

ESTUDIO DE CASOS / CASE REPORT

Carcinoma Seroso de alto grado de Trompa Uterina. Reporte de un caso

High-grade Serous Carcinoma of Uterine Tube. Case Report

Berni Clebsch R., Taboada Wagener D., Benítez Roa Z. (*)

RESUMEN

Introducción: El cáncer primario de la Trompa de Falopio es una de las neoplasias más inusuales tratadas por los ginecólogos y rara vez se la diagnostica correctamente antes de la cirugía ya que su detección temprana y el diagnóstico preoperatorio son muy difíciles de ser realizados; a menudo la enfermedad se confunde con tumoraciones o cáncer de otro órgano y la laparotomía debe ser llevada a cabo invariablemente.

Caso Clínico. Paciente de 62 años, conocida hipertensa y diabética. Acude al servicio por hemorragia de la postmenopausia, se le realiza ecografía que informa una tumoración anexial izquierda y endometrio engrosado de 6,1mm, se toma dosaje de marcadores tumorales cuyo resultados fueron normales (CEA: 1,67 U/mL; CA125 31,72 U/mL), se le practica una histeroscopia donde se observa un pólipo endometrial de 1 x 0.5cm, se procede a la realización de legrado biopsico con resultado anatomopatológico que informe endometrio atrófico y pólipo de glándulas ístmicas sin atipias. Sometida a una anexectomía vía laparotomica donde se llega al diagnóstico por congelación intraoperatoria de carcinoma maligno de ovario no mucinoso. Se decide por lo tanto anexohisterectomía total, biopsias múltiples abdominales, omentectomía y linfadenectomía pélvica. El informe anatomopatológico final fue carcinoma infiltrante seroso de alto grado de trompa uterina izquierda de región ampular, el tumor compromete todas las capas de la trompa, ganglios pélvicos positivos. Trompa derecha, útero, ovarios, epiplón sin evidencia de neoplasia.

SUMMARY

Introduction: Primary cancer of the Fallopian tube is one of the most unusual neoplasms treated by gynecologists and is rare this diagnosis before surgery, as early detection and pre-operative diagnosis are very difficult to make. Often times, this disease is mistaken as other tumors or cancer from other organs and a laparotomy has to be undertaken.

Case: 62 years old female, with high blood pressure and diabetes. Came for an evaluation of post-menopausal hemorrhage, an ultrasound showed a tumor within the annexum of the left ovary and thickened endometrium of about 6.1 mm, tumor markers in blood were normal (CEA: 1,67 U/mL; CA125 31,72 U/mL). She underwent for a hysterectomy where a 1 x 0.5 cm endometrial polyp is found, curettage is performed and this showed atrophic endometrium with polyps of isthmic glands without atypical cells. An ovariectomy was performed by laparoscopic surgery, and a diagnosis of serous carcinoma of the ovary by intra-operative histology was made. Because of this finding, a total resection of the uterus and ovaries was performed, with multiple abdominal biopsies and resection of the omentum and the pelvic lymphadenopathy. Final pathology report was of infiltrative, high grade serous carcinoma of the left uterine tube, ampular region, with compromise of all the layers of the Fallopian tube, and pelvic lymph nodes. Right uterine tube, ovaries and mesentery have no evidence of neoplasm, as well as the peritoneal fluid. This fits in grade III-C from FIGO. This

(*) Servicio de Ginecología. Hospital Central "Dr. Emilio Cubas". Instituto de Previsión Social. Asunción, Paraguay.

sia, líquido peritoneal negativo correspondiente a la estadificación III-C de la FIGO. Actualmente la paciente está en tratamiento quimioterápico.

Discusion. El diagnóstico preoperatorio de cáncer de la Trompa de Falopio es difícil debido a su rareza, síntomas y hallazgos inespecíficos de imágenes. En el estadio I el cáncer, que se limita a la Trompa de Falopio, es extremadamente difícil de ser precisado, por lo que es común que sea diagnosticado recién en estadios avanzados. No existe ningún síntoma característico del cáncer de la Trompa de Falopio, sin embargo el sangrado vaginal anormal ha sido reportado como el síntoma principal.

Palabras Claves: Trompa de Falopio, carcinoma seroso, linfadenectomía

patient is currently on chemotherapy.

Discussion: The pre-operative diagnosis of cancer of the Fallopian tube is difficult because is rare and imaging studies are unspecific. In FIGO stage I, the cancer limits itself to the Fallopian tube and the diagnosis is extremely difficult to make, and it is quite common to diagnose this cancer in advance stages. There are no characteristic symptoms of this type of cancer, although vaginal bleeding has been described as the main symptom.

