tiempo en todos los bordes del embrión. En la porción media el plegamiento se realiza especialmente en sentido dorsoventral con lo que el endodermo viene a rodear una cavidad nueva que se denomina **INTESTINO PRIMITIVO**.

Como resultado del plegamiento del embrión el endodermo queda convertido en un tubo. La porción media de este tubo se halla unida al saco vitelino y esta unión, conocida con el nombre de **PEDICULO VITELINO**, se va estrechando paulatinamente a medida que el plegamiento continúa.

La porción anterior, por delante del pedículo, se llama **INTESTINO ANTERIOR** y la porción posterior, por detrás del pedículo es el **INTESTINO POSTERIOR**; su parte más distal se halla dilatada, formando una estructura denominada **CLOACA**.

DESARROLLO DE LOS DERIVADOS DEL GONONEFROTOMO

Viendo el embrión por su cara ventral, observamos que durante la cuarta semana del desarrollo, a cada lado de la línea media aparece el conducto en que desembocan los túbulos mesonefricos que desciende en dirección cefalo-caudal para desembocar finalmente en la cloaca. Este conducto recibe el nombre de **CONDUCTO MESONEFRICO** ó **CONDUCTO DE WOLFF**. Al llegar a la quinta semana del desarrollo, tanto el conducto de Wolff como los demás derivados del gononefrotomo, han modificado su posición, apareciendo ahora en forma de dos crestas: **LAS CRESTAS UROGENITALES** ó **CUERPOS DE WOLFF** situadas a cada lado del mesenterio. Si hacemos un corte transversal en una cresta urogenital la hallamos formada por una masa interna del mesénquima del gononefrotomo y una cubierta que tapiza la superficie interna de la cavidad del embrión: **EL MESODERMO ESPLANCNICO**. En la cresta urogenital se desarrolla la porción externa del voluminoso mesonefros mientras que en la porción interna se halla el esbozo de gonada. En la cara externa del mesonefros se formará un surco (uno de cada lado y por detrás del canal de Wolff por plegadura longitudinal del epitelio celómico).

La parte más cefálica de este surco quedará abierta y en el embrión femenino formará **EL PABELLON DE LA TROMPA**, el resto se cierra formando un conducto: **EL CONDUCTO DE MÜLLER**. En su descenso, los conductos de Müller cruzan a los de Wolff por delante, de

manera que si en la región cefálica los conductos de Müller se hallan por fuera de los de Wolff, en la región caudal los conductos de Müller se hallan en la parte interna de los conductos de Wolff y muy cerca el uno del otro.

Hacia la séptima semana del desarrollo las vías genitales tienen el mismo aspecto en los dos sexos.

Estas vías contienen los dos conductos de Wolff y los dos conductos de Müller. La gonada está ya diferenciada, aquí en sentido femenino.

Los dos mesos urogenitales -derecho e izquierdo- se reúnen abajo sobre la línea media. En toda su extensión el conducto de Wolff está unido a la pared posterior por el meso Wolffiano. Por encima del conducto de Wolff, el meso urogenital y el meso Wolffiano se prolongan hacia arriba y forman **EL LIGAMENTO DIAFRAGMÁTICO**. El extremo inferior del conducto de Wolff está unido a la región inguinal por el **LIGAMENTO INGUINAL**.

Hacia la octava semana del desarrollo ya ha degenerado el conducto de Wolff en el embrión femenino. El segmento inferior del conducto de Müller, por debajo del cruce con el ligamento inguinal, se fusiona con su homólogo del lado opuesto para formar **EL ÚTERO y LOS DOS TERCIOS SUPERIORES DE LA VAGINA**. El segmento de cada conducto de Müller situado por encima del cruce del ligamento inguinal se convierte **EN TROMPA UTERINA**. El orificio superior del conducto abierto dentro de la cavidad peritoneal, se transforma **EN EL PABELLON DE LA TROMPA**. La trompa experimenta un desplazamiento hacia abajo y afuera colocándose en posición horizontal.

DATOS HISTORICOS

De acuerdo con **DORAN**⁽¹⁾, el primer caso de carcinoma primario de la trompa uterina fué descrito por **RENAUD** en 1847 en la reunión de la **MANCHESTER PATHOLOGICAL SOCIETY** incluyendo en su reporte un dibujo en el que se observa un carcinoma tubario bilateral. El manuscrito, no publicado, se encuentra en la Biblioteca del **ROYAL COLLEGE OF SURGEONS**.

La primera descripción patológica fué dada a conocer por **ROKITANSKY**⁽¹⁾, patólogo de Viena, Austria en 1861 en base a 15 casos de carcinoma primario de la trompa uterina estudiados por él mismo pero sus observaciones histológicas no fueron precisas según refiere **DORAN**⁽¹⁾:

Sin embargo, todos los autores están de acuerdo en que la primera publicación auténtica y de índole científica se debe a **ORTHMANN**⁽²⁾, quién el 12 de noviembre de 1886 comunicó a la **SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE BERLIN** el estudio completo de un caso operado por **MARTIN**.

Además el mismo **ORTHMANN**⁽²⁾, en 1888 publicó la revisión -a la luz de los recientes conocimientos- de 13 casos reportados previamente en la literatura antes de 1886 excluyéndolos todos como primarios diciendo que representaban enfermedad metastásica de un foco primario en el útero o en el ovario.

DORAN⁽¹⁾ en 1888 reportó el segundo caso bien estudiado, describiendo que el crecimiento del tumor tuvo su origen de un pólipo benigno del endosálpinx.

KALTENBACH⁽⁴⁾ en 1889 reportó el tercer caso y describió las características papilares y alveolares que actualmente se consideran clásicas en las descripciones macroscópicas de las lesiones.

ROUTIER⁽⁵⁾ en 1893 y **TUFFIER**⁽⁶⁾ en 1894 proporcionaron el cuarto y el quinto casos, respectivamente reportados en la literatura.

SÄNGER y **BARTH**⁽⁷⁾ recopilaron 17 casos publicados en la literatura hasta 1895.

Le COUNT⁽⁸⁾ en 1901 revisó los 21 casos reportados en la literatura desde 1886 e hizo la observación de la frecuente asociación de la salpingitis hiperplásica como un posible factor etiológico.

PEHAM⁽⁹⁾ en una revisión de la literatura mundial encontró de 1886 a 1902, 63 casos conocidos.

DORAN⁽¹⁰⁾ en 1910 reportó haber encontrado 100 casos publicados en una revisión de la literatura mundial.

Von FRANQUÉ⁽¹¹⁾ en 1911 llamó la atención al hacer la observación de la frecuente ocurrencia de salpingitis tuberculosa como un precursor del carcinoma primario de la trompa uterina.

L'ESPERANCE⁽¹²⁾ por otro lado, en 1917 hizo la revisión de 49 casos de carcinoma primario de la trompa uterina publicados hasta ese entonces y corroboró lo referido por VC FRANQUE, relatando además, un caso personal de carcinoma epidermoide originado en la trompa de Fallopio, siendo el segundo caso reportado de ésta variedad histológica. Este tipo de lesión fué publicado por primera vez en 1916 por **BARRETT**⁽¹²⁾.

LIANG⁽¹³⁾ en 1926, logró reunir 214 casos de la literatura mundial y éste número fué incrementado a 230 casos por **WHARTON** y **KROCK**⁽¹⁴⁾ en 1929 al agregar 16 auténticos casos de carcinoma primario de la trompa uterina, cinco de ellos del **JOHN'S HOPKINS HOSPITAL** y los demás restantes de hospitales circunvecinos.

NÜRNBERGER⁽¹⁵⁾ en 1932, publicó la revisión de la literatura mundial de 1886 a 1931 afirmando haber encontrado 301 casos.

ROBINSON⁽¹⁶⁾ recopiló 48 casos más de la literatura mundial haciendo un total de 349 casos publicados hasta 1935.

MARTZLOFF⁽¹⁷⁾ en una revisión de la literatura de 1935 a 1938 encontró 32 nuevos casos y adicionó un caso personal en el que el diagnóstico fué hecho antes de la operación, haciendo un total de 382 casos.

MULLINS y **MOSTELLER**⁽¹⁸⁾ partiendo de la revisión de **MARTZLOFF**, revisaron la literatura mundial hasta 1942 y reportaron que había publicados 427 casos.

MITCHELL y **MOHLER**⁽¹⁹⁾ en 1945 publicaron una excelente revisión del tema y afirmaron que había 449 casos, incluyendo aquí el reporte de un caso personal en el cual el diagnóstico fué hecho histopatológicamente en uno de los segmentos de trompa posterior a salpingoclasia bilateral postcesarea en una paciente asintomática, de 23 años de edad con embarazo a término.

HU⁽²⁰⁾ en 1950, también haciendo una excelente revisión del tema y de la literatura adicionó a la lista de **MITCHELL** y **MOHLER** un caso publicado por **BREA**⁽²¹⁾ en Buenos Aires, Argentina; 16 casos de **LOFGREN**⁽²²⁾ de la **CLINICA MAYO** en Rochester, Minnesota y doce

casos personales, haciendo un total de **478 casos** reportados. Además, este mismo autor estableció los criterios que actualmente están vigentes para considerar un carcinoma de trompa uterina como primario .

KIMBROUGH y BRUCE⁽²³⁾ en **1953**, refieren en su revisión de la literatura **600 casos** publicados a nivel mundial.

HAYDEN y POTTER⁽²⁴⁾ en **1960**, comunican **12 casos** más y refieren que, incluyendo sus casos, existen **663 casos** reportados en la literatura mundial.

SEDLIS⁽²⁵⁾ en **1961** realizó excelente revisión del tema en **230 casos** publicados en la década de **1950 a 1960** en comunicación directa con los autores de los casos y además agregó **dos casos** personales.

HURLBUTT y NELSON⁽²⁶⁾ revisaron la literatura mundial de **enero de 1957 a enero de 1962** y recopilaron **49 casos** más (incluyendo los dos casos de SEDLIS) y adicióna **12 casos** personales haciendo un total de **724 casos** de carcinoma primario tubario.

VAUGHAN⁽²⁷⁾ en **1965**, reportó **3 casos** personales refiriendo que incluyendo los suyos, existían **780 casos** publicados.

COHN y Cols.⁽²⁸⁾ revisaron la literatura mundial de **1965 a 1969** y encontraron **106 nuevos** casos e hicieron el reporte de **4 casos** personales refiriendo que existían un total de **890 casos** publicados.

WEISS y Cols.⁽²⁹⁾ en **1980** revisaron la literatura mundial encontrando aproximadamente **1000 casos** publicados y reportaron un caso personal: **el primer caso** de carcinoma primario adenoescamoso de la trompa uterina.

RAJU y Cols.⁽³⁰⁾ en 1981, revisaron también la literatura mundial y refieren haber encontrado también aproximadamente **1000 casos reportados** y agregaron **22 casos personales**.

HIRAI y Cols. en una revisión de la literatura mundial hasta **1987** refieren haber encontrado **más de 1000 casos** publicados de los cuales, aproximadamente **100 casos** han sido reportados en el **Japón**.

La última revisión de la literatura que encontramos, fué realizada por **PEREZ MALDONADO**⁽³²⁾ quién refiere aproximadamente **1200 casos** publicados hasta **1988**.

En una cuidadosa revisión de la literatura mundial de enero de **1989** a diciembre de **1992** nosotros encontramos **56 nuevos casos** (33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44), con lo que, conservadoramente podemos decir que existen aproximadamente **1250 casos reportados a nivel mundial**.

CASOS DE CARCINOMA PRIMARIO DE LA TROMPA UTERINA PUBLICADOS EN LA REPUBLICA MEXICANA

En una cuidadosa revisión de la literatura mexicana, la primera publicación de un caso de carcinoma primario de la trompa uterina fué realizada por **ANTONIO** y **ENRIQUE HINOJOSA DOMINGUEZ**⁽¹⁾ en octubre de 1963.

En octubre de 1969 apareció el reporte de 2 casos más realizado por **JESUS SANCHEZ CONTRERAS**⁽²⁾.

En febrero de 1970, **MANUEL URRUTIA RUIZ**⁽³⁾ hizo una extensa revisión del tema y reportó 6 casos, siendo hasta ahora la serie mas grande publicada en México.

En abril de 1979, **ANTONIO ANDRADE VARGAS** y Cols.⁽⁴⁾ reportaron 3 casos y **MARCO ANTONIO MARQUEZ BECERRA** y Cols.⁽⁵⁾ también en abril de 1979 comunicaron un caso.

El último reporte encontrado en la literatura mexicana fué el de **GERONIMO PEREZ MALDONADO** y Cols.⁽⁶⁾ publicado en septiembre de 1989 en donde comunicaron 3 casos.

En suma, en la república mexicana se han reportado 16 casos de carcinoma primario de la trompa uterina.

SEGUNDA PARTE

ANATOMIA PATOLOGICA DEL CARCINOMA PRIMARIO DE LA TROMPA UTERINA

CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS

LOCALIZACION

El carcinoma de la trompa uterina puede estar localizado en una o en ambas trompas . **AHUMADA**⁽¹⁾ sobre un total de 435 casos de la literatura mundial en los cuales la localización del tumor fué especificada, identificó 124 casos de carcinoma bilateral (28.5%), 187 casos de carcinoma de la trompa izquierda (43%) y 124 casos de carcinoma de la trompa derecha (28.5%). **SEDLIS**⁽²⁾ en 176 casos encontró 46 casos de carcinoma bilateral (26%), 67 casos de carcinoma de la trompa izquierda (38.5%) y 63 casos de carcinoma de la trompa derecha (35.5%). Como puede observarse, el carcinoma bilateral de la trompa uterina se presenta aproximadamente en la cuarta parte de los casos y hay cierta predilección del carcinoma por la trompa izquierda. La mayoría de los autores en sus pequeñas series reportan cifras similares.

La relativa frecuencia del carcinoma bilateral resulta interesante, y puede ser consecuencia de las siguientes posibilidades: Que se trate de dos focos primarios, que sea la propagación del carcinoma de una trompa a la otra por vía linfática, o por vía transperitoneal, o bien, que sea expresión de una unidad de reacción patológica en órganos homólogos. La realidad es que se ignora, como se ignora también el por qué se presenta en la mayoría de los casos, - cuando es unilateral -, del lado izquierdo.

FORMA

La trompa carcinomatosa puede adoptar cualquier forma y esto depende del desarrollo de la masa tumoral, de su localización, de su extensión y del contenido de diferente naturaleza que ocupa la luz tubaria. AHUMADA⁽¹⁾ en 108 casos de la literatura en que se consignó la forma del órgano encontró descritas trompas de aspecto normal, de forma de hongo, de cuerno, de embudo, de chorizo, en forma de S, en forma de U, etc., a veces simulando un hidrosálpinx, un quiste tubo-ovárico o hasta simulando un embarazo tubario.

TAMAÑO

El tamaño de la trompa carcinomatosa es variable y este considerable aumento se debe al contenido de la trompa más que al desarrollo del tumor. La mayoría de los autores refieren las trompas carcinomatosas de entre 10 y 20 cm de largo con un diámetro promedio de 2 a 10 cm. La longitud y diámetro mayores a los referidos son raras. NÜRNBERGER⁽³⁾ cita un caso de KARAKOS en el cual la trompa carcinomatosa tenía un diámetro de 40 cm., el mayor diámetro reportado en la literatura.

CONSISTENCIA

Por lo general, la consistencia de la trompa carcinomatosa es blanda y elástica, según refieren la mayoría de los autores que la consignan. En algunos casos, debido a la acumulación de líquidos en la luz de la trompa, se palpa la trompa como un saco tenso. En otros casos la consistencia es acartonada y hay quienes la describen de consistencia dura.

SUPERFICIE

Los autores que la consignan, la refieren habitualmente lisa ó abollonada. Llama la atención que tratándose de una pared delgada no se encuentren proliferaciones carcinomatosas sobre la superficie, salvo contadas excepciones. La perforación de la pared debida a la invasión carcinomatosa es rara, AHUMADA⁽¹⁾ la encontró consignada solamente en 16 de 270 casos de la literatura.

