

CASO CLÍNICO

Adenocarcinoma de trompa de Falopio: un reporte de caso.

[Fallopian tube adenocarcinoma: a case report.]

Maldonado M¹, Gaitán-Zambrano K^{2,3}, Ramírez-Arias MJ^{2,3}, Arita-Tábora V^{2,3}, Durón-Rivera A^{2,3}, Maldonado-Romero JM^{2,3}, Alas-Pineda C^{2,3}

1. Liga Contra el Cáncer de Honduras, San Pedro Sula, Cortés, Honduras.

2. Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Honduras – Campus San Pedro y San Pablo, San Pedro Sula, Cortés, Honduras.

3. ASOCEN Universidad Católica de Honduras – San Pedro y San Pablo (ASOCEN – UNICAH SPSP), San Pedro Sula, Cortés, Honduras.

Resumen

Concepto: El adenocarcinoma de trompa de Falopio es una neoplasia poco frecuente que afecta a mujeres entre 50 y 70 años. **Caso:** Paciente de 39 años se presenta a consulta por molestias urinarias inespecíficas persistentes. Después de realizar un ultrasonido transvaginal, se encontró una masa en el anexo izquierdo. Se le indicó la realización de una laparotomía exploratoria en la cual se extirpó un tumor de 8 cm de la trompa izquierda y además el apéndice. El informe histopatológico manifestó que se trataba de un carcinoma seroso papilar de trompa uterina. **Conclusión:** Debido a la baja incidencia de casos reportados el adenocarcinoma de trompa de Falopio no presenta un cuadro clínico específico, por lo tanto, este tiende a ser confundido con patologías como ser el cáncer de ovario. El diagnóstico y tratamiento temprano son esenciales para determinar el estadio de la enfermedad y la tasa de sobrevivencia en la paciente.

Abstract

Concept: Fallopian tube adenocarcinoma is a rare neoplasm that affects women between 50 and 70 years. **Case:** 39-year-old patient complained of a persistent, non-specific urinary nuisance. After performing a transvaginal ultrasound, a mass was found in the left annex. An exploratory laparotomy was indicated in which an 8 cm tumor and her appendix were removed. The histopathological study reported the presence of a papillary serous carcinoma of the uterine tube. **Conclusion:** Due to a low incidence of reported cases, it does not have a specific clinical presentation, therefore, it tends to be confused with pathologies such as ovarian cancer. Early diagnosis and treatment are key factors in determining the stage of the disease and the rate of survival in the patient.

El objetivo de este caso es exponer las características clínicas, diagnóstico y evolución del adenocarcinoma de trompa de Falopio; considerando su baja incidencia y teniendo en cuenta la escasa cantidad de casos reportados en la literatura.

Autor correspondencia: Gaitán-Zambrano K
Autor de correspondencia: kmelissag13@gmail.com
Palabras clave: trompas uterinas, carcinoma, estadiación de neoplasias, Honduras.
Key words: uterine tubes, carcinoma, neoplasm staging, Honduras.
Conflicto de Interés: Los autores declaran que no existe conflicto de interés relacionados con este artículo.

Caso clínico

Paciente de 39 años de edad, del sexo femenino, sin antecedentes personales patológicos, y una cesárea como único antecedente quirúrgico. Entre sus antecedentes familiares refirió cáncer de cérvix. La paciente se presentó a consulta ginecológica por molestias urinarias inespecíficas persistentes. Inicialmente, se le indicó un ultrasonido transvaginal, en el cual se encontró una masa de 5 cm en el anexo izquierdo. Sobre la base de estos resultados, se indicó someter a la paciente a una cirugía, mediante la cual se resecó dicha masa y se extrajo el apéndice, conservando el ovario (Figura 1).

Figura 1. Pieza de la cirugía inicial.



Figura 2. Carcinoma seroso papilar de alto grado con invasión a la serosa y tejido adyacente.

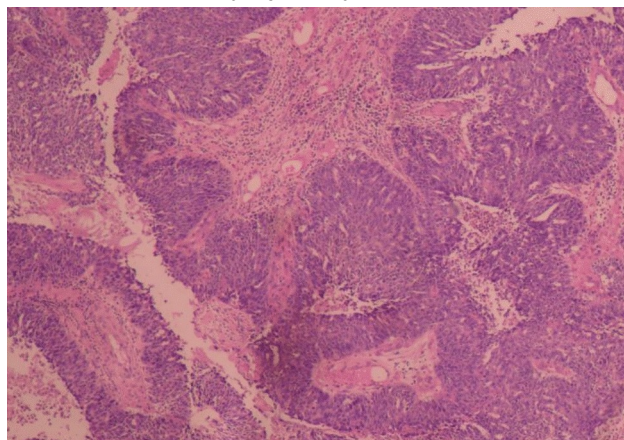


Figura 3. Características citológicas neoplásicas del carcinoma seroso.