Key words: Fallopian tube, serous carcinoma, lymphadenectomy

INTRODUCCIÓN

El cáncer primario de la Trompa de Falopio es una de las neoplasias más inusuales tratadas por los ginecólogos, es una entidad muy rara pero a la vez muy agresiva, constituyendo el 0,15-1.8% de las neoplasias del tracto genital femenino (1-2-3-4). Un estudio hecho en Dinamarca reporta una incidencia de 0.29/100.000 mujeres (5).

Suele presentarse con síntomas inespecíficos, pero que comúnmente corresponden a signos de alertas para los ginecólogos, tales como genitorragias, crecimiento abdominal, y dolor (6). Rara vez puede ser diagnosticada correctamente antes de la cirugía ya que la detección temprana y el diagnóstico preoperatorio son muy difíciles de ser llevados a cabo, a menudo la enfermedad se confunde con tumoraciones o cáncer de otro órgano y la laparotomía invariablemente es realizada, llegando al diagnóstico mediante estudios anatomopatológicos (7).

CASO CLÍNICO

Paciente de 62 años, casada, de profesión ama de casa, procedente de Mariano Roque Alonso. An-

tecedentes Ginecológicos: nunca utilizo métodos anticonceptivos, inicio de relaciones sexuales a los 18 años, número de parejas sexuales 2 (dos), menarca a los 14 años, menopausia a los 50 años, una gestación, un parto normal hace 44 años. Antecedentes Patológicos Personales: conocida hipertensa en tratamiento con losartan 50mg/día, portadora de dislipidemia en tratamiento con atorvastatina 20mg/día, diabética desde hace 5 años en tratamiento con metformina, y portadora de gastritis crónica en tratamiento irregular con omeprazol 20mg/día. Niega hábitos tóxicos. Antecedentes Patológicos Familiares: padre fallecido por IAM, madre diabética fallecida por complicaciones de la diabetes. 13 (trece) hermanos, 7 con patologías cardiovasculares y diabetes, dos fallecidos por IAM. Niega antecedentes oncológicos familiares. Cirugías previas: miomectomía hace 23 años en centro asistencial distinto al nuestro.

Antecedentes: La paciente refiere haber presentado dos meses antes del ingreso genitorragia por lo que acude con facultativo quien solicita estudios, entre ellos una ecografía ginecológica transvaginal que informa un endometrio engrosado de 6.1mm y una masa anexial izquierda hipocoge-

nica, con vascularización de baja resistencia IR: 0,47 y otra imagen tubular con septos incompletos de 77 x 16 mm, se toma dosaje de marcadores tumorales cuyo resultados fueron normales (CEA: 1,67 U/mL; CA125 31,72 U/mL).

Es remitida a nuestro servicio donde se realiza histeroscopia y se visualiza un pólipo endometrial de 1 x 0.5 cm, con posterior legrado biopsico fraccionado, el estudio anatomopatologico muestra endometrio atrófico y pólipo de glándulas istmicas sin atipias. Es sometida a una anexectomía vía laparotomica en cuyo acto se hace diagnostico anatomopatologico por congelación intraoperatorio que informa un tumor maligno de ovario izquierdo con capsula macroscópicamente intacta, necrosis y áreas de patrón solido papilar no mucinoso, por lo que se realiza una anexohisterectomía total extra facial, biopsias múltiples abdominales, lavado de cavidad, apendicetomía, omentectomía y linfadenectomía pélvica.

El informe anatomopatologico final correspondientes a la macroscopía se describe a continuación.

1. Pieza quirúrgica sin fijador, para diagnostico por congelación correspondiente a histerectomía total mas anexectomía derecha e izquierda. Cuerpo uterino 5.5 x 5 x 3.5 cm. Superficie externa lisa, marrón pardusca. Al corte, cavidad endometrial de 3.7 cm de longitud. Endometrio 0.2 cm de espesor, color marrón claro. Miometrio de 1.5 cm de espesor donde se observan 2 formaciones nodulares que miden 1.2 y 0.5 cm de diámetro de ubicación intramural, bien delimitadas de aspecto arremolinado. Cuello uterino de 3.5 x 2.5 x 2.5 cm. Ectocervix color gris claro, liso, irregular. Orificio cervical externo transversal. Canal endocervical permeable ocupado por un pólipo proveniente de la región ístmica de 1.2 x 0.8 cm. Anexo derecho ovario de 3.5 x 1.8 x 1.5 cm. Superficie externa color marrón claro, lisa, con capsula intacta. Al corte tejido beige claro, homogéneo, solido elástico. Al corte de la región ampular, adyacente al ovario se nota la presencia de un tumor solido. El tumor es marrón parduzco, friable, de aspecto papilar y

necrótico, localizado en relación a la trompa, tercio distal, que mide 3.5 x 2 cm. Resto de la trompa uterina con dilatación luminal conteniendo liquido marrón parduzco.