CONTENIDO

La mayoría de los autores refieren, además de la masa carcinomatosa, contenido líquido en cantidad variable, la más de las veces de aspecto seroso y debido a que las hemorragias en la zona tumoral son frecuentes, se ha encontrado también líquido serohemorrágico ó hemorrágico puro, que con el hecho de la transformación de la hemoglobina, con el tiempo se vuelve de color verdoso, pardo ó achocolatado. En casos de asociación de carcinoma y tuberculosis el líquido es de aspecto caseoso. En algunos casos se encuentra líquido francamente purulento cuando el carcinoma se encuentra asociado a un piosálpinx. También se han reportado casos en que el líquido es incoloro, de color cetrino ó ambar.

Continuando con las características macroscópicas del carcinoma de la trompa uterina, de acuerdo a LA EXTENSION adquirida por el tumor, AHUMADA⁽¹⁾ clasifica a los carcinomas de la trompa en dos variedades: **CARCINOMA CIRCUNSCRITO** y **CARCINOMA DIFUSO**.

- a) **CARCINOMA CIRCUNSCRITO**. El tumor está limitado a un determinado segmento de la trompa. En 370 casos revisados de la literatura, el 47% de los casos correspondieron a esta variedad y de éstos, aproximadamente el 80% se presentaron en los dos tercios externos de la trompa uterina; en el tercio medio en el 15% y el 5% restante en el tercio interno. En 54 de éstos casos se encontró expresamente mencionada la obstrucción del ostium abdominal, en 23 de éstos casos se reportó el ostium abdominal abierto y aflorando masas tumorales a través del mismo en 11 casos.

El tamaño del carcinoma circunscrito desgraciadamente solo en muy pocos casos estaba consignado; quienes lo describen hablaron de un tumor pequeño, ó del tamaño de un huevo de paloma, más frecuentemente del tamaño de una nuez y excepcionalmente del tamaño del huevo de una gallina.

b) **CARCINOMA DIFUSO.** En la serie estudiada, representó el 53% de los casos y abarcó la mayor parte o la totalidad del órgano.

De acuerdo con **EL SENTIDO DEL CRECIMIENTO**, el carcinoma de la trompa uterina se clasifica en tres variedades:

1) **CARCINOMA EXOFITICO.** Se presenta aproximadamente en el 95% de los casos según la mayoría de los autores. El carcinoma, nacido en la mucosa tubaria, muestra una tendencia predominante a desarrollarse hacia la luz del órgano, lo cual es especialmente llamativo si se considera la delgadez de la pared y su estructura relativamente laxa. El aspecto macroscópico es extremadamente variable: Puede ser papilar, nodular, verrugoso o bien se observa a simple vista como una masa sin diferenciación.

2) **CARCINOMA ENDOFITICO.** Es rara esta forma de presentación. El carcinoma, también nacido en la mucosa tubaria, muestra una tendencia predominante a crecer hacia la pared del órgano. La rareza de esta forma de crecimiento es uno de los hechos más llamativos del carcinoma de la trompa.

La delgada pared del órgano, a causa del voluminoso desarrollo del tumor en la luz, se adelgaza mucho por distensión y sin embargo, resiste a la propagación en profundidad. Solo se encuentran descritos en la literatura tres casos: Un caso de **QUENU** y **LONGUET**⁽⁴⁾ en 1901, un caso de **THALER**⁽⁵⁾ en 1920 y un caso de **SCHULTE**⁽⁶⁾ en 1937. **CARCINOMA EXOENDOFITICO.** Se presenta aproximadamente en el 3 al 5% de los casos. Es la forma mixta del carcinoma y con frecuencia se trata de casos muy avanzados y con extensa propagación.

ASPECTOS MICROSCOPICOS Y CLASIFICACION HISTOLOGICA

La mayoría de los autores están de acuerdo en que el epitelio simple de células cilíndricas del endosálpinx es sustituido parcial o totalmente por células carcinomatosas de tipo tubario que se disponen siguiendo un patrón de crecimiento **PAPILAR** o bien, **ALVEOLAR** en diferentes grados o combinaciones de los dos. El punto de diferencia radica en dilucidar si el tipo alveolar representa o no, un grupo separado.

Segun el grado de diferenciación del carcinoma, aparecen mitosis escasas o abundantes. Aquí es conveniente recordar que el epitelio del endosálpinx, en condiciones normales, no presenta mitosis.

Revisando la literatura encontramos una numerosa variedad de clasificaciones histológicas.

FRIEDENHEIM⁽⁷⁾ clasificaba los carcinomas primarios de la trompa uterina en dos grupos: Un primer grupo de **TIPO PAPILAR O PAPILOALVEOLAR** y un segundo grupo de **TIPO ALVEOLAR**.

FALK⁽⁸⁾ los clasificaba en tres grupos: **PAPILOMA BENIGNO, PAPILOMA MALIGNO y CARCINOMA PAPILAR**.

PEHAM⁽⁹⁾ también los clasificaba en dos grupos: **ALVEOLAR y PAPILOALVEOLAR**.

La clasificación histológica más ampliamente aceptada fué la propuesta por **SANGER y BARTH**⁽¹⁰⁾ apoyada en las observaciones de **LIPCHITZ**⁽¹¹⁾ basándose en el hecho de que el tipo predominante de este tumor es el papilar y que el patrón de crecimiento alveolar representa un estadio posterior y no un tipo distinto. Estas observaciones fueron corroboradas por **WHARTON y KROCK**⁽¹²⁾, **MEYER**⁽¹³⁾ y otros.

Finalmente **HU y Cols.**⁽¹⁴⁾ basándose en las observaciones de **SANGER y BARTH**, clasificó el carcinoma primario de la trompa uterina en tres grados, siendo ésta clasificación la que actualmente emplean los patólogos.

Grado I: TIPO PAPILAR (bien diferenciado). La papilaridad de crecimiento puro se confina a la luz de la trompa uterina. La transición entre el epitelio normal y el epitelio maligno es claro. Las células carcinomatosas son de tipo tubario, bien diferenciadas, dispuestas de forma columnar y con escasas mitosis.

Grado II: TIPO PAPILO-ALVEOLAR (medianamente diferenciado). En este tipo, como resultado de la fusión de las papilas adyacentes, hay principio de formaciones glandulares en la luz de la trompa con invasión de la pared. Las células carcinomatosas individuales son de tipo tubario, el caracter diferencial se puede reconocer en algunos campos reducidos donde las células son indiferenciadas con un moderado número de mitosis y esbozan una estrecha luz tubular.

Grado III: TIPO ALVEOLO-MEDULAR (Indiferenciado). El crecimiento del tumor es más sólido, sin proyecciones papilares y las células están dispuestas en un patrón glandular medular; hay invasión definitiva de los vasos linfáticos de la pared de la trompa uterina. Las células carcinomatosas son indiferenciadas, con citoplasma vacuolado y abundantes mitosis atípicas .

CLASIFICACION POR ESTADIOS

En lo referente a la clasificación del carcinoma de la trompa uterina por estadios, **EREZ y Cola⁽¹⁶⁾** tomando en cuenta **EL GRADO DE EXTENJION DEL TUMOR** propuso la siguiente clasificación:

ESTADIO I:

El tumor está limitado a la trompa uterina sin extensión a la serosa.

ESTADIO II:

El tumor se extiende a la serosa de la trompa uterina y/o a las visceras pévicas adyacentes.

ESTADIO III:

El tumor se extiende fuera de la pelvis pero está confinado a la cavidad abdominal.

ESTADIO IV:

Hay metástasis extra-abdominales.

Después **MONTAZEE⁽¹⁶⁾** propuso subdividir el Estadio II de la clasificación anterior en:

ESTADIO IIa:

Tumor que invade la serosa pero no invade órganos vecinos.

ESTADIO IIb:

Tumor que invade órganos pévicos.

Posteriormente, **DODSON**⁽¹⁷⁾ haciendo la observación de que tanto el carcinoma primario de la trompa uterina como el carcinoma del ovario son lesiones silenciosas - lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento - y porque su clínica, terapéutica y pronóstico son muy similares, propuso una clasificación por estadios similar a la clasificación del ovario, misma clasificación que fué aceptada por **THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST COMMITTEE ON TERMINOLOGY (ACOG)**⁽¹⁸⁾ y por **THE INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO)**⁽¹⁹⁾ y que actualmente está vigente. Esta clasificación se muestra a continuación.

ESTADIO I:

Tumor limitado a una o ambas trompas uterinas

Ia: Tumor limitado a una trompa uterina. No hay ascitis.

Ib: Tumor limitado a ambas trompas uterinas. No hay ascitis.

Ic: Tumor limitado a una o ambas trompas uterinas. Hay ascitis presente con células malignas en el líquido.

ESTADIO II:

Tumor que involucra a una o ambas trompas uterinas con extensión pélvica.

Ila: Extensión y/o metástasis del tumor al útero, al ovario o ambos.

Ilb: Extensión y/o metástasis a otros órganos o tejidos pélvicos.

ESTADIO III:

Tumor que involucra a una o ambas trompas con metástasis a órganos o tejidos intraperitoneales.

ESTADIO IV:

Tumor que involucra a una o ambas trompas con metástasis a distancia fuera de la cavidad abdominal.

PROPAGACION Y METASTASIS

La frecuente propagación y metástasis del carcinoma primario de la trompa uterina ha sido atribuida sucesivamente al curso clínico latente en los periodos iniciales de la enfermedad, a la delgadez de las paredes del órgano que serían fácilmente perforadas por el tumor y a la circunstancia de evolucionar durante largo tiempo dentro de un órgano abierto hacia la cavidad peritoneal.

El carcinoma primario de la trompa uterina se puede propagar y dar metástasis de la siguiente forma:

- 1) POR CONTINUIDAD
- 2) POR CONTIGÜIDAD
- 3) POR MIGRACION TRANSPERITONEAL
- 4) POR VIA VASCULAR
- 5) POR VIA LINFATICA

1) **POR CONTINUIDAD** el tumor puede propagarse en algunos casos planimétricamente a lo largo de la superficie interna del órgano con invasión progresiva y más o menos extensa de la mucosa tubaria. Por otra parte -en especial en los estadios avanzados de la enfermedad- la propagación puede efectuarse hacia la profundidad con infiltración, destrucción y perforación de la pared tubaria seguida ocasionalmente de siembra intraperitoneal.

2) **POR CONTIGÜIDAD** la propagación se realiza generalmente por implantación de células neoplásicas desprendidas del tumor original y que toman contacto con los órganos vecinos.

3) **POR MIGRACION TRANSPERITONEAL** la propagación es debida a la dispersión de células tumorales desprendidas de un carcinoma perforado o que aflora por el ostium abdominal.

4) **POR VIA VASCULAR** la propagación y metástasis se realiza por vía venosa y por lo general, por embolización de las células tumorales.

5) **LA VIA LINFATICA** es la principal vía de propagación y metástasis del carcinoma primario tubario, de acuerdo con las clásicas observaciones clínicas y patológicas realizadas por **CULLEN**⁽²⁰⁾, **VEST**⁽²¹⁾, **LIANG**⁽²²⁾ y otros. Por este vía la células neoplásicas suelen llegar con cierta frecuencia a los ganglios ilíacos e hipogástricos siguiendo el trayecto del ligamento ancho y del ligamento infundíbulo-pélvico. Por otra parte, desde el fondo del útero y del extremo interno de la trompa uterina parten colectores linfáticos que llegan a los ganglios inguinales externos siguiendo el trayecto del ligamento redondo, lo cual explicaría el hallazgo de metástasis en éstos grupos ganglionares.

En 368 observaciones de la literatura mundial suficientemente documentadas, **AHUMADA**⁽¹¹⁾ encontró que el carcinoma primario de la trompa uterina se había propagado a los órganos y tejidos vecinos en 199 casos, o sea, en el 54%. Por otra parte, **SEDLIS**⁽²⁾ en su revisión de 230 casos de la literatura mundial, encontró metástasis reportadas en 67 casos, es decir, en el 28.8% y la mayoría de autores de pequeñas series de casos reportados encontraron metástasis en un rango que va de un 25 a un 50% de los casos.

De acuerdo con **NÜRNBERGER**⁽³⁾, **HU** (14), **AHUMADA**⁽¹¹⁾, **SEDLIS**⁽²⁾ y otros, en orden de frecuencia, la propagación y metástasis del carcinoma a los diferentes órganos y tejidos es como sigue:

- a) **AL PERITONEO**
- b) **A LOS OVARIOS**
- c) **AL UTERO**
- d) **A LA VAGINA**
- e) **A LA VEJIGA**

f) A LOS GANGLIOS LINFATICOS

g) AL INTESTINO

h) AL EPIPLON

i) GENERALIZADA

Como casos raros de **METASTASIS A DISTANCIA** del carcinoma primario de la trompa uterina se han publicado los siguientes:

DURET⁽²³⁾, **ZANGEMEISTER**⁽²⁴⁾, **ROSSINSKY**⁽²⁵⁾ y **VACHA**⁽²⁶⁾ reportaron metástasis a los ganglios supraclaviculares izquierdos, constituyendo la adenopatía en un caso del último autor el primer síntoma de la enfermedad.

WESTERMARK y **QUENSEL**⁽²⁷⁾ y **MANTEL**⁽²⁸⁾ reportaron en sus casos metástasis en el hígado.

LIPCHITZ⁽¹¹⁾ y **WANNER** y **TEUTSCHLAENDER**⁽²⁹⁾ encontraron y reportaron en uno de sus casos metástasis en el pulmón.

KUNKLER⁽³⁰⁾ y **SAITZ**⁽³¹⁾ reportaron un caso con metástasis en el Bazo.

LEURET y **LEROUX**⁽³²⁾ comunicaron un caso con metástasis en la uretra.

COUTURIER⁽³³⁾ reportó un caso único de metástasis a la cicatriz umbilical.

CURTIN y **RADDEN**⁽³⁴⁾ recientemente reportaron un caso con metástasis al maxilar inferior.

Un hecho importante de mencionar es que las metástasis pueden ocurrir mucho antes de que haya invasión de la pared tubaria según observaciones de **MITCHELL** y **MOHLER**⁽³⁵⁾.

ETIOLOGIA DEL CARCINOMA PRIMARIO TUBARIO

La etiología del carcinoma primario de la trompa uterina es desconocida pero se mencionan diversas circunstancias que favorecen su aparición.

CARCINOMA PRIMITIVO TUBARIO Y ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA

SÄNGER Y BARTH⁽¹⁰⁾, EWING⁽²⁶⁾ y otros, refieren la enfermedad pélvica inflamatoria como factor predisponente del carcinoma primario tubario pero PEHAM⁽⁸⁾, WECHSLER⁽³⁷⁾, LIANG⁽²²⁾, VEST⁽²¹⁾, GUPTA⁽³⁸⁾ y otros, están en desacuerdo con ésta hipótesis haciendo la observación de la extrema rareza del carcinoma primario tubario comparado con la elevada frecuencia de la enfermedad pélvica inflamatoria. Lo mismo se ha observado en nuestro medio en el Hospital General de México (S.S.A.) y en el Hospital Central Militar en donde los procesos inflamatorios genitales son muy frecuentes y los casos de carcinoma de la trompa son extraordinariamente raros.

KRAUS⁽³⁹⁾ discutió la teoría de la causa inflamatoria, estudiando 60 trompas con procesos inflamatorios, en los cuales encontró epitelio poliestratificado en seis de esos casos e imágenes netamente carcinoides en tres casos, llamando la atención sobre las dificultades para hacer el diagnóstico histológico diferencial.

Por otra parte SEDLIS⁽²⁾ hace la observación de los cambios inflamatorios vistos en las trompas afectadas por el carcinoma pueden ser secundarios al tumor.

CARCINOMA PRIMITIVO TUBARIO Y TUBERCULOSIS TUBARIA

Desde que WOLFF⁽⁴⁰⁾ describió la proliferación adenomatoide del endosálpinx en la tuberculosis de la trompa uterina se ha buscado una relación con el carcinoma.