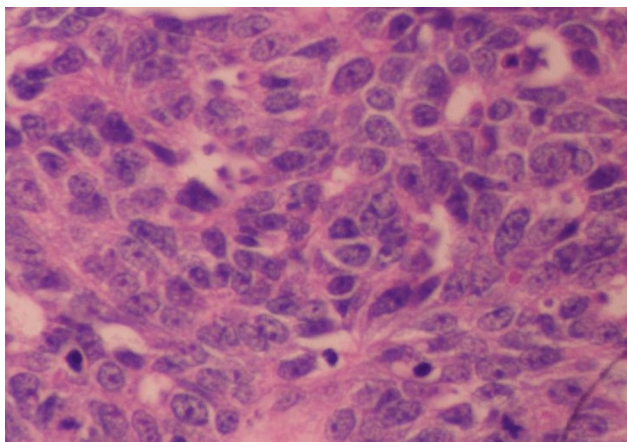


Figura 4. Útero y anexo derecho.



El informe del estudio histológico posteriormente manifestó que se trataba de un carcinoma seroso papilar de alto grado de trompa de Falopio izquierda y la citología del líquido libre en la pelvis fue negativo por malignidad (Figuras 2 y 3). De acuerdo con este resultado, se le plantearon a la paciente dos opciones: realizar una nueva operación para estadificación quirúrgica, o someterse a quimioterapia. La paciente decidió a favor de la quimioterapia y en el curso de esta, como parte de los estudios de control, se realizó el marcador tumoral CA 125.

También, como parte del seguimiento durante la quimioterapia, se realizó una TAC de abdomen, la cual muestra la presencia de adenopatías de aspecto metastásico, periaórticas hasta de 41x32 mm. El útero se presentó de forma y tamaño normal, con una longitud de 63 mm por 41 mm aproximadamente por 60 mm transversal. El endometrio tenía forma homogénea de grosor normal para la

edad de la paciente; el ovario derecho no era adecuadamente evaluable.

Se le indicó a la paciente que hiciera una consulta a cirugía oncológica para exploración quirúrgica. La paciente fue nuevamente a cirugía, realizándose esta vez la estadificación quirúrgica (Figura 4). En el resultado histopatológico se encontró: ovario derecho dentro de los límites normales; endometrio proliferativo; miometrio, cérvix y endocervix sin alteraciones histológicas; la presencia de un quiste del cuerpo lúteo en el ovario izquierdo; 10/10 ganglios linfáticos con hiperplasia folicular linfóide e hiperplasia mesotelial reactiva; sin alteración de ninguna de las estructuras intra ni retroperitoneales.

El diagnóstico final fue tumor maligno de trompa uterina izquierda (resecado en la primera intervención). La paciente regresó a completar el tratamiento de quimioterapia

adyuvante propuesto desde la primera cirugía. Se concluye, basado en los informes de patología, que la enfermedad se encontró en estadio I, al cual corresponde un pronóstico de 68% - 78% sobrevivencia.

Discusión

El adenocarcinoma de trompa de Falopio es una patología poco frecuente que representa el 0.3% de todos los cánceres ginecológicos^{4,6}. La edad en la cual se presenta mayormente oscila entre un rango de 50 a 70 años¹. La paciente cuenta con 39 años, lo cual está por debajo del promedio de edad para esta patología. Se reporta que anualmente se diagnostican alrededor de 3.6 por 1 millón de casos de adenocarcinoma de trompa de Falopio^{3,4,11}. Se estima que actualmente existen alrededor de 2000 casos reportados^{4,12}.

La etiología de la enfermedad es desconocida, pero a esta se atribuyen posibles causas como ser la nuliparidad, infertilidad, salpingitis o la mutación de los genes BRCA1 o BRCA2^{2,4,9}. Los síntomas que se presentan inicialmente son: dolor abdominal, descargas vaginales y masa pélvica denominado comúnmente como tríada de Latzko^{7,10}. Según Pectasides et al.¹³, en 15% de los casos se presentan estos síntomas. Debido a que se presenta mayormente en mujeres postmenopáusicas, uno de los síntomas más alarmantes es el sangrado vaginal^{7,10,12}. Se considera que solo un 10% - 27% de los casos involucran ambas trompas y que 95% de ellos se clasifican como adenocarcinoma seroso papilar^{2,4,13,14}. La paciente se presentó a consulta con molestias urinarias persistentes y una masa pélvica. En este caso, el adenocarcinoma era de tipo seroso papilar y se encontró solo en una trompa.

El adenocarcinoma de trompa de Falopio carece de un cuadro clínico específico, por lo que su diagnóstico preoperatorio exitoso comprende tan sólo de un 0% - 10% de todos los casos¹³. Esta patología tiene similitud con el cáncer de ovario, pero existen ciertos criterios que se usan para el diagnóstico diferencial del mismo, estos incluyen: "a) macroscópicamente el principal debe estar en la trompa uterina, b) microscópicamente la mucosa de la trompa uterina debe estar afectada, c) debe demostrarse la transición de epitelio benigno a maligno en dicha trompa"².