2. Fragmento de forma irregular que mide 10.5 x 3 cm de diámetro mayor. Superficie externa amarillo parduzca, rugosa, irregular. Al corte tejido amarillo pardusco, compacto, de aspecto adiposo, cubierto parcialmente por una fina capa de aspecto fibroso, firme elástico.
3. Dos fragmentos de tejido de forma nodular que miden 2.5 y 2 cm de diámetro mayor. Superficie externa lisa, regular, gris pardusca. Al corte tejido grisáceo compacto de aspecto ganglionar.
4. Dos fragmentos de tejido de forma nodular que miden 4.5 y 1.5 cm de diámetro mayor. Superficie externa lisa, regular, gris pardusca. Al corte tejido grisáceo compacto de aspecto ganglionar.
5. Apéndice cecal mide 6.5 cm longitud y 1 cm de diámetro. Superficie externa marrón grisácea, lisa brillante, regular con abundante tejido adiposo.
6. Se reciben 5 cc de líquido para su estudio citológico.

El informe anatomopatologico final correspondientes a la microscopía se describe a continuación.

1. Utero y Anexos: carcinoma infiltrante, de alto grado histológico (grado histológico III) (3.5 cm). La neoplasia muestra un patrón solido, papilar, laberíntico, con zonas de necrosis y elevado índice mitótico. Compatible con cáncer seroso de alto grado región ampollar de la trompa uterina izquierda. El tumor infiltra todo el espesor de la pared tubárica. Focos de invasión vascular sanguínea. Segmento proximal y medio de la trompa uterina con marcada dilatación luminal, constatándose numerosos histiocitos espumosos, algunos con pigmento hemosiderico intracitoplasmico, subepitelial. Se nota en el epitelio de la trompa cambios focales de carcinoma in situ. Parénquima ovárico izquierdo con cambios atróficos. Parénqui-

- ma ovárico derecho con quistes de inclusión subcorticales, sin evidencia de neoplasia. Hidrosalpinx derecho. Leiomiomas miometriales intramurales. Adenomiosis. Endometrio atrófico. Pólipo istmico. Cervicitis crónica con metaplasia escamosa.
2. Epiplón: tejido adiposo con vasocongestión.
 3. Ganglios de la cadena ilíaca externa izquierda: carcinoma de alto grado histológico metastasico en 4 de 4 ganglios linfáticos.
 4. Ganglios de la cadena ilíaca externa derecha: carcinoma de alto grado metastasico en 1 de 4 ganglios linfáticos (micro MTS sin ruptura capsular). El tumor se localiza en el seno subcapsular y senos medulares.
 5. Apéndice cecal: Sin alteraciones histológicas.
 6. Lavado de cavidad abdominal: contenido amorfo acelular.
- Con estos datos se procede a la estadificación correspondiendo a: III-C de la FIGO. (Tabla 1)

Tabla 1: Estadificación del cáncer de trompa (FIGO)

| | |
|--------------------|--|
| Etapas 0 | Carcinoma in situ (limitado a la mucosa de la trompa). |
| Etapas I | Crecimiento limitado a las trompas de falopio. |
| Etapas IA | Crecimiento limitado a una trompa con la extensión en la submucosa y/o muscular pero no penetra la superficie serosal, ninguna ascitis. |
| Etapas IB | Crecimiento limitado de las trompas con la extensión en la submucosa y/o a la muscularis pero no penetra la superficie serosal, ninguna ascitis. |
| Etapas IC | Tumor de Etapas IA o IB con la extensión del tumor con o sobre el serosa de la trompa o con ascitis que contienen las células malignas o con lavados peritoneales positivos. |
| Etapas II | Crecimiento que implica una o ambas trompas de falopio con la extensión pélvica. |
| Etapas IIA | Extensión y/o metástasis al útero y/o a los ovarios. |
| Etapas IIB | Extensión a otros tejidos finos pélvicos. |
| Etapas IIC | Etapas IIA del tumor o IIB y con ascitis que contienen las células malas o con el lavado peritoneo al positivo. |
| Etapas III | Tumor que implica una o ambas trompas con implantes peritoneales fuera de la pelvis y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos. Metástasis superficial del hígado es igual a la Etapa III. El tumor parece estar limitado a la pelvis verdadera con ganglios negativos pero con extensión maligna al intestino o al epiplón pequeño probada histológicamente. |
| Etapas IIIA | Tumor limitado gruesamente a la pelvis verdadera con ganglios negativos pero con siembra microscópica a las superficies peritoneales abdominales confirmada histológicamente. |
| Etapas IIIB | Tumor que implica una o ambas trompas con implantes a las superficies peritoneales abdominales histológicamente confirmados, ninguno que excede 2 centímetros de diámetro. Ganglios linfáticos negativos. |
| Etapas IIIC | Implantes abdominales mayor de 2 centímetros de diámetro y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos. |
| Etapas IV | Crecimiento que invade una o ambas trompas de falopio con metástasis distantes. Si la efusión pleural está presente, debe haber citología positiva para ser Etapa IV. Metástasis al hígado igual a la etapa. |