Von FRANQUÉ⁽⁴¹⁾ describió el primer caso de coexistencia de ambos procesos, atribuyendo al bacilo tuberculoso una acción química irritativa que se traduce por una parte en hiperplasia del endosálpinx y por otra en el desarrollo carcinomatoso; pero según su propia opinión, la primera no constituiría el estadio precursor del segundo.

La tuberculosis al ser proliferativa, conduce efectivamente a un hiperplasia del epitelio tubario dando lugar a cuadros que pueden ser confundidos con un carcinoma.

SEDLIS⁽²⁾ en su revisión de 230 casos de la literatura mundial, solo encontró 7 casos de carcinoma primario tubario coexistente con tuberculosis tubaria^(42, 43, 44, 45), representando el 3% del total de los casos, porcentaje que no es significativamente elevado comparado con el de riesgo de la población en general de padecer tuberculosis genital cuyo rango es de un 0.4 a un 2.0%⁽⁴⁶⁾.

Por otra parte, solo se han reportado en la literatura mundial cerca de 20 casos de carcinoma primario tubario coexistente con tuberculosis tubaria⁽⁴⁷⁾.

CARCINOMA PRIMITIVO TUBARIO Y ESTERILIDAD

Muchos autores han mencionado que el antecedente de esterilidad está frecuentemente asociado con el carcinoma primario de la trompa uterina.

La significancia de éste fenómeno no es clara. Podría estar relacionada con la alta frecuencia de enfermedad pélvica inflamatoria, lo que apoyaría la hipótesis de la enfermedad pélvica inflamatoria como factor predisponente del carcinoma primario tubario.

TERCERA PARTE

ASPECTOS CLINICOS DEL CARCINOMA PRIMARIO DE LA TROMPA UTERINA

FRECUENCIA

Aunque existen pequeñas diferencias individuales entre los autores en lo referente a la frecuencia del carcinoma primario de la trompa uterina, todos están de acuerdo en afirmar que es el más raro de los carcinomas del aparato genital femenino.

La gran mayoría de los trabajos sobre el tema se refieren a comunicaciones de casos individuales y son pocas las publicaciones en que se relatan estadísticas, las cuales casi siempre son pertenecientes a Instituciones y que abarcan largos períodos de tiempo.

Con base en los datos de la literatura, la frecuencia del carcinoma primario de la trompa uterina en relación al total de padecimientos ginecológicos en un mismo hospital se ejemplifica como sigue:

BARROWS ⁽¹⁾ encontró 3 casos en 30,000 pacientes ginecológicas en el **BELLEVEUE HOSPITAL** de New York.

WHARTON y KROCK⁽²⁾ encontraron 5 casos en 35,000 pacientes ginecológicas en el **JOHN'S HOPKINS HOSPITAL**.

ANSPACH⁽³⁾ encontró un caso en 19,439 pacientes ginecológicas en el **UNIVERSITY HOSPITAL** de Philadelphia.

FULLERTON⁽⁴⁾ en un período de 13 años, encontró 4 casos en 22,330 pacientes ginecológicas en la **CLEVELAND CLINIC**.

AYRE y Col.⁽⁵⁾ encontraron 2 casos en 30,000 pacientes ginecológicas en el **ROYAL VICTORIA HOSPITAL**.

HU y Col.⁽⁶⁾ en un período de 45 años, encontraron 12 casos en 90,611 pacientes ginecológicas en el **FREE HOSPITAL FOR WOMEN** en Brookline, Mass.

Los datos anteriores y sus porcentajes correspondientes se muestran en la tabla 1.

TABLA I

AUTORES	TOTAL DE PADECIMIENTOS GINECOLOGICOS EN UN MISMO HOSPITAL	NUMERO DE CASOS	%
BARROWS	30,000	3	0.010%
WHARTON y KROCK	35,000	5	0.015%
ANSPACH	19,439	1	0.005%
FULLERTON	22,330	4	0.009%
AYRE y Col.	30,000	2	0.060%
HU y cols.	90,611	12	0.013%

Por otra parte, considerando la frecuencia del carcinoma primario de la trompa uterina EN RELACION AL TOTAL DE LOS CARCINOMAS GINECOLOGICOS, MITCHELL y MOHLER⁽⁷⁾ en su recopilación de la literatura mundial que comprende los años de 1886 a 1944, en 449 casos encontraron una frecuencia de 0.03% a 1.35% y refieren una frecuencia promedio de 0.5%.

Después AHUMADA⁽⁸⁾, también en una revisión de la literatura mundial hasta 1953, reportó en estos casos una frecuencia que oscila entre 0.06% y 1.0%.

Posteriormente, SEDLIS⁽⁹⁾ en una de las más grandes recopilaciones de la literatura mundial (230 casos), en diferentes series estudiadas (EMGE⁽¹⁰⁾, FINN y Col.⁽¹¹⁾, HU y Cois.⁽⁶⁾, WEININGER⁽¹²⁾ y KREMER⁽¹³⁾) encontró una frecuencia en relación al total de los carcinomas ginecológicos, en un rango que va de un 0.31% a un 1,11%. Estos datos se muestran en la tabla II.

TABLA II

AUTORES	TOTAL DE CARCINOMAS GINECOLOGICOS	NUMERO DE CASOS	%
EMGE	1,350	6	0.49%
FINN y Col.	952	5	0.50%
HU y Cois.	3,878	12	0.31%
WEININGER	1,473	5	0.33%
KREMER	2,250	25	1.11%

EDAD

El carcinoma primario de la trompa uterina puede aparecer a cualquier edad, excepto en la infancia, en la cual no se ha observado ningún caso.

Se ha establecido por la mayoría de los autores una edad límite de los 18 a los 88 años de edad ⁽¹⁴⁾ con una mayor frecuencia de presentación de esta enfermedad ENTRE LA QUINTA Y LA SEXTA DECADAS DE LA VIDA.

Solamente se han publicado 5 casos de carcinoma primario tubario ocurrido en pacientes de 18 años de edad: JOHNSON y MILLER ⁽¹⁵⁾ fueron los primeros en reportar un caso; después, KAHN y NORRIS ⁽¹⁶⁾ reportaron 2 casos; HANTON ⁽¹⁷⁾ 1 caso y recientemente, GATTO ⁽¹⁸⁾ 1 caso más.

Con datos obtenidos de la revisión de 478 casos de la literatura en los que constaba la edad, AHUMADA ⁽⁹⁾ encontró que 351 de éstos casos, o sea, el 73% ocurrieron entre los 41 y 60 años de edad como se puede observar en la tabla III.

TABLA III

EDAD	NUMERO DE CASOS
0 a 10 años _____	0
11 a 20 años _____	1
21 a 30 años _____	19
31 a 40 años _____	73
41 a 50 años _____	189
51 a 60 años _____	162
61 a 70 años _____	30
71 a 80 años _____	4

La edad media de acuerdo con esta estadística **FUE DE 49.7 AÑOS**; la mujer más joven fué una paciente de 19 años de edad ⁽¹⁹⁾ y la paciente de mayor edad tenía 74 años ⁽²⁰⁾.

SEDIS ⁽¹⁹⁾ en 169 casos de la literatura en los cuales la edad de las pacientes fué consignada, encontró también una mayor frecuencia de carcinoma primario tubario **ENTRE LA QUINTA Y LA SEXTA DECADAS DE LA VIDA** como puede observarse en la tabla IV.

TABLA IV

EDAD	NUMERO DE CASOS
20 a 29 años _____	5
30 a 39 años _____	10
40 a 49 años _____	63
50 a 59 años _____	52
60 a 69 años _____	29
70 a 79 años _____	10

La edad media en esta estadística **FUE DE 52 AÑOS**. La paciente más joven tenía 20 años de edad ⁽²¹⁾ y la paciente de mayor edad tenía 80 años ⁽²²⁾.

Las diferentes series de casos estudiados en que los autores reportaron los límites de edad y la edad promedio de presentación del carcinoma primario tubario se muestran en la tabla V.

TABLA V

AUTOR	NUMERO DE CASOS	EDAD LIMITE	EDAD PROMEDIO
HURLBUTT (22)	12	44 a 69 años	54 años
HANTON (17)	27	18 a 67 años	51 años
KNEALE (24)	13	43 a 73 años	57 años
DODSON (22)	10	42 a 68 años	55 años
KIMZEL (28)	26	33 a 80 años	58 años
CHALMERS (14)	12	44 a 69 años	56 años
BENEDET (27)	41	33 a 80 años	54 años
HERSHEY (28)	16	37 a 82 años	56 años
KANKIPATI (28)	22	39 a 70 años	54 años
AMENDOLA (28)	34	21 a 81 años	57 años
EDDY (31)	71	36 a 84 años	54 años
FELIX WONG (32)	18	40 a 76 años	56 años
SEMRAD (33)	30	38 a 72 años	52 años
Mc MURRAY (34)	30	37 a 82 años	55 años
BARAKAT (35)	43	30 a 83 años	59 años

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

HISTORIA MENSTRUAL

La historia menstrual de los pacientes con carcinoma primario de la trompa uterina, presentan **LA MENARCA y EL TIPO MENSTRUAL** sin diferencia significativa en relación a la población femenina general (6, 7, 8, 9), del ambiente social al que pertenecen.

Por otra parte, al hablar en el capítulo correspondiente de la edad de las pacientes que presentaban carcinoma primario tubario, hemos podido observar que éste es un padecimiento de mujeres en edad **POST-MENOPAUSICA** ya que la gran mayoría de los casos reportados se han desarrollado **ENTRE LA QUINTA Y LA SEXTA DECADAS DE LA VIDA.**

ESTERILIDAD

Se ha asociado el antecedente de esterilidad de las pacientes con el carcinoma primario de la trompa uterina.

SANGER y BARTH (30) fueron los primeros en hacer esta observación reportando en la serie estudiada por ellos un **44%** de pacientes estériles con carcinoma tubario.

Por otro lado, en reportes de casos estudiados en los que se refiere este antecedente como tal en la historia clínica de las pacientes, el porcentaje de esterilidad referido por diversos autores se encuentra en un rango que va de un **27%** a un **59%** como se muestra en la tabla VI.

TABLA VI

AUTOR	% DE ESTERILIDAD REPORTADA
HU y Cols. ⁽⁸⁾	27%
VEST ⁽³⁷⁾	29%
FRANKEL ⁽³⁸⁾	30%
CURTIS ⁽³⁶⁾	32%
AHUMADA ⁽⁹⁾	33%
SANGER y BARTH ⁽³⁶⁾	44%
HAYDEN y POTTER ⁽⁴⁰⁾	50%
SEDLIS ⁽⁹⁾	50%
HANTON ⁽¹⁷⁾	59%

SINTOMATOLOGIA

No existe un cuadro clínico característico del carcinoma primario de la trompa uterina. En algunos de los casos, las pacientes se encontraban completamente asintomáticas; en otros, los síntomas resultaron tan ligeros que las enfermas no acudieron a consultar con prontitud y en la gran mayoría de las ocasiones, cuando ocurrieron al médico por presentar síntomas generales de desmejoramiento, ya la enfermedad se encontraba en estadios avanzados.

NÜRNBERGER ⁽⁴¹⁾ fué el primero en hacer la observación de lo constante en la mayoría de los casos reportados: de tres síntomas que, según este autor, en orden de frecuencia son:

- 1) EL DOLOR
- 2) EL ESCURRIMIENTO GENITAL ANORMAL
- 3) EL SANGRADO GENITAL ANORMAL

Reportes posteriores de casos han demostrado que efectivamente, ésta triada sintomática es constante, aunque no siempre en el orden referido por ese autor.

DOLOR

El dolor es un síntoma frecuente, como lo veremos en los diferentes reportes de la literatura, siendo muy significativo para el diagnóstico precoz del carcinoma primario tubario, en contraposición con los demás cánceres ginecológicos en los que el dolor se presenta tardíamente. Se localiza casi siempre en la región anexial o fosa iliaca del lado correspondiente a la lesión, con propagación posterior al resto del abdomen. El carácter del dolor ha sido descrito de todos los tipos imaginables: **Pesadez** en hipogastrio o en alguna de las fosas iliacas, de tipo cólico, **pungitivo**, etc. La intensidad del mismo también varía desde simple molestia hasta las crisis de dolor agudo comparable al de perforación de una viscera hueca.

Según diferentes autores (38, 42, 43, 44) la patogenia de este dolor sería similar a la que presenta el embarazo tubario, es decir: Sobredistensión del peritoneo visceral, irritación de las terminaciones nerviosas peritoneales y vasculares y cólicos intermitentes por aumento del peristaltismo del órgano ante la presencia de un cuerpo extraño intracavitario, en este caso, el tumor. En los estadios más avanzados de la enfermedad, el dolor se debe a la invasión de órganos vecinos, explicando los síntomas vesicales, intestinales, etc., que hacen acudir a la enferma a consulta.

ESCURRIMIENTO GENITAL ANORMAL.

El escurrimiento genital anormal (flujo) es otro de los síntomas que se presenta tan frecuentemente como el dolor. Las características del mismo son variables: Se ha descrito con todos los caracteres, desde el incoloro, blanquecino, blanco amarillento, parduzco, serosanguinolento "como agua de lavado de carne" hasta el francamente sanguinolento. Su aspecto puede ser seroso, mucoso, filante, gleroso, etc. En cuanto a su aparición puede ser continuo o intermitente y acompañarse o no de otros síntomas como el dolor.

Un carácter importante de este escurrimiento genital anormal es su posible aparición periódica en forma de **VOMICA** precedida o no de dolor de tipo cólico. En su forma más típica se caracteriza por la existencia de cólicos tubarios intermitentes que van seguidos en forma brusca de la expulsión de una gran cantidad de líquido por vagina de aspecto variable, siendo este síntoma denominado **HYDROPS TUBAE PROFLUENS**.

NÜRNBERGER (41) en su comentario respecto al término Hydrops Tubae Profluens, refiere que fué **BLASIUS** en el siglo XVII, el primero en describir esta repentina descarga de líquido a través de la vagina, designándola con el término **HYDROPS OVARII PROFLUENS** pensando que este líquido era proveniente del ovario. **NÜRNBERGER** (41) también refiere en su comentario que fueron **FRORIEP** y **MULLER** quienes dos años después se dieron cuenta de su significado y concluyeron que este líquido provenía de la trompa y no del ovario, siendo ellos los primeros en acuñar el término **HYDROPS TUBAE PROFLUENS**.

Posteriormente, **PEHAM** ⁽⁴⁵⁾ opinó que este síntoma es de valor pero que no es patognomónico del carcinoma primario tubario ya que también puede estar asociado con hidrosálpix y con quiste tubo-ovárico.

Por otra parte, **MITCHELL** y **MOHLER** ⁽⁷⁾, **HU** ⁽⁶⁾, **SEDIS** ⁽⁸⁾ y otros, en sus comunicaciones refieren que al término **Hydrops Tubae Profluens** fué acuñado por **LATZKO** en 1915.

Ciertamente **LATZKO** ⁽⁴⁶⁾ describió en un caso personal de carcinoma primario tubario, la brusca descarga vaginal - precedida de dolor cólico - de coloración amarillenta y de consistencia serosa, corroborando su origen tubario. En su comunicación original, **LATZKO** ⁽⁴⁶⁾ no refirió el término **HYDROPS TUBAE PROFLUENS**.

SANGRADO GENITAL ANORMAL

El sangrado genital anormal completa la tríada sintomática más frecuentemente observada en los casos de carcinoma primario de la trompa. En algunas de las pacientes menstruanes se registraron sangrados irregulares, a veces intermenstruales, en ocasiones de sangre roja y abundante, en otras, escasos y de color achocolatado. Lo interesante de este síntoma es que en una elevada proporción de los casos, el sangrado genital anormal se presentó en las pacientes postmenopáusicas.