A diferencia del cáncer de ovario, el adenocarcinoma de trompa de Falopio se diagnóstica con mayor frecuencia en una etapa temprana y presenta un mayor porcentaje de metástasis^{6,13}. Ésta se puede encontrar frecuentemente en los ovarios, útero y endometrio^{7,15}.

Existen diversas pruebas y estudios, como la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética y la ecografía transvaginal, que pueden contribuir a la sospecha del diagnóstico inicial^{1,12}. La tomografía axial computarizada, comprende el 75% de las pruebas utilizadas^{9,16}. El marcador tumoral CA 125, también puede ser indicador de esta patología, ya que en más del 80% de los casos, se encuentra en niveles elevados en pacientes con cáncer^{1,12,13,17}. Sin embargo, el diagnóstico definitivo debe realizarse por medio de una laparotomía^{15,18}.

Los tratamientos empleados en esta patología van desde la quimioterapia hasta la estadificación quirúrgica^{9,11}. En el presente caso, la paciente se sometió inicialmente a una intervención quirúrgica para extraer la masa, seguido de quimioterapia y finalizando con una segunda intervención que consistió en una estadificación.

El adenocarcinoma de trompa de Falopio, puede ser una enfermedad mortal si se diagnostica en estadios avanzados, pero en caso de ser diagnosticado en estadios precoces, su tasa de sobrevivencia es alta^{6,13}. De acuerdo con Chaudry et al.¹² a partir de cinco años la tasa de sobrevivencia es de 68-76% para la etapa I, 27-42% para la etapa II y 0-6% estadio III y IV.

Conclusión

Debido a que el adenocarcinoma de trompa de Falopio presenta una baja incidencia y un cuadro clínico inespecífico, la posibilidad de ser diagnosticado en sus etapas iniciales pasa desapercibida. Estas condiciones disminuyen la posibilidad de establecer un diagnóstico y tratamiento eficaz, por lo cual, su estudio es de gran importancia para un mejor manejo a futuro.

Referencias

1. Pozzobon-Borregales S, Rico-Castillo J, Petrosino-Tepedino P, Milano M, Lacruz JC. Carcinoma urotelial primario de la trompa uterina, una patología infrecuente: reporte de caso. *Avances en Biomedicina*. 2013 enero-abril; 2(1): p. 37-42.
2. Escalona Veloz R, López Rodríguez C, Núñez Quintana A, Rizo Revé R. Carcinoma primario en la trompa de Falopio. *MEDISAN*. 2010; 14(1): p. 114.
3. García Tirada M, Arroyo Díaz MJ, Pompa Montes de Oca LE, Portales Pérez R, López Soto MV. Carcinoma primario de la trompa de Falopio: presentación de dos casos. *MediSur*. 2011; 9(5): p. 1-4.
4. Veliscu A, Marinescu B, Costoiu L, Damian C, Stanescu C, Chiuu L, et al. Bilateral primary fallopian tube carcinoma: a case report. *Rom J Morphol Embryol*. 2013; 54(4): p. 1183-1187.
5. Eken MK, Kaygusuz EI, Temizkan O, İlhan G, Karateke A. Occult serous carcinoma of fallopian tube presenting as supraclavicular lymphadenopathy. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2016 June; 55(3): p. 450-452.
6. Albalat R, Jiménez J, Márquez F, Lizarralde C. Carcinoma en trompas de Falopio. *Clin Invest Gin Obst*. 2012; 39(2): p. 86-88.
7. Ural UM, Bâlik G, Tekin YB, Sehitoglu I, Bedir R, Sahin FK. Primary fallopian tube carcinoma diagnosed preoperatively by cervical smear. *Ann Saudi Med*. 2014 Sept-Oct; 34(5): p. 444-446.
8. Boufettal H, Samouh N. Primary fallopian tube carcinoma: a case report. *Pan African Medical Journal*. 2014; 18: p. 263.
9. Calderario Di R F, Márquez M, Lobo J, Jurado J. Carcinoma primario de trompa de Falopio. Experiencia en el Servicio Oncológico Hospitalario IVSS. *Revista Venezolana de Oncología*. 2016 julio-septiembre; 28(3): p. 156-163.
10. Alá Paredes MC, Canedo García NA, Gonzales Jordán L. Carcinoma de salpínges: caso reporte y revisión bibliográfica. *Rev Cient Cienc Med*. 2016; 19(2): p. 65-70.
11. Pérez Fuentes IA, González Blanco JC, Rodríguez Yero D, Marín Dolz I. Adenocarcinoma en la trompa de Falopio