Actualmente la paciente se encuentra en tratamiento quimioterápico y seguimiento por el Servicio de Oncología del Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

DISCUSIÓN

Existe consenso para asegurar que el diagnóstico preoperatorio de cáncer de la Trompa de Falopio es difícil de ser precisado debido a su rareza, síntomas e hallazgos inespecíficos en los estudios por imagen. El estadio I del cáncer, limitado a la Trompa de Falopio, es extremadamente difícil de ser detectado, por lo que desafortunadamente es común que sea diagnosticado ya en estadios avanzados. El principal factor que afecta el pronóstico de la enfermedad es precisamente la etapa en que se encuentre según la clasificación FIGO. Por lo tanto, no hay duda de que la detección temprana es trascendental para mejorar el pronóstico. No se describe ningún síntoma característico del cáncer de la Trompa de Falopio, pero los síntomas comunes incluyen sangrado vaginal anor-

mal, dolor abdominal, secreción acuosa y distensión abdominal (6-8). Nuestra paciente presentó genitorragia en la postmenopausia, que acorde a los estudios es el síntoma más común (6). Los síntomas juegan un papel muy importante en el descubrimiento de esta enfermedad, porque no habrá ninguna presentación al hospital sin la existencia de ellos. El dolor, sangrado y flujo acuoso era considerada la tríada que caracteriza a esta patología pero actualmente el sangrado vaginal anormal ha sido reportado como el síntoma principal (6-8).

Datos proporcionados por otros estudios informan que esta patología se presenta con mayor incidencia en mujeres de raza blanca entre 60 a 79 años como nuestra paciente, siendo más frecuentes los adenocarcinomas (88%) entre ellos, los serosos representan el 44% y los endometriales el 19%(9).

Nuestra paciente contaba con historia de una sola gestación, en contraposición con estudios que sostienen que a mayor paridad, es mayor la protección frente a esta patología (10).

REFERENCIAS

1. Hanton, E M EM, Malkasian, G D GD, Dahlin DCD, Pratt JHJ. Primary carcinoma of the fallopian tube. *Obstet Gynecol.* 1966;94(6):832-839.
2. SEDLIS A. Primary carcinoma of the fallopian tube. *Obstet Gynecol Surv.* 1961;16:209-226.
3. Dodson MGM, Ford JHJ, Averette HEH. Clinical aspects of fallopian tube carcinoma. *Obstet Gynecol.* 1970;36(6):935-939.
4. Engeler V, Reinisch E, Schreiner WE. Das primäre Tuben-karzinom—Eine klinische Studie an 37 Patientinnen. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1981 May;41(5):325-329
5. Pfeiffer P, Mogensen H, Amtrup F, Honore E. Primary carcinoma of the fallopian tube. A retrospective study of patients reported to the Danish Cancer Registry in a five-year period. *Acta Oncol.* 1989;28(1):7-11.
6. Mikami M, Tei C, Kurahashi T, et al. Preoperative diagnosis of fallopian tube cancer by imaging. *Abdom Imaging.* 2003;28(5):743-7.
7. A.C. Rosen, Klein M, Hafner E, et al. Management and prognosis of primary fallopian tube carcinoma. *Gynecol Obstet Invest.* 1999;47(1):45-51.
8. Di Saia PJ, Creasman WT. Carcinoma of the fallopian tube. In: DiSaia PJ, Creasman WT, eds. *Clinical gynecologic oncology.* St Louis: CV Mosby, 1993:458-46
9. Stewart, S.L., Wike, J.M., Foster, S.L., Michaud, F., The incidence of primary fallopian tube cancer in the United States. *Gynecol. Oncol.*, 2007; 107(3):392-397.
10. Rodriguez, G.C., Walmer, D.K., Cline, M., Krigman, H., Lessey, B.A., Whi-taker, et al. Effect of progesterin on the ovarian epithelium of macaques: cancer prevention through apoptosis? *J. Soc. Gynecol. Investig.*, 1998; 5(5):271-276.