OTROS SINTOMAS

Con una frecuencia variable, pero menor que los síntomas anteriormente referidos, aparece **EL AUMENTO DE VOLUMEN DEL ABDOMEN**, siendo esto ocasionado en la gran mayoría de los casos, por el crecimiento del tumor que puede alcanzar gran tamaño, como ya lo hemos podido ver en el capítulo correspondiente a la anatomía patológica.

La ascitis no es frecuente, salvo en los casos terminales con generalización peritoneal. **DORAN** ⁽⁴⁷⁾ es de la opinión que la ascitis se presenta solo cuando el ostium abdominal de la trompa permanece permeable, lo cual es una eventualidad rara.

Es raro encontrar otros síntomas en las pacientes con carcinoma primario tubario, excepto en aquellos casos en que las pacientes se presentaron a consulta en estadios avanzados de la enfermedad refiriendo pérdida de peso, inapetencia, astenia y otras manifestaciones de ataque al estado general.

HALLAZGOS A LA EXPLORACION FISICA

En la mayoría de los casos (8. 9 26, 27, 30, 32, 48), los signos físicos de la enfermedad se encontraron localizados en la pelvis, manifestados en forma de una **MASA TUMORAL PALPABLE**, de tamaño y características variables, del lado afectado por el proceso carcinomatoso; lo cual es explicable debido al aumento de tamaño de la trompa uterina afectada por el carcinoma y a las formas caprichosas que en ocasiones presenta ésta. A este respecto ya se habló en el capítulo correspondiente a la anatomía patológica.

Como ya lo hemos mencionado, no es común encontrar líquido de ascitis en este padecimiento, siendo excepcionales los casos en que éste alcanza un volumen considerable.

En el examen físico de las pacientes que padecen esta enfermedad, debe tenerse en mente la posibilidad de la existencia de metástasis extrapélvicas.

Después de conocer la tríada sintomática más frecuentemente observada en las pacientes que presentaron carcinoma primario de la trompa uterina, la semiología de los mismos y los hallazgos encontrados en la exploración física, haremos mención de reportes de la literatura, los cuales, por el número de pacientes estudiadas, son los más representativos para el tema en cuestión.

ANUMADA (8) en un total de 393 casos de la literatura en los cuales se consignaron los síntomas, encontró la tríada sintomática en un orden de frecuencia y en un porcentaje como a continuación se consigna:

DOLOR: Se presentó en 245 casos (62.3%) y de éstos, en 135 casos (55.1%) fué el primer síntoma.

ESCURRIMIENTO GENITAL ANORMAL: Se presentó en 185 casos (47.1%) de los cuales, en 62 casos (33.5%) fué el primer síntoma.

SANGRADO GENITAL ANORMAL: El sangrado genital anormal se presentó en 126 casos (32.1%) y de los mismos, en 104 casos (82.5%) fué el primer síntoma.

SEDLIS ⁽⁹⁾ en la serie estudiada de 230 casos de la literatura, también encontró la tríada sintomática aunque en diferente orden de frecuencia, como puede observarse a continuación:

SANGRADO GENITAL ANORMAL. Un total de 119 pacientes (51.2%) presentaron este síntoma y solamente en 28 pacientes (23.5%) se presentó como primer síntoma.

EL DOLOR fué el siguiente síntoma. Estuvo presente en 111 pacientes (47.8%) y únicamente en 11 pacientes (9.9%) se presentó en primer lugar.

ESCURRIMIENTO GENITAL ANORMAL. Este síntoma fué el tercero en frecuencia en 71 pacientes (30.6%) de las cuales, solo en 4 de ellas (5.6%) se presentó como primer síntoma.

Posteriormente, en pequeñas series reportadas de casos de carcinoma primario de la trompa uterina por **KNEALE** ⁽⁴⁸⁾, **BENEDET** ⁽²⁷⁾, **AMENDOLA** ⁽³⁰⁾, **SEMRAD** ⁽³³⁾ y otros, se encontró también referida la clásica tríada sintomática en la mayoría de los casos en que estos se presentaron, ya sea como síntomas en combinación unos con otros o con predominancia de alguno de los tres, como primero.

Por otra parte, en lo referente al síntoma **HYDROPS TUBAE PROFLUENS** encontrado directamente relacionado con casos de carcinoma primario tubario, algunos de los autores que lo consignan en sus reportes se mencionan a continuación:

PEHAM⁽⁴⁵⁾ refiere haber encontrado solo **5 casos** en la colección de 63 casos de la literatura por él revisada.

SEDLIS⁽⁴⁶⁾ en la revisión de 230 casos de la literatura, solo encontró **10 casos** en los que se refiere este sintoma.

WENZEL⁽²⁸⁾ en su reporte de 26 casos, comunicó haber encontrado este sintoma consignado solo en **1**.

RAJU⁽⁴⁸⁾ en 22 casos reportados, solo en **3 casos** se consignó el sintoma.

DIAGNOSTICO

Lo típico del diagnóstico del carcinoma primario de la trompa es el retraso. **EDDY** y **Cols.** (31) encontraron que los síntomas estuvieron presentes en algunos casos hasta 48 meses. La mitad de los pacientes tuvieron síntomas durante dos meses o más. Solo 6% de las pacientes eran asintomáticas.

Esto mismo lo han observado todos los demás autores. Así, por ejemplo, **SEMRAD** y **Cols.** (33) observaron una demora desde el comienzo de los síntomas hasta el diagnóstico, de 4 meses, en la mitad de las pacientes.

Por otra parte, el diagnóstico temprano del carcinoma primario de la trompa uterina es considerado como uno de los más difíciles por varias razones. En primer lugar, los síntomas de la enfermedad pueden estar ausentes o ser de naturaleza trivial y por lo tanto, la paciente no acude a la consulta. En segundo lugar, cuando la paciente va al médico con cualquiera de los síntomas de la tríada sintomática descrita anteriormente, no se realiza una semiología adecuada de los mismos y no se piensa en el diagnóstico.

EL ESCURRIMIENTO GENITAL ANORMAL, aún profuso, es un síntoma extremadamente frecuente y por lo común, el médico lo considera como una manifestación de vaginosis y/o cervicitis, siendo tratados como tales.

EL HYDROPS TUBAE PROFLUENS no siempre es típico y puede ser considerado como una manifestación de hidrosálpinx o pérdida involuntaria de orina.

EL DOLOR ABDOMINAL BAJO Y LAS MASAS ANEXIALES BLANDAS, frecuentemente son atribuidos a la enfermedad pélvica inflamatoria y por lo común, tratados como tales.

EL SANGRADO GENITAL ANORMAL que se presente en las pacientes en edad reproductiva, manifestado en forma de sangrado intermenstrual ya sea en poca cantidad o abundante, por lo general es considerado y tratado como un trastorno ovárico. El sangrado postmenopáusico es causa de mayor atención por parte del ginecólogo el cual inicia todo un proceso diagnóstico para descartar cáncer genital, pero piensa sobre todo en primer lugar en **cáncer de endometrio**.

Una vez hechas las consideraciones anteriores, pensamos que el diagnóstico del carcinoma primario de la trompa debería por lo menos ser sospechado para que se tomaran las medidas diagnósticas apropiadas para descubrirlo.

METODOS DIAGNOSTICOS AUXILIARES

ESTUDIO CITOLOGICO DE LAS CELULAS EXFOLIADAS

El estudio citológico de las células exfoliadas del tracto genital femenino para la detección del carcinoma primario de la trompa uterina es controvertible. Estas células pueden ser obtenidas del fondo de saco vaginal, del cérvix o por aspiración endometrial y teñidas con la técnica de PAPANICOLAOU (65).

Mientras que algunos reportes en la literatura promueven la conveniencia del método (2, 5, 7, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57), otros más incluyen reportes de casos con exámenes citológicos que resultaron negativos (40, 42, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64).

La revisión de la literatura revela un modesto pero creciente número de reportes en los cuales los estudios citológicos han contribuido al diagnóstico de esta enfermedad (9, 11, 38, 44, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87).

Por ejemplo **SEDLIS** ⁽⁹⁾ en la serie estudiada, encontró **40 casos** a los cuales se les había realizado citología exfoliativa y se obtuvieron resultados **POSITIVOS** en **24 casos (60%)** y más recientemente **HIRAI** y **Cols.** ⁽⁸⁷⁾ comunicaron **10 casos** de carcinoma primario tubario a los que se les realizó estudio citológico, encontrando resultados **POSITIVOS** en **6 casos (60%)**. Si el pequeño número de reportes de casos con citología positiva para carcinoma primario tubario permite alguna conclusión, este parece ser que la exactitud de el estudio citológico en el diagnóstico temprano de esta enfermedad es aún menor que para el cáncer endometrial, ya que la incidencia de falsas negativas en este último es aproximadamente del **30%** ⁽⁹⁾.

Por otra parte, de acuerdo con **ENNKER** ⁽⁷⁵⁾, el estudio citológico de las células exfoliadas del tracto genital femenino, **POSITIVO** para células carcinomatosas tubarias depende de las siguientes condiciones:

- 1) La superficie del tumor debe ser lo suficientemente grande.
- 2) El ostium abdominal de la trompa uterina debe estar cerrado.
- 3) La porción ístmica de la trompa uterina y el ostium uterino deben estar abiertos.

Este mismo autor recomienda el reposo en cama previo a la obtención del espécimen de estudio, el tiempo suficiente para permitir el llenado óptimo de la vagina con la descarga tubaria en los casos sospechosos.

Por otro lado **Mac LEAN** ⁽⁸⁸⁾ recomienda el uso de un diafragma cervical durante toda la noche para poder coleccionar suficiente secreción si se sospecha un cáncer del tracto genital, que no sea el cervical.

COLPOCENTESIS

La punción del fondo de saco de Douglas con citología positiva para células malignas fue reportado por **BOSCHANN** ⁽⁸⁹⁾ en un caso de carcinoma primario tubario. Sin embargo, el hallazgo de células malignas en el líquido peritoneal presupone la diseminación del tumor más allá de la luz de la trompa y por lo tanto, este procedimiento es de limitado valor diagnóstico.

Por otra parte, otros autores como **FALK** ⁽⁹⁰⁾ y **DIETRICH** ⁽⁹¹⁾ rechazaron categóricamente este procedimiento por su inseguridad y por el posible peligro de diseminación tumoral.

LEGRADO UTERINO

En ningún caso de la literatura se menciona que este procedimiento haya sido de utilidad en el diagnóstico temprano del carcinoma primario tubario. Sin embargo **AHUMADA** ⁽⁸⁾ consignó que el procedimiento puede ser de valor ya que se ha podido encontrar accidentalmente en el producto de legrado pequeños trozos sueltos del carcinoma tubario, probablemente impulsados por las contracciones de la trompa hacia la cavidad endometrial y de ahí arrastrados por la cucharilla.

HISTEROSALPINGOGRAFIA

Otro procedimiento diagnóstico, también de discutido valor en el diagnóstico temprano del carcinoma primario de la trompa uterina, es la **HISTEROSALPINGOGRAFIA**.

Autores como **MARTZLOFF** ⁽⁵³⁾, **BANCROFT-LIVINGSTON** ⁽⁵⁷⁾ y **VESELL** y **SCHNEIDER** ⁽⁹²⁾ asignan una gran importancia diagnóstica al procedimiento, siendo en los casos reportados por estos autores, un estudio en el cual se apoyó la sospecha preoperatoria del diagnóstico.

Posteriormente, también **BURGDORF** ⁽⁹³⁾ en un caso y **ANTONOWITSCH** ⁽⁹⁴⁾ en dos casos, hicieron el diagnóstico preoperatorio correcto con este procedimiento, describiendo este último autor un patrón radiológico con excrecencias "pedunculadas" y verrucosas, calificándolo como típico del carcinoma tubario.

Por otra parte **ENGSTROM** ⁽⁹⁵⁾ comunicó que en la serie estudiada por él, la Histerosalpingografía se realizó en 3 casos pero que no fué de ningún valor diagnóstico.

Nosotros pensamos que la falta de experiencia radiológica en este padecimiento, no permite hablar de imágenes típicas. Además, el uso de los rayos X con medio de contraste para el diagnóstico de una lesión maligna, sospechada tanto del útero como de la trompa uterina, ha sido abandonado debido al peligro que representa la diseminación de células cancerosas al forzarlas a salir involuntariamente a la cavidad peritoneal a través del ostium abdominal.

ULTRASONOGRAFIA

Es un método diagnóstico recientemente empleado en la detección temprana de esta enfermedad.

En los últimos años se han publicado en la literatura reportes de casos en los cuales el diagnóstico preoperatorio fué realizado por este procedimiento.

SUBRAMAYAM ⁽⁹⁶⁾ en 1964, fué el primero en comunicar un caso; después **MEYER** ⁽⁹⁷⁾ hizo saber también de otro caso en 1967 y **AJJIMAKORN** ⁽⁹⁸⁾ en 1968 otro caso más y recientemente este último autor reportó un caso más en 1991 ⁽⁹⁹⁾. En los tres primeros casos el diagnóstico fué hecho por ultrasonografía abdominal y en el último, por ultrasonografía vaginal.

Un hecho relevante de mencionar es que en los cuatro casos reportados, el diagnóstico ultrasonográfico fué realizado en el mismo hospital (EL RAMATHIBODI HOSPITAL, de Bangkok, Thailandia) y por la importancia que reviste mencionaremos que **todas las pacientes eran postmenopáusicas, todas acudieron por dolor abdominal bajo y escurrimiento genital anormal.** A la exploración física en las tres primeras pacientes se encontró **masa abdominal palpable**, signo que no fué encontrado en la última paciente clínicamente pero sí por medio del ultrasonido. En las cuatro pacientes, los hallazgos ultrasonográficos fueron **masas quísticas en el lado correspondiente a la trompa afectada**, en forma de salchicha, con proyecciones papilares dentro del quiste que son características del carcinoma tubario.

En todas las pacientes se observó ultrasonográficamente HIDROPS TUBAE PROFLUENS: en las dos primeras pacientes se apreció escurrimiento del líquido libremente desde la masa tubaria y su paso a través del ostium uterino hasta la cavidad uterina, acompañado de escurrimiento vaginal que fué referido por las pacientes y corroborado por el médico durante la realización del procedimiento y en las dos últimas pacientes se observó el escurrimiento del líquido por vía vaginal en forma brusca y en abundante cantidad, acompañado de cambios también bruscos en la forma y tamaño de la masa tubaria.

En todos los casos el diagnóstico se corroboró por medio de laparotomía con estudio histopatológico de las piezas quirúrgicas.

A pesar de todo lo dicho en líneas anteriores, el diagnóstico preoperatorio del carcinoma primario de la trompa uterina en un principio se realizó solamente en una pequeña proporción de los casos: **NÜRNBERGER** ⁽⁴¹⁾ en **301 casos** encontrados en la literatura hasta **1930**, solo encontró **2 casos** en los cuales el diagnóstico preoperatorio fué hecho correctamente; posteriormente, **AHUMADA** ⁽⁸⁾ en su revisión de la literatura de **1930 a 1950**, en **333 casos** reportados el diagnóstico preoperatorio fué hecho solamente en **13 casos** y después **SEDLIS** ⁽⁹⁾ en la literatura revisada de **1950 a 1960**, en **230 casos** consignados encontró **5 casos** con diagnóstico preoperatorio correcto ^{(59, 94, 100, 101).}

Pero un hecho real es que recientemente empieza a aumentar, -aunque también en pequeña proporción-, el número de casos reportados en los cuales el diagnóstico se ha realizado adecuadamente antes de la intervención quirúrgica (25, 27, 28, 31, 64, 66, 87, 96, 97, 98, 99, 102, 103, 104).

Nosotros pensamos que esto es debido más que al perfeccionamiento de los métodos diagnósticos auxiliares, al mejor conocimiento que se tiene de la enfermedad y consideramos que el número de casos diagnosticados tempranamente aumentarán si se tienen en mente la posibilidad diagnóstica por lo que hacemos las siguientes observaciones:

a) En el grupo de pacientes postmenopáusicas, la instealación brusca de escurrimiento genital anormal en mujeres por lo demás asintomáticas; o con sintomatología de hemiabdomen inferior no precisa, debe ser abordado con sospecha. El escurrimiento genital sanguinolento ó un franco sangrado postmenopáusico, con biopsia cervical y de endometrio negativos, deben ser sometidos a laparotomía exploradora aún en ausencia de masas anexiales palpables.

No es necesario decir que el tratamiento de una masa anexial palpable en la mujer postmenopáusica es quirúrgico por medio de laparotomía, dado que la masa representa en un alto porcentaje de los casos una tumoración maligna de ovario ó de trompa y la enfermedad pélvica inflamatoria es rara en la postmenopausia. El uso generalizado de citologías puede ser aún más útil en este grupo de pacientes ya que de nueva cuenta un frotis POSITIVO con biopsia cervical y endometrial NEGATIVOS es casi patognomónico de carcinoma tubario.

b) El reposo en cama, previo a la colección de material para citología o la aplicación de la técnica del diafragma cervical durante toda la noche deben ser intentados en los casos de escurrimiento genital anormal inexplicable o en masas anexiales sospechosas.

e) En todas aquellas pacientes que presentan escurrimiento genital anormal persistente, con o sin masa anexial palpable, se debe realizar ultrasonografía pélvica, ya sea abdominal y/o vaginal, para la detección de patología pélvica, buscando intencionalmente patología tubaria.

f) Finalmente el hecho de que la trompa uterina se comunice con el exterior permitiendo el escape de una descarga líquida y/o con sangre con la consecuente dispersión de células neoplásicas dentro de la vagina, permite el reconocimiento de signos de alarma tempranos que deben poner alerta al ginecólogo. Por lo tanto, el carcinoma primario tubario debería ser reconocido mucho más temprano y con más frecuencia que un tumor maligno del ovario, el cual permanece sin dar síntomas por un largo período de tiempo debido a su localización aislada.

PRONOSTICO

La gran mayoría de los autores están de acuerdo en afirmar que el carcinoma primario de la trompa uterina es un padecimiento de extrema gravedad.

NÜRNBERGER ⁽⁴¹⁾ en su revisión de la literatura de 1886 a 1930, en 301 casos reportados solamente encontró 4 casos con sobrevida de más de 5 años.

PARSONS ⁽¹⁰⁵⁾ afirmó que " el elemento más importante en relación con el carcinoma primario tubario recae no en su rareza, sino en el hecho de que representa la forma más maligna no solo de los carcinomas de los órganos genitales femeninos sino de cualquier parte del cuerpo ".

Para mayor énfasis a esta afirmación, este autor mencionó que en la serie estudiada, la tasa de sobrevida fué menor del 4% a tres años.

Por otra parte, **FULLERTON** ⁽⁴⁾ opinó que no más del 5% de los casos obtenían una sobrevida superior a los 5 años.

Este pesimismo acerca del pronóstico de las pacientes con este padecimiento predominó entre la mayoría de los autores probablemente debido a que no existía clasificación alguna que permitiera seleccionar los casos.

HU y Cole⁽⁶⁾ reportaron en 1945 que encontraron una relación entre el grado histológico y la sobrevida de los pacientes. Este autor observó una sobrevida a 5 años del 40%, siendo los carcinomas poco diferenciados los relacionados con el peor pronóstico. Sin embargo, los reportes de casos de DENHAM y McLENNAN⁽¹⁰⁶⁾, HANTON y Cols.⁽¹⁷⁾, YOONESSI⁽¹⁰⁷⁾ y otros no apoyaron esta conclusión.

En publicaciones posteriores empezaron a aparecer **CLASIFICACIONES POR ESTADIOS**, propuestas por diversos autores de las cuales ya hemos hablado detalladamente en el capítulo correspondiente.

EREZ⁽¹⁰⁸⁾ propuso su clasificación tomando en cuenta el grado de extensión del tumor y MONTAZEE⁽⁶³⁾ en 1968, utilizando esta clasificación en un análisis de 30 casos, reportó una tasa de sobrevida a 3 años en los Estadios I, II y III del 60%, 40% y 10% respectivamente.

Posteriormente DODSON⁽²⁵⁾ propuso una clasificación similar a la clasificación de los tumores malignos del ovario la cual empezó a ser utilizada por diferentes autores observándose mejores tasas en la sobrevida a los 5 años. Actualmente esta es la clasificación vigente, aceptada por THE INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO) y por THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST COMMITTEE ON TERMINOLOGY (ACOG). Ver todas las clasificaciones en el capítulo correspondiente.

Reportes recientes de casos en los cuales se ha utilizado esta última clasificación por Estadios y las Tasas de sobrevida observadas a 5 años se muestran en la tabla VII.

TABLA VII

AUTOR	AÑO	NUMERO DE PACIENTES	SOBREVIDA A 5 AÑOS		
			E I	E II	E III
RAJU y Cols. ⁽⁴⁸⁾	1981	22	57%	58%	25%
ROBERTS y Col. ⁽¹⁰⁹⁾	1982	102	77%	42%	6%
DEHAM y Col. ⁽¹⁰⁸⁾	1984	40	69%	39%	29%
EDDY y Cols. ⁽³¹⁾	1984	71	40%	40%	5%
Mc MURRAY ⁽³⁴⁾	1986	30	56%	27%	14%
PETERS III y Cols. ⁽¹¹⁰⁾	1988	115	55%	30%	10%

CUARTA PARTE

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA PRIMARIO DE LA TROMPA UTERINA

A principios del presente siglo, no existía uniformidad de opiniones entre los autores en relación con el tratamiento del carcinoma primario de la trompa de Fallopio. Esto es comprensible ya que no existía suficiente experiencia acumulada con los procedimientos terapéuticos empleados que permitieran a los autores comparar su terapéutica con series de control.

Clásicamente se han empleado tres métodos de tratamiento para ésta enfermedad: **LA CIRUGIA, LA RADIOTERAPIA INTRAUTERINA y/o LA RADIACION EXTERNA** y recientemente, **LA QUIMOTERAPIA.**

NÜRNBERGER ⁽¹⁾ en 1931, se manifestó partidario de la **HISTERECTOMIA RADICAL** ampliada del tipo **WERTHEIM** ⁽²⁾ en el tratamiento quirúrgico de ésta enfermedad que asegurara la extirpación de los parametrios y de los ganglios hipogástricos e ilíacos; reconociendo sin embargo, que este tipo de intervención en el carcinoma primario tubario presentaba habitualmente dificultades muy superiores a las que se observan en el carcinoma

del cérvix, condicionadas por las extensas y frecuentes adherencias existentes de ésta a los órganos vecinos y también debido a la gran friabilidad de la trompa carcinomatosa. Por otro lado, la diseminación del carcinoma tubario no se hace hacia los parametrios; de modo que la Histerectomía Radical no es necesaria. La Linfadenectomía - teniendo en cuenta los pedículos linfáticos encontrados por **PELLÉ y PELLÉ** - tendría que hacerse en los ganglios pre-aórticos, ilíacos externos e inguinales internos ipsilaterales.

MITCHELL y MOHLER ⁽³⁾ en 1940, apoyaron la tendencia terapéutica anterior agregando que aunque la trompa contralateral fuera aparentemente normal, no descartaba que se debiera realizar un procedimiento quirúrgico radical.

HOOPS ⁽⁴⁾ en 1942, sugirió dejar el cérvix y una porción del cuerpo uterino para radioterapia local.

BLOCK ⁽⁵⁾ en 1947, preconizó realizar en estas enfermas Salpingo-ooforectomía bilateral con conservación del útero para utilizarlo posteriormente en la radioterapia.

Como puede observarse, en esa época no pasaban de ser opiniones aisladas de algunos autores según el resultado obtenido por su propia experiencia.

Fué hasta 1961 cuando **SEDLIS** ⁽⁶⁾ en su cuidadosa revisión de 230 casos publicados en la década de 1950 a 1960, encontró que la mayoría de los autores en las series reportadas siguieron el procedimiento quirúrgico usualmente empleado en el manejo del carcinoma del ovario, es decir, remoción del útero por medio de **HISTERECTOMIA TOTAL** o **SUBTOTAL** con o sin **SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL**, empleando o no empleando **LA RA DIO TERAPIA INTRACAVITARIA y/o LA RADIACION EXTERNA** después de la operación.

En la revisión de la literatura realizada por éste autor, sobre un total de 189 casos, los métodos terapéuticos empleados por los diversos autores se resumen en las tablas VIII y IX.

TABLA VIII

Métodos de tratamiento empleados y resultados obtenidos **CON** el empleo de radiación externa y/o implantes de radio.

	TOTAL DE CASOS	SOBREVIDA A 5 años
HISTERECTOMIA TOTAL	69	11 CASOS
HISTERECTOMIA RADICAL	3	0 CASOS
HISTERECTOMIA SUBTOTAL	19	5 CASOS
SALPINGECTOMIA	8	2 CASOS
SALPINGO-OOFORECTOMIA	29	8 CASOS

TABLA IX

Métodos de tratamiento empleados y resultados obtenidos SIN el empleo de radiación externa y/o implantes de radio.

	TOTAL DE CASOS	SOBREVIDA A 5 años
HISTERECTOMIA TOTAL	34	3 CASOS
HISTERECTOMIA RADICAL	1	1 CASO
HISTERECTOMIA SUBTOTAL	19	5 CASOS
SALPINGECTOMIA	2	0 CASOS
SALPINGO-OOFORECTOMIA	5	0 CASOS

Como se puede apreciar en las tablas anteriores, los mejores resultados se obtuvieron en el grupo tratado con **histerectomía total abdominal más radiación externa** y en el grupo tratado con **salpingo-ooforectomía bilateral más radio intrauterino**.

Sin embargo, la radiación externa empleada en el tratamiento de ésta enfermedad no está bien esclarecido. **FRANKEL** ⁽⁷⁾, **HAYDEN** y **Cols.** ⁽⁸⁾, **HANTON** y **Cols.** ⁽⁹⁾ y **MOMTAZEE** y **Cols.** ⁽¹⁰⁾ y más recientemente **FELIX WONG** ⁽¹¹⁾ han demostrado que la radiación externa no beneficia a las pacientes.

Por otra parte, **MASON** ⁽¹²⁾, **ROSS** y **Cols.** ⁽¹³⁾, **EREZ** y **Cols.** ⁽¹⁴⁾, **DODSON** ⁽¹⁵⁾, **BOUTSELIS** y **Cols.** ⁽¹⁶⁾ y **PHELPS** y **Cols.** ⁽¹⁷⁾ han recomendado el uso de radioterapia de rutina en postoperatorio de ésta enfermedad. **FOGH** ⁽¹⁸⁾ publicó su experiencia en **38** pacientes tratadas en tres centros de Radioterapia en Dinamarca y demostró que las altas dosis de radiación postoperatoria (3000 a 4500 rads) aumentaban en **2.5 años la tasa de sobrevida**.

QUIMIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA PRIMARIO TUBARIO

Existe poca información en la literatura acerca del uso de agentes quimioterápicos para el tratamiento del carcinoma primario de la trompa uterina en los estadios avanzados de la enfermedad.

El primer reporte de un caso tratado con un agente quimioterápico (no especificado), fué hecho por GREEN y SCULLY⁽¹⁹⁾ sin que hubiera en la paciente respuesta clínica apreciable.

HURLBUTT y NELSON⁽²⁰⁾ reportaron que en su serie de 12 casos, utilizaron en un caso **MOSTAZA NITROGENADA**, administrada por instilación en el fondo de saco vaginal posterior pero no realizaron seguimiento clínico de la paciente, por lo que se ignora la respuesta clínica.

HANTON y Cols.⁽⁹⁾ en el reporte de 27 casos de la **CLINICA MAYO**, comunicaron que en 7 pacientes se administró quimioterapia. Dos pacientes recibieron **MOSTAZA NITROGENADA** sistémica; otras dos pacientes recibieron **5-FLUORACILO**; otras dos pacientes más recibieron **TIOTEPA** (trietilen-tiofosforamida) y la paciente restante recibió una combinación de **CITOXAN** y **MOSTAZA NITROGENADA**. Ninguno de los agentes quimioterápicos antes mencionados o la combinación de los mismos causaron remisión significativa del tumor en alguna paciente.

STEELE⁽²¹⁾ reportó un caso en el cual se le administró a la paciente **CLORAMBUCIL** por recurrencia del tumor pero el seguimiento clínico no está incluido en el reporte.

EREZ y Cols.⁽¹⁴⁾ reportaron el uso de agentes quimioterápicos en dos de las diez pacientes estudiadas por ellos: Una recibió **TIOTEPA** (trietilen-tiofosforamida) por recurrencia del

tumor, pero la enferma murió un mes después de iniciado el tratamiento. La segunda paciente, también recibió **TIOTEPA** por varios meses sin que se observara respuesta clínica, por lo que se cambió a **5-FLUORACILO**, y los autores mencionan que la enferma presentó una marcada respuesta clínica con disminución en la formación de líquido de ascitis; sin embargo, esta respuesta fue breve y aproximadamente dos meses después, la enfermedad progresó rápidamente, con desenlace fatal.

CONN y **Cole** ⁽²²⁾ en el reporte de 4 casos, comunicaron que una paciente recibió **TIOTEPA** (trietilen-tiofosforamida) por recurrencia del tumor sin que hubiera mejoría apreciable.

HOUGHTON y **Cole** ⁽²³⁾ reportaron haber utilizado **MOSTAZA NITROGENADA** durante tres ciclos por vía sistémica en un caso, sin respuesta clínica.

DODSON y **Cole** ⁽¹⁵⁾ reportaron haber utilizado quimioterapia en tres de diez pacientes estudiadas, una de ellas (en estadio IV de la enfermedad), fue tratada con terapia combinada, utilizando **TRATAMIENTO QUIRURGICO, RADIACION POSTOPERATORIA** y **QUIMIOTERAPIA A LARGO PLAZO** con **ALKERAN** (melfalán) con sobrevivencia de la paciente de 2 años. Las otras dos recibieron quimioterapia (con agente no especificado) sin que se observara beneficio.

BORONOW ⁽²⁴⁾ reportó un caso en el cual a la paciente se le administró **ALKERAN** (melfalán), presentándose remisión completa del tumor por trece meses.

SMITH ⁽²⁵⁾ en una serie de 22 casos reportados comunicó lo siguiente: 11 pacientes fueron tratadas con **ALKERAN** (melfalán) teniendo respuesta parcial en dos casos (en una paciente por tres meses y en la otra por veintisiete meses). Otras 3 pacientes fueron tratadas con **TIOTEPA** (trietilen-tiofosforamida), presentándose remisión completa por 15 meses, en un caso. En las otras ocho mujeres se utilizó **ALKERAN** (melfalán) en combinación con un

PROGESTAGENO (no especificado), presentándose remisión completa en dos casos: en una de ellas por nueve meses y en la otra por diecinueve meses.

Como puede observarse, han sido múltiples los intentos realizados con diversos agentes quimioterápicos con pobre respuesta clínica ante la agresividad del tumor.

Continuando la revisión de la literatura, en publicaciones posteriores a los reportes antes descritos, encontramos que la **QUIMIOTERAPIA COMBINADA CON AGENTES ALQUILANTES QUE CONTIENEN CIS-PLATINO** ofrece un rango de respuesta clínica que va de un **50% a un 80% de los casos** (26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33).

Desafortunadamente se desconoce si el **CIS-PLATINO** utilizado solo pudiera ser tan eficaz como el uso del **cis-platino** en combinación con otros agentes quimioterápicos por que todos los datos anteriores se han obtenido de estudios retrospectivos que deben ser confirmados con un estudio prospectivo.

No obstante, en la práctica, cualquier respuesta objetiva con el uso de agentes quimioterápicos - ya sea solos o en combinación - debe ser considerada como útil en el manejo de pacientes con estadio avanzado de esta enfermedad.

INFORME DE CASOS

HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

En el archivo de Anatomía Patológica del Hospital Español de México se revisaron aproximadamente 10,000 expedientes de padecimientos ginecológicos en un periodo de 30 años, comprendiendo los años de 1962 a 1992 y encontramos únicamente **DOS CASOS** de Carcinoma Primario Tubario que a continuación se resumen:

CASO N° 1:

Expediente 100094, A. M. D. de R. de 49 años de edad. Originaria de Veracruz, Ver. casada y dedicada a las labores del hogar. No se consignan en el expediente antecedentes. Ingresó al Hospital Español el día 19 de junio de 1960 programada para Histerectomía Total Abdominal con diagnóstico clínico de Miomatosis Uterina. Ese mismo día se le realizó Histerectomía Total Abdominal con Salpingo-coforectomía Bilateral. El diagnóstico post-operatorio fué Miomatosis Uterina de pequeños elementos e Hidrosálpinx derecho. Se mandaron las piezas quirúrgicas al laboratorio de Anatomía Patológica. El reporte anatómo-patológico fué **HIPERPLASIA GLANDULAR REGENERATIVA DE LA MUCUOSA UTERINA, POLIPO ENDOMETRIAL Y ADENOCARCINOMA PRIMARIO DE LA TROMPA UTERINA DERECHA MEDIANAMENTE DIFERENCIADO**, con lesión inflamatoria y áreas de necrosis.

Se desconoce la terapéutica post-operatoria empleada. La paciente falleció en el mes de mayo de 1980 a los 69 años de edad (20 años después).

CASO N° 2:

Expediente 199727. M. G. P. de A. de 52 años de edad originaria de Veracruz, Ver., casada y de profesión médico. AHF: abuela paterna falleció de Ca Cu. AP no P y APP sin importancia.

AGO: menarca a los 11 años. TM 30/3. Gestas III Paras III. Menopausia a los 49 años de edad.

Acutió a consulta el 10 de febrero de 1976 por presentar sangrado transvaginal post-menopáusico en escasa cantidad, de sangre oscura, de 7 días de evolución y dolor cólico en fosa iliaca derecha.

A la exploración física se palpó masa anexial derecha y se corroboró el sangrado de procedencia uterina. Se hospitalizó a la paciente con diagnóstico de sangrado uterino normal post-menopáusico y probable hidrosálpinx derecho.

El día 11 de febrero de 1976 se le realizó Histerectomía Total Abdominal con Salpingo-ooforectomía Bilateral y se mandaron las piezas quirúrgicas al laboratorio de Anatomía Patológica.

El reporte histopatológico fué **ECTO-ENDOCERVICITIS CRONICA. ENDOMETRIO ATROFICO. ADENOMIOSIS BASAL. SALPINGO-OVARITIS CRONICA DERECHA. ADENOCARCINOMA DE TROMPA UTERINA IZQUIERDA MEDIANAMENTE DIFERENCIADO** con infiltración a la pared muscular lisa y metástasis a ovario izquierdo.

El 18 de febrero de 1976 se inició radioterapia con cobalto 66. La paciente falleció tres años después.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

CONCEPTOS GENERALES

- 1) **COURTY** and **SCHRÖEDER**, citados por **NÜRNBERGER L.** Die Gutartigen und Bösartigen Neubildungen der Tuben. *Handbuch der Gynäkologie*. J.F. Bergmann Munich, Alemania, 1932. Cap. 7, pag. 679.
- 2) **MALINAK L R**, **G V MILLER** and **J T ARMSTRONG** Primary Squamous Cell Carcinoma of the Fallopian Tube. *Am J Obstet Gynecol.*; 95: 1167, 1965
- 3) **BLOCK E.** Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. *Acta Radiol.*; 28: 49, 1947
- 4) **WEISS P D**, **M K Mac DOUGALL**, **J WREAGAN** and **W B WENTZ** Primary Adenosquamous Carcinoma of the Fallopian Tube. *Obstet Gynecol.*; 55 (3 suppl): 88s, 1980
- 5) **MM F C.** Primary Adenosquamous Carcinoma of the Fallopian Tube. *South Med J.*; 73: 678, 1980
- 6) **MOORE D H**, **J T WOOSLEY**, **R H REDDIK**, **L A WALTON** and **G P SIEGAL.** Adenosquamous Carcinoma of the Fallopian Tube. *Obstet Gynecol.*; 157 (4 part 1): 903, 1987
- 7) **CZERNOBILSKY B**, **J L CORNOG**; Squamous Predominance in Adenosarcoma of Anexa. Report of a patient. *Obstet Gynecol.*; 37: 555, 1971

- 8) ROSS W M. Primary Tumours of the Fallopian Tube. A report of eight cases of Adenocarcinoma and one case of unusual carcinoma
Canad Med Ass J, 96 (6): 328, 1967
- 9) O'TOOLE R V, S E TUTTLE and N T SHAH Heterologous Carcinosarcoma of the Fallopian Tube.
J. Reprod. Med; 27 : 749, 1982.
- 10) BUCHINO J J and J J BUCHINO. Malignant Mixed Müllerian Tumor of the Fallopian Tube
Arch Pathol Lab Med ; 111 (4): 356, 1987.
- 11) SERAJI M, A KING, D CHASE. Malignant Mixed Müllerian Tumor of the Oviduct.
Gynecol Oncol; 37 (1): 296, 1990.
- 12) HU C Y, M L TAYMOR and A T HERTIG. Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
Am J Obstet Gynec; 59: 58, 1950.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

PRIMERA PARTE

(INTRODUCCION, ANATOMIA Y EMBRIOLOGIA DE LA TROMPA UTERINA)

- 1) PELLÉ M A et O PELLÉ; *Lymphatiques de la Trompe*
Ann d' Anat Path 8 : 605, 1931.
- 2) SPEERT HAROLD; *Obstetric and Gynecologic Milestones. Essays in Economy.* Mc Milan New York, 1958.
Resumen y traducción por el Dr. Abel Cruz Rodriguez.
Rev Med Hosp Muj 2 (2): 53, 1992.
- 3) HAMILTON W J, *Human Embryology (Prenatal Development of form and function)*, Ed W Heffer and Sons LTD, Cambridge, England, 1962 Tercera edicion
- 4) NARBAITZ ROBERTO, *Embriologia.* Ed Panamericana, Argentina, Buenos Aires; 1977 Cuarta edicion.
- 5) MASSON et CIE, *Embriologia Cuadernos practicos, Tomo II;* Ed Toray - Masson, S. A España 1969.
- 6) TESTUT L, A LATARJET, *Anatomia Humana, Tomo IV, pag 1096,* Ed Salvat editores, Barcelona España. 1988.
- 7) LAIN ENTRALGO PEDRO; *Historia Universal de la Medicina, Tomo IV, pag. 63,* Ed Salvat editores, Barcelona España, 1980

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

PRIMERA PARTE (DATOS HISTORICOS)

- 1) **DORAN A**; Primary Cancer of the Fallopian Tube.
Tr Path. Soc. London, England. **32: 205, 1888**
- 2) **ORTHMANN E G**; Ein Primares Carcinoma Papillare Tubae dextrae, verbunden mit Ovarial abscess.
Zentralbl f Gynäköl; **10: 816, 1886**
- 3) **ORTHMANN E G**; Ueber Carcinoma Tubae.
Zschr Geburtsh Gyn; **15: 212, 1888**
- 4) **KALTENBACH**; Zentralbl f Gynäköl; **13: 74, 1889**
- 5) **ROUTIER**. Citado por **HOLLAND W W**; Primary Carcinoma of the Fallopian Tubes.
Surg Gyn Obst **51: 663, 1930**
- 6) **TUFFIER**. citado por **HOLLAND W W**; Primary Carcinoma of the Fallopian Tubes.
Surg Gyn Obst **51: 663, 1930**
- 7) **SANGER M** and **J BARTH** . citados por **MARTIN A**, Die Krankheiten der Eileiter. Leipzig, Alemania. Eduard
Besold, **1895**.
- 8) **Le COUNT E R**. The Genesis of Carcinoma of the Fallopian Tube in Hyperplastic Salpingitis, with report of a
case and a table of twenty-one reported cases
Bull John's Hopkins Hosp **12, 55, 1901**

- 9) **PEHAM H**; Das Primäre Tubenkarzinome
Zachr f Heilk; 24: 317, 1903
- 10) **DORAN A**; Primary Cancer of the Fallopian Tube
J Obstet and Gynaecol Brit Emp; 17: 1, 1910
- 11) Von **FRANQUÉ O**; Ueber das Gleichzeitige Vorkommen von Karzinom und Tuberkulosen an den Weiblichen Genitalien, insbesondere Tube und Uterus.
Zachr f Geburtch Gyn. 69: 409, 1911
- 12) **L'ESPERANCE, EUSE S**; Citado por Nürnberger L (15).
Proc N York Path Soc; 17: 148, 1917.
- 13) **LIANG Z**; Was Lehrt das Primäre Tubenkarzinom in Pathologischer Hinsicht.
Arch f Path Anat; 259: 577, 1926
- 14) **WHARTON L H and F H KROCK**; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
Arch Surg; 12: 848, 1929
- 15) **NÜRNBERGER L**; Die Gutartigen und Bösartigen Neubildungen der Tuben. **Handbuch der Gynäkologie. J F Bergmann, Munich, Alemania, 1932. Cap. 7, pag. 679.**
- 16) **ROBINSON M R**; A report of three cases of Primary Cancer of the Fallopian Tubes. With a summary of the cases omitted from Nürnberger's report (1931) and those recorded to 1935
Am J Obstet Gynec; 32; 84, 1936
- 17) **MARTZLOFF K H**, Primary Cancer of the Fallopian Tube. A considerations of its incidence, clinical diagnosis and treatment with the report of a case diagnosed before operation.
Am. J Obstet Gynec; 40: 804, 1940

- 18) MULLINS D F and R MOSTELLER ; Bilateral Adenocarcinoma of Fallopian Tubes
Am J Obstet Gynec; 45; 1042, 1943
- 19) MITCHELL R M and R W MOHLER ; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube
Am J Obstet Gynec; 50; 283, 1945
- 20) HU C Y , M L TAYMOR and A T HERTIG; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
Am J Obstet Gynec; 59 (1): 58, 1950
- 21) BREA C A; Carcinoma Primitivo de la Trompa
Bol Soc de Obst y Ginec de Buenos Aires; 25; 340, 1945
- 22) LOFGREN K A and M B DOCKERTY; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. *Am J Obstet Gynec* ; 82
(2): 199, 1946
- 23) KIMBROUGH R A and C C BRUCE in DAVIS, CARL HENRY, editor, *Gynecology and Obstetrics*; Hagerstown,
Maryland, W F Prior Co ,Inc. , 1953 Vol II, cap. 14, pag. 12
- 24) HAYDEN G E and E L POTTER; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
Am J Obstet Gynec; 79 (1): 24, 1960
- 25) SEDLIS A; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
Obstet Gynec Surv; 16; 209, 1961
- 26) HURLBUTT and H B NELSON, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
Obstet Gynecol; 21 (6): 730, 1963.
- 27) VAUGHAN J; Primary Carcinoma of the Uterine Tube.
Obstet Gynecol 26 (1): 122, 1965.

- 28) COHN S, R W ROSSANO and A N FENTON, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
New York State J Med; 59 : 1321, 1959.
- 29) WEISS P D, M K Mc DOUGALL, J W REAGAN and W B WENTZ, Primary Adenosquamous Carcinoma of the Fallopian Tube
Obstet Gynecol; 55 (3 supl): 88s, 1980.
- 30) RAJU K, G H BARKER and E WILTSHAW, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. Report of 22 cases.
Br J Obstet Gynecol; 88: 1125, 1981.
- 31) HIRAI Y, J T CHEN, T HAMADA, I FUJIMOTO, K YAMAUCHI, K HASUMI, K MASUBUCHI and A SAKAMOTO, Clinical and Cytologic Aspects of Primary Fallopian Tube Carcinoma. A report of ten cases.
Acta Cytol ;31 (6): 834, 1987.
- 32) PEREZ MALDONADO G, C P GONZALEZ, R C VILLAREAL, Adenocarcinoma Primario de la Trompa de Falopio. Informe de 3 casos y revision de la literatura
Ginec Obst Mex; 57 : 252, 1989.
- 33) ZALEV A H, M E TRUDEAU, Carcinoma of the Fallopian Tube presenting as renal failure. case report.
Can Assoc Radiol J, 40 (2) : 112, 1989.
- 34) MUNTZ H G, H M TARRAZA, C D GRANAJ, A F Jr FULLER, Primary Adenocarcinoma of the Fallopian Tube. Report of nineteen cases.
Eur J Gynaecol Oncol ; 10 (4) : 239, 1989.
- 35) SANYAL R, A CHAKRABORTY, D GHOSH, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube with torsion. Case report.
J Indian Med Assoc. 87 (6) . 145, 1989.

- 36) **GRANBERG S, I JANSSON**, Early Detection of Primary Carcinoma of the Fallopian Tube by Endovaginal Ultrasound
Acta Obstet Gynecol Scand, 69 (7-8) : 667, 1990.
- 37) **BHAMARAPRAVATI Y, N ISRANGURA, S ALJIMAKORN**, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. a 20-year review at Ramathibodi Hospital. four case report.
J Med Assoc Thal : 73 (suppl 1) : 2, 1990.
- 38) **SOUNDARA RAGHAVEN S, CH P RAMDAS, R P REDDI, A OUMACHIGUI, P RAJARAM**; A review of Fallopian Tube Carcinoma over 20 years in Pondicherry. Nine cases report
Indian J Cancer ;28 (4): 188, 1991.
- 39) **THARMASEELAN N K, S SUNDRALINGAM**, Primary Adenocarcinoma of the Fallopian Tube. A case report.
Med J Malaysia; 44 (4) : 354, 1989.
- 40) **JACKSON YORK G L, I RAMZY**; Synchronous Papillary Mucinous Adenocarcinoma of the Endocervix and Fallopian Tubes in all three primary sites
Int J Gynecol Pathol; 11 (1) : 63, 1992.
- 41) **MUNTZ H G, B A GOFF, A D THOR, H M TARRAZA**; Post-hysterectomy Carcinoma Primary of the Fallopian Tube mimicking Vesicovaginal Fistula.
Obstet Gynecol ;78 (5 pt 2) : 853, 1992.
- 42) **CRISTALLI B, F DEVIANNE, M L DOLLEY, V IZARD, M LEVARDON**; Primary Cancer of the Fallopian Tube. A case revealed by pelvic peritonitis.
J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) ; 21 (1) : 35, 1992.

43) WISKIND A K, A G DUDLEY, B MAJMUDAR, K C MASTERSON; Primary Fallopian Tube Carcinoma with
coexistent tuberculous Salpingitis: a case report

J Med Assoc Ga; 81 (2): 77, 1992.

44) KONE M, G BODY, G CALAIS, A FIGNON, F FETISSOF, J LANSAC; Primary Adenocarcinoma of the
Fallopian Tube Retrospective study of 16 cases.

J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) ; 21 (2) : 187, 1992.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

PRIMERA PARTE

(CASOS DE CARCINOMA PRIMARIO DE LA TROMPA UTERINA PUBLICADOS EN LA REPUBLICA MEXICANA)

- 1) HINOJOSA DOMINGUEZ A, E HINOJOZA DOMINGUEZ; Carcinoma Primario de la Trompa de Fallopio.
Reporte de un caso
Rev Med del Hosp General, 25: 747, 1963
- 2) SANCHEZ CONTRERAS J, P GONGORA LOPEZ, E MARADIEGUE E . Carcinoma de la Trompa de Fallopio.
Ginec Obst Mex, 25 (156): 463, 1969
- 3) URRUTIA RUIZ M. Carcinoma con Radicacion Primaria en Trompa de Fallopio
Cirugía y Cirujanos; 38: 533, 1970
- 4) ANDRADE VARGAS A, J CASASOLA GARCIA, M NAHAMED S, H MORENO B, G ALONSO M. Carcinoma
Primario de la Trompa. Presentacion de 3 casos
Ginec Obst Mex; 45 (270): 299, 1979
- 5) MARQUEZ BECERRA A, A PANIAGUA T, F VILLALOBOS R, J FERNANDEZ A. Carcinoma Primario de la
Trompa de Fallopio.
Ginec Obst Mex; 45 (270): 311, 1979
- 6) PEREZ MALDONADO G, C PLONEDA G, R C VILLARREAL G; Adenocarcinoma Primario de la Trompa de
Fallopio Informe de 3 casos y revision de la literatura
Ginec Obst Mex, 57: 252, 1939

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

SEGUNDA PARTE

ANATOMIA PATOLOGICA DEL CARCINOMA PRIMARIO DE LA TROMPA UTERINA

(Características macroscópicas, Aspectos microscópicos y Clasificación histológica)

CLASIFICACION POR ESTADIOS

PROPAGACION, METASTASIS Y ETIOLOGIA

- 1) AHUMADA J C; El Cáncer Ginecológico. Tomo II, pag. 7. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, Argentina. 1953
- 2) SEDUS A, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube, Obstet Gynec Surv. 16. 209, 1961
- 3) NÖRNBERGER L; Die Gutartigen und Bösarartigen Neubildungen der Tuben en. Veit J-Stoeckel W Handbuch der Gynäkologie; Munich Alemania Ed. Bergmann, cap. 7, pag. 679, 1932.
- 4) QUENU et LONGUET; Les Tumeurs des Trompes, Rev Chir 24: 408, 1901.
- 5) THALER H; Tubenkärzinoine. Zentralbl Gynäkol 44: 576, 1920.
- 6) S C H U L T E; Bericht Über zwei an der Landesfrauenklinik Stettin Beobachtete Primäre Tubenkärzinoine. Zentralbl Gynäkol 61: 2184, 1937
- 7) FRIEDENHEIM B; Beitrag zur Lehre vom Tubenkärzinom.
Berl Klin Wchschr 18: 542, 1891
- 8) FALK E; Ueber Primäre epitheliale Neubildungen der Eileiter (Eileiterkrebs)
Berl Klin Wchschr 25: 554, 1896

- 9) **PEHAM H**; Das Primären Tuberkärzinom.
Ztschr f Heilk 25: 317, 1903
- 10) **SANGER M** and **J BARTH**, citado en **Halban-Seitz Biologie und Path des Weibes**, Band 5, 1 Teil 13, 1926
- 11) **LIPSCHITZ K**; Ein Fall von Primären Tuberkärzinom auf dem Boden alter Tuberkulose. **Monatschr f Gynäk 32: 33, 1914**
- 12) **WHARTON L R** and **F H KROCK**; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube **Arch Surg 19: 848, 1929**
- 13) **MEYER**. **Handbuch der Speziellen Path und mik Hist** Berlin, Alemania, Ed Julius Springer
Vol 7, pag. 847, 1930
- 14) **HU C Y**, **M L TAYMOR** and **A T HERTIG**, Primary carcinoma of the Fallopian Tube
Am J Obstet Gynec 52 (1): 58, 1950
- 15) **EREZ S**, **A L KAPLAN** and **J A WALL**, Clinical Staging of Carcinoma of the Uterine Tube.
Obstet Gynecol; 30 (4): 547, 1967
- 16) **MOMTAZEE S** and **R L KEMPSON**, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube
Obstet Gynec 32 (5): 649, 1968
- 17) **DODSON M G**, **J H FORD** and **H E AVERETTE**; Clinical Aspects of Fallopian Tube Carcinoma.
Obstet Gynec 32 (5): 649, 1968
- 18) **AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST COMMITTEE ON TERMINOLOGY**,
en: **Hughes E C**, Ed, **Obstetric Gynecologic Terminology with Section on Neonatology and Glossary of Congenital Anomalies**, Philadelphia, Ed Davis F A, **pag.157, 1972**

- 19) THE INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. Cancer Committee. Stating
announcement
Gynecol Oncol 25: 383, 1986
- 20) CULLEN T S; **Bull John's Hopkins Hosp. 22: 20, 1911**
- 21) VEST C W; A clinical study of Primary Carcinoma of the Fallopian Tube
Bull John's Hopkins Hosp. 25: 305, 1914
- 22) LIANG Z; Was Lehrt das Primären Tuberkärzinom in Pathologischer Ansicht.
Arch f Path Anat. 259: 577, 1926
- 23) DURET H; Epitheloma Primitif de la Trompe Uterine. **Rev Gyn 3: 213, 1899**
- 24) ZANGEMEISTER W; Ueber Primäres Tuberkärzinom. **Beitr Klin Chir; 34 96, 1902**
- 25) ROSSINSKY; Primarkrebs der Tube. Tesis de Basilea, 1910 Citado por Nürnberger L (3)
- 26) VACHA K; Primäres Tuberkärzinom mit Isolierter Metastase in den Supradaviculären Lymphdrüsen der
Entgegengesetzten Seite.
Ceskoslov Gynäk 4: 205, 1939
- 27) WESTERMARK und QUENSEL; Doppelseitiger Eileiterkrebs.
Zentralbl Gynäk 17: 272, 1893
- 28) MANTEL W; Ein Fall von Primärem Tuberkärzinom mit Metastasenbildung in der Leber. Tesis de ERLANGE 11,
1916. Citado por Nürnberg L (3)

- 29) **WANNER** und **TEUTSCHLAENDER**, Das Mesothorium und seine Wirkung aus Bösartige Neubildungen,
Mischr Geburtssch Gyn 38: 296, 1913
- 30) **KUNKLER**, Tesis de **HEIDELBERG**, 1923 Citado por **Nürmberger L (3)**
- 31) **SANTZ O**, Primäres Beiderseitiges Tuberkärzinom
Rozhl Chir Gynaek 204: 204, 1929
- 32) **LEURET J** et **LEROUX**, Un cas de Epithelioma Primitif double des Trompes
Bull Ass Fr Cancer 11: 20, 1922
- 33) **COUTURIER M G** and **R C NEALE** Adenocarcinoma of Umbilicus Secondary to Fallopian Tube Carcinoma.
J Obstet Gynecol 105 (1): 32, 1969
- 34) **CURTIN J** and **B G RADDEN**, Mandibular Metastasis from a Primary Adenocarcinoma of the Fallopian Tube.
J Oral Maxillofac Surg 43 (8): 636, 1985
- 35) **MITCHELL R M** and **R W MOHLER**, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube
Am J Obstet Gynecol 50: 283, 1945
- 36) **EWING J**, **Neoplastic Diseases**. A treatise on Tumors. Ed. 3 Philadelphia and London,
Wb Saunders Co., 1929, pag 653
- 37) **WECHSLER H T**, Primary Carcinoma of the Fallopian Tubes.
Arch Path Labor Med 2: 161, 1926
- 38) **GUPTA N**, Primary Papillary Carcinoma of the Fallopian Tubes.
J Obst Gynaec Brit Emp 38: 839, 1931

- 39) **KRAUS**, Ueber karzinomähnliche Epithelwucherungen in der Tuben.
Zentral Gynäkol **38** : 315, 1914
- 40) **W O L F F B** Ueber Adenomähnliche Wucherungen der Tubenschleimhaut bei Tuben-tuberkulose.
Mech Geburtsh Gyn **5**, 497, 1897
- 41) **Von FRANQUE O**, Ueber das Gleichzeitige Vorkommen von Karzinom und Tuberkulose an den Weiblichen Genitalen, Insbesondere Tube und Uterus.
Zachr Geburtsh Gyn **69**: 409, 1900
- 42) **DICKSON W P G, K B LODGE and A S WOODCOCK**, A case of a Primary Carcinoma of the Fallopian Tube associated with Tuberculous Salpingitis
J Obst Gynaec Br Emp **59**: 834, 1952
- 43) **ENGSTROM L**; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube
Acta Obst Gynec Scandinav **35**: 289, 1957
- 44) **NIENDORF F**, Ein primäres Karzinom in Einer Tuberkulösen Tube
Zentralbl Gynäkol **72**: 826, 1950
- 45) **WOLSKEL H G, B H BARNETT and M SYMONS**; Carcinoma and Tuberculosis of the Fallopian Tube ;
J Obst Gynaec Brit Emp **60**: 535, 1953
- 46) **S H A R M A N**; Genital Tuberculosis in Meigs and Sturgis, **Progress in Gynecology**, vol **3**.
Grune and Stratton, 1957
- 47) **VINALL P S , N BUXTON and P N COWEN**, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube Associated with Tuberculous Salpingitis. A case Report.
Br J Obstet Gynaecol **86**: 894, 1979

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

TERCERA PARTE

ASPECTOS CLINICOS DEL CARCINOMA PRIMARIO DE LA TROMPA UTERINA

(Frecuencia, edad, antecedentes gineco-obstetricos, sintomatologia, hallazgos a la exploración física)

DIAGNOSTICO

METODOS DIAGNOSTICOS AUXILIARES

PRONOSTICO

- 1) **BARROWS D N**, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube, with report of Three cases
Am J Obstet Gynec. 13: 710, 1927.
- 2) **WHARTON L R** and **F H KROCK**, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube
Arch Surg 19: 848, 1929.
- 3) **ANSPACH B M**; The Early Diagnosis of Adnexal Cancer.
Am J Surg 20: 571, 1930.
- 4) **FULLERTON W D**; Primary Carcinoma of the Fallopian Tubes.
Am J Surg 48: 467, 1940.
- 5) **AYRE J E**, **W A G BAULD** and **P J KEARNS**; Primary Carcinoma of the Fallopian Tubes.
Am J Obst Gynec 50: 196, 1945.
- 6) **HU C Y**, **M L TAYMOR** and **A T HERTIG**; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
Am J Obst Gynec 59 (1): 58, 1950.

- 7) MITCHELL R M and R W MOHLER; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube
Am J Obst Gynec 59: 283, 1945
- 8) AHUMADA J C; El Cancer Ginecologico. Tomo II. pag 7. Ed El Ateneo. Buenos Aires, Argentina, 1953.
- 9) SEDUS A, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube
Obst Gynec Surv 16: 209, 1961.
- 10) EMGE L A; Six Cases of Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
West J Surg 56: 334, 1948.
- 11) FINN W F and C T JAVERT, Primary and Metastatic Cancer of the Fallopian Tube
Cancer 2: 803, 1949.
- 12) WEININGER E; Uber das Primare TubenKärzinom
Zentralbl Gynäkol 75: 54, 1953.
- 13) KREMER H and R ULM, Zur Problematik des Primären TubenKärzinoms
Arch Gyn 185: 609, 1955.
- 14) CHALMERS J A and A T MARSHALL; Carcinoma of the Fallopian Tube.
Br J Obstet Gynecol 81 (7): 580, 1976.
- 15) JOHNSON W O and A J MILLER; Primary Carcinoma of the Oviduct.
Ann Surg 93: 1208, 1931.
- 16) KAHN M E and S NORRIS, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube
Am J Obstet Gynec 28: 393, 1934.

- 17) HANTON E M, G D MALKASIAN, D C DAHLIN and J H PRATT; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube
Am J Obstet Gynec **94** (6): 832, 1966.
- 18) GATTO V, M A SELIM and M LANKERAMI, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube in an adolescent.
J Surg Oncol **33** (3): 212, 1988.
- 19) ROCKMANS M, Trois cas d' Adenocarcinome Primitif de la Trompe de Fallope.
Bull Ass Gyn Obst **1**: 376, 1949.
- 20) NEIMAN A and D R RUSS; Primary Adenocarcinoma, Papillary, of the Fallopian Tube
Am J Obstet Gynec **50**: 689, 1950.
- 21) JOHNSON W O, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube Twenty-five year Survey (1930-1955) in Six
Louisville Hospital.
Am Surgeons **24**: 489, 1958.
- 22) WEEKS L R, R ANZ, E UMBERT and E B WHITING; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. Am J Obstet
Gynec **64**: 62, 1952.
- 23) HURLBUTT F R and H B NELSON; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube Report of 12 new cases. Obstet
Gynec **21** (6): 730, 1963.
- 24) KNEALE B L G and H D ATTWOOD; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube Report of 13 cases. **94** (8):
840, 1966.
- 25) DODSON M G, J H FORD and H E AVERETTE; Clinical Aspects of Fallopian Tube Carcinoma. Obstet
Gynecol **36** (6): 935, 1970

- 26) **KINZEL G E**, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
Am J Obstet Gynec 125 (6): 816, 1976.
- 27) **BENEDET J L, G W WHITE, R N FAIREY and D A BOYES**, Adenocarcinoma of the Fallopian Tube: Experience with 41 patient. **Obstet Gynecol** 50 (6): 654, 1977.
- 28) **HERSHEY D W, R H FENNELL and F J MAJOR**, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. **Obstet Gynecol** 57 (3): 367, 1981.
- 29) **KANKPATI S R, G H BARKER and E WILTSHAW**, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube: Report of 22 cases. **Br J Obstet Gynaecol** 88: 1125, 1981.
- 30) **AMENDOLA B E, J La ROUERE, M A AMENDOLA, K D Mc KLATCHERY, I H HAN and G W MORLEY**, Adenocarcinoma of the Fallopian Tube. **Surg Gyn Obst** 157: 223, 1983.
- 31) **EDDY G L, L J COPELAND, D M GERSHENSON, E N ATKINSON, J T WHARTON and F N RUTLEDGE**, Fallopian Tube Carcinoma.
Obstet Gynecol 64 (4): 546, 1984.
- 32) **FELIX WONG W S and J WAGSTAFF**, Surgery and Radiotherapy in the Treatment of Primary Carcinoma of the Fallopian Tube: Report of 18 cases. **Aust N Z J Obstet Gynaecol** 25 (3): 211, 1985.
- 33) **SEMRAD N, W WATRING, Y S FU, J HALLATT, M RYOO and L LAGASSE**, Fallopian Tube Adenocarcinoma: Common Extrapitoneal Recurrence.
Gynaecol Oncol 24 (2): 230, 1986.
- 34) **Mc MURRAY E H, A J JACOBS, C A PEREZ, H M CAWEL, M S KAO and A GALAKATOS**, Carcinoma of the Fallopian Tube: Management and Sites of Failure.
Cancer 58 (9): 2070, 1986.

- 35) **BARAKAT R R, S C RUBIN, P E SAIGO, D CHAPMAN, J L LEWIS, W B JONES, T B HAKES, M MARKMAN, B REICHMAN and W J HOSKINS**; Cisplatin-Based Combination Chemotherapy in Carcinoma of the Fallopian Tube. *Gynecol Oncol* 42 (2): 156, 1991
- 36) **SANGER M and J BARTH**; citados por **MARTIN A**. Die Krankheiten der Eileiter. Leipzig, Alemania: Eduard Besold. 1895.
- 37) **VEST C W**; A clinical study of Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. *Bull JOHN'S HOPKINS HOSP* 25: 305, 1914.
- 38) **FRANKEL A N**; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. *Am J Obstet Gynec* 72 (1): 131, 1956
- 39) **CURTIS A H**; *Obstetrics and Gynecology*. Philadelphia: W B Saunders, Company Vol II, pag.1042, 1933.
- 40) **HAYDEN G E and E L POTTER**, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. *Am J Obstet Gynec* 79 (1): 24, 1960
- 41) **NÜRNBERGER L**; Die Gutartigen und Bösartigen Neubildungen der Tuben. *Handbuch der Gynäkologie*. J F Bergmann. Munich, Alemania, 1932. Cap. 7, pag. 679
- 42) **MASLEY D P**; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. *Am J Obstet Gynecol* 80: 64, 1960.
- 43) **HERTIG H T and H MANZELL**, Tumors of the Female Sex Organs. Part III: Tumors of the Ovary and Fallopian Tube. *Armed Forces Institute of Pathology*. pp 116-171, 1961.
- 44) **DUCKMAN S, P H CABAUD and V ROSATI**; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. *Am J Obstet Gynecol* 85: 401, 1963

- 45) PEHAM H : Das Primäre Tuberkärzinom.
Ztschr f Heilk 24: 317, 1903.
- 46) LATZKO W; Linkseitiges Tuberkärzinom, Rechtseitige Kärzinomatöse Tubo-Ovānalcyste Zentralbl Gynak
40: 599, 1916.
- 47) DORAN A; A Table of Over Fifty Complete Cases of Primary Cancer of the Fallopian Tube. J Obstet Gyn Brit
Emp 6: 285, 1904.
- 48) KNEALE B L G and H D ATTWOOD, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. Report of 13 cases.
Am J Obstet Gynec 94 (6): 840, 1966
- 49) RAJU K S, G H BARKER, E WILTSHAW, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. Br J Obstet Gynaecol
88: 1125, 1981.
- 50) WECHSLER H F; Primary Carcinoma of the Fallopian Tubes
Arch Path 2: 161, 1926.
- 51) KEARNS P J, A case of Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
Canad Med Ass J 26: 73, 1932.
- 52) DANREUTHER W T; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
Am J Obstet Gynec 30: 724, 1935.
- 53) MARTZLOFF K H, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
Am J Obstet Gynec 40: 804, 1940.
- 54) Mc GOLDRICH J L, H STRAUSS and J RAO, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. Am J Surg 59: 555, 1943.

- 55) MULLINS D F and R MOSTELLER; Bilateral Adenocarcinoma of Fallopian Tubes
Am J Obstet Gynec 45: 1043, 1945.
- 56) LYNCH R C and M D DOCKERTY, The Spread of Uterine and Ovarian Carcinoma with Special Reference to the Role of the Fallopian Tube
Surg Gynec Obstet 60: 60, 1945.
- 57) BANCROFT-LIVINGSTON G, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
J Obstet Gynaec Brit Comm 53: 453, 1946.
- 58) CALK G L and C M PHILLIPS, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
Am Surg 17: 697, 1951
- 59) ISRAEL S L, W E CRISP and D C ADRIAN, Preoperative Diagnosis of Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
Am J Obstet Gynec 68: 1589, 1954.
- 60) TATUM H J and A GOLDEN, Carcinoma of the Fallopian Tube
Clin Obstet Gynec 1: 1113, 1958.
- 61) CRON R S and J L CLAUDE; Primary Papillary Carcinoma of Uterine Tube
Obstet Gynec 13: 734, 1959.
- 62) LOMBARDO F A and H T WOOD; Primary Adenocarcinoma of the Uterine Tube.
Obstet Gynec 17: 611, 1961.
- 63) MOMTAZZE S and R L KEMPSON; Primary Adenocarcinoma of the Fallopian Tube.
Obstet Gynec 32: 649, 1968.

- 64) **BENSON P A**, Cytologic Diagnosis in Primary Carcinoma of Fallopian Tube. Case report and review.
Acta Cytol 18, 429, 1974.
- 65) **PAPANICOLAOU G N**, Diagnostic Value of Exfoliated Cells from Cancerous Tissues.
J. A. M. A. 131: 372, 1946.
- 66) **ISELL N P, J F JEWETT, M S ALLEN and A T HERTIG**, Correlation Between Vaginal Smear and Tissue Diagnosis in 1045 Operated Gynecologic Cases
Am J Obstet Gynec 54 : 576, 1947
- 67) **KERNODLE J R, W K CUYLER and W L THOMAS**, The Diagnosis of Genital Malignancy by Vaginal Smears.
Am J Obstet Gynec 56 : 1033, 1948
- 68) **BRET J, S VASSEY and V NUOVO**, Tumeur de la Trompe et Frottis Vaginaux
Bull Ass Gynec et Obstet 2: 411, 1950.
- 69) **NAVRATIL E**, Mittels des Zelltestes nach Papanicolaou Festgestelltes Primäres Adenokarzinom des Ovars und Adenokarzinom der Tube
Krebsarzt 6: 66, 1951.
- 70) **B E S S E R E R G**, Was Leistet die Zytodiagnostik bei der Erkennung des Primäre Tubenkarzinoms.
Geburtsh Frauenheil 13: 660, 1953.
- 71) **GOLDBERG I**, Primary Adenocarcinoma of the Fallopian Tube
Am J Obstet Gynec 68: 1169, 1954
- 72) **FIDLER H K and D R LOCK**, Carcinoma of the Fallopian Tube Detected by Cervical Smear.
Am J Obstet Gynec 67: 1103, 1954.

- 73) SONG Y S; The Cytological Diagnosis of Carcinoma of the Fallopian Tube
Am J Obstet Gynec 70: 29, 1955.
- 74) DEDEN C, Cytodiagnosis of Carcinoma of Fallopian Tube (Cancer i Tuba Uterina)
Ugeskr Laeger 117: 790, 1955.
- 75) ENNKER J, Zur Präoperativen Diagnose des Tubenkarzinoms.
Geburtsh Frauenheil 15: 898, 1955.
- 76) SORENSEN B; Om Cytologisk Diagnose af Cancer i Tuba Uterina
Ugeskr Laeger 118: 244, 1956.
- 77) BREWER J I and A M GUDERIAN; Diagnosis of Uterine Tube Carcinoma by Vaginal Cytology.
Obstet Gynec 8: 864, 1956
- 78) LARSSON E and J L SCHOOLEY, Positive Vaginal Cytology in Primary Carcinoma of the Fallopian Tubes.
Am J Obstet Gynec 72: 1364, 1956
- 79) MALINCONICO L L , Primary Carcinoma of the Fallopian Tube: Cytologic Diagnosis.
Conn Med 20: 521, 1956.
- 80) FREESE V, Ein Beitrag zur Zytologie des Tubenkarzinoms
Geburtsh Frauenheil 12: 173, 1957.
- 81) SONG Y S; The Significance of Positive Vaginal Smears in Extrauterine Carcinomas. **Am J Obstet Gynec** 73:
341, 1957.
- 82) GARRET R, Extrauterine Tumor Cells in Vaginal and Cervical Smears.
Obstet Gynec 14: 21, 1959.

- 83) KRUGMAN P I and J E FISHER, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube
Am J Obstet Gynec **80**: 722, 1960.
- 84) SCHENCK S B and A MACKLES; Primary Carcinoma of the Fallopian Tubes with Positive Smears. *Am J Obstet Gynec* **81**: 782, 1961.
- 85) CORCADEN J A; *Gynecologic Cancer*, 3rd. Ed. Baltimore, pp 465, 1962
- 86) GREEN T H Jr and SCULLY R E; Tumors of the Fallopian Tube
Clin Obstet Gynec **5**: 886, 1962.
- 87) HIRAI Y, J T CHEN, T HAMADA, I FUJIMOTO, K YAMAUCHI, K HASUMI, K MASUBUCHI and A SAKAMOTO, Clinical and Cytologic Aspects of Primary Fallopian Tube Carcinoma: A Report of Ten Cases
Acta Cytol **31**: 834, 1987.
- 88) Mc LEAN K S; Tubal Malignancy. A Method for Collecting Specimens for Cytological Study
Science **114**: 181, 1951.
- 89) BOSCHANN H W; Zur Klinik und Pathologie des Primären Tubenkarzinoms.
Zschr Geburtsh Gyn **136**: 58, 1952.
- 90) FALK E; Ueber Primäre Epitheliale Neubildungen der Eileiter (Eileiterkrebs)
Berl Klin Wochr **25**: 554, 1898.
- 91) DIETRICH H A; Neoformaciones de las trompas, en Halban-Setz; Biología y patología de la mujer, Ed Plus Ultra, Cap. IX, pag. 102. Madrid, España, 1932
- 92) VESELL M and H SCHNEIDER; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
Am J Obstet Gynec **54**: 140, 1947.

- 93) **BURGDORF F**; Ein Beitrag zur Diagnostik des Primären Tubenkarzinoms.
Zentralbl Gynäk Z1: 1182, 1949.
- 94) **A N T O N O W I T S C H E**. Die Diagnose des Primären Tubenkarzinoms in Röntgenbild (mit 35% - igem Perabrodil).
Fortsch Röntgenstrahl Z3: 189, 1950.
- 95) **ENGSTROM L**; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
Acta Obst Gynec Scandinav 35: 289, 1957.
- 96) **SUBRAMAYAMB R, B H RAGHAVENDRA, C A WHALEN and J YEE**; Ultrasonic Features of Fallopian Tube Carcinoma
J Ultrasound Med 3: 391, 1984.
- 97) **MEYER J S, C S KIM, H M PRICE and J K COOKE**; Ultrasound Presentation of Primary Carcinoma of the Fallopian Tube
J Clin Ultrasound 15 (2): 132, 1987.
- 98) **AJIMAKORN S, Y BHAMARAPRAVATI and N ISRANGURA**; Ultrasound Appearance of Fallopian Tube Carcinoma.
J Clin Ultrasound 15: 516, 1988.
- 99) **AJIMAKORN S, Y BHAMARAPRAVATI and N ISRANGURA**; Transvaginal Ultrasound and the Diagnosis of Fallopian Tubal Carcinoma
J Clin Ultrasound 19: 116, 1991.
- 100) **ISLITZER E**; Primäres Tubenkarzinoms Klinisch Diagnostiert
Zentralbl Gynäk 74: 736, 1952.

- 101) **TE GROEN L J, P H OOSTERHAGEN and F G GELDENHUYS**; Primäre Kärzinom van die Tuba Uterina met 'Verslag van'n Geval Pre-operatief Gediagnoseer.
S Afr M J 29: 37, 1955.
- 102) **SAMAD M and R L KEMPTON**, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube
Obstet Gynec 12: 649, 1968.
- 103) **FOGH I**; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube
Cancer 23: 1332, 1969.
- 104) **BOUTSELIS J G and J N THOMPSON**; Clinical Aspects of Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. A Clinical Study of 14 cases
Am J Obstet Gynec 111: 98., 1971.
- 105) **PARSONS L**; Carcinoma of the Fallopian Tube
New England J Med 221: 367, 1939.
- 106) **DENHAM J W and K A Mac LENNAN**; The Management of Primary Carcinoma of the Fallopian Tube: Experience of 40 cases.
Cancer 53: 166, 1984.
- 107) **YOONESSI M**; Carcinoma of the Fallopian Tube
Obstet Gynecol Surv 34: 257, 1979.
- 108) **EREZ S, A L KAPLAN and J A WALL**; Clinical Staging of Carcinoma of the Uterine Tube.
Obstet Gynecol 30 (4): 547, 1967.
- 109) **ROBERTS J A and S LIFSHITS**; Primary Adenocarcinoma of the Fallopian Tube.
Gynecol Oncol 13: 301, 1982.

110) PETER III W A, W A ANDERSEN, M P HOPKINS, N B KUMAR and G W MORLEY, Prognosis Features
of Carcinoma of the Fallopian Tube
Obstet Gynecol 71 (5): 757, 1988.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

CUARTA PARTE

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA PRIMARIO DE LA TROMPA UTERINA

- 1) NÖRNBERGER L; Die Gutartigen und Bösartigen Neubildungen der Tuben. Handbuch der Gynäkologie. J F Bergmann. Munich, Alemania. 1932. Cap 7, pag. 679, 1932
- 2) WERTHEIM E; The Radical Abdominal Operation in Carcinoma of the Cervix Uteri. Surgery Gynecol Obstet 5: 1, 1907
- 3) MITCHELL R M and R W MOHLER, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube
Am J Obstet Gynec 59: 283, 1945
- 4) HOBBS J F; Primary Carcinoma of Fallopian Tube.
South M J 35: 733, 1942
- 5) BLOCK E; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube
Acta Radiol 28: 49, 1947
- 6) SEDUS A; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
Obst Gynec Surv 18: 209, 1961
- 7) FRANKEL A N; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
Am J Obstet Gynecol 22: 131, 1956
- 8) HAYDEN G E and E L POTTER; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
Am J Obstet Gynecol 29 : 24, 1960

- 9) HANTON E M, G D MALKASIAN, D C DAHLIN, J H PRATT, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
Am J Obstet Gynecol 94: 632, 1966.
- 10) MOMTAZEE S and R L KEMPSON, Primary Adenocarcinoma of the Fallopian Tube
Obstet Gynecol 32: 649, 1968.
- 11) FELIX WONG W S, Surgery and Radiotherapy in the Treatment of Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
Report of 18 cases
Aust and N Z J Obstet Gynaecol 25: 211, 1965.
- 12) MASON L W, Primary Carcinoma of the Fallopian Tubes.
Am J Surg 93: 842, 1957.
- 13) ROSS W M, C V WARD and LINDSAY, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. A Report of 8 cases.
Am J Obstet Gynecol 83: 425, 1962.
- 14) EREZ S, A L KAPLAN and J A WALL, Clinical Stating of Carcinoma of the Uterine Tube.
Obstet Gynecol 30: 547, 1967.
- 15) DODSON M G, J H FORD and H E AVERETTE, Clinical Aspects of Fallopian Tube Carcinoma. **Obstet
Gynecol 38: 835, 1970.**
- 16) BOUTSELIS J G and J N THOMPSON, Clinical Aspects of Primary Carcinoma of the Fallopian Tube: A Clinical
Study of 14 cases. **Am J Obstet Gynecol 111: 98, 1971.**
- 17) PHELPS H M and K E CHAPMAN, Role of Radiation Therapy in Treatment of Primary Carcinoma of the
Uterine Tube. **Obstet Gynecol 43: 669, 1974.**

- 18) FOGH I; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
Cancer 23: 1332, 1969.
- 19) GREEN T H and SCULLY; Tumor of the Fallopian Tube.
Clin Obstet Gynecol 5: 886, 1962.
- 20) HURLBUTT F R and H B NELSON, Primary Carcinoma of the Uterine Tube.
Obstet Gynecol 21: 730, 1963.
- 21) STEELE S J; Carcinoma of the Fallopian Tube.
Proc Roy Soc Med 60: 884, 1967.
- 22) COHN S, R W ROSSANO and A N FENTON, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube.
N Y State J Med 69: 1321, 1969.
- 23) H O U G H T O N R C, Bilateral Adenocarcinoma of the Fallopian Tube. Report of a case.
N C Med J 31: 347, 1970
- 24) BORONOW R C; Chemotherapy for Disseminated Tubal Cancer.
Obstet Gynecol 42 (1): 62, 1973.
- 25) SMITH J P; Chemotherapy in Gynecologic Cancer.
Clin Obstet Gynecol 18: 109, 1975.
- 26) BROWN M D, E I KOHORN, D S KAPP, P E SCHWARTZ and M MERINO; Fallopian Tube Carcinoma. *Int J Radiation Oncology Biol Phys* 11: 583, 1985.
- 27) DEPPE G, H W BRUCKNER and C J COHEN; Combination Chemotherapy for advanced Carcinoma of the Fallopian Tube. *Obstet Gynecol* 56: 530, 1980.

- 28) JACOBS A J, E H Mc MURRAY and J PARHAM; Treatment of Carcinoma of the Fallopian Tube using Cisplatin, Doxorubicin and Cyclophosphamide. *Am J Clin Oncol* 9: 436, 1986.
- 29) MAXSOM W Z, F B STEHMAN, T M ULBRIGHT, G P SUTTON and C E EHRLICH; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube: Evidence for activity of Cisplatin Combination Therapy. *Gynecol Oncol* 26: 305, 1987.
- 30) RAJU K S, G H BARKER and E WILTSHAW; Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. *Brit J Obstet Gynecol* 88: 1124, 1981.
- 31) Mc MURRAY E H, A G JACOBS, C A PEREZ, H N CAMEL, M S KAO and A GALAKATOS; Carcinoma of the Fallopian Tube: Management and Sites of Failure. *Cancer* 58: 2070, 1986.
- 32) PETERS III W A, W A ANDERSEN and M P HOPKINS; Results of Chemotherapy in Advanced Carcinoma of the Fallopian Tube. *Cancer* 63 (5): 836, 1989.
- 33) BARAKAT R R, S C RUBIN, P E SAIGO, D CHAPMAN, J L LEWIS, W B JONES, T B HAKES, M MARKMAN, B REICHMAN and W J HOSKINS. Cisplatin - Based Combination Chemotherapy in Carcinoma of the Fallopian Tube. *Gynecol Oncol* 42 (2): 156, 1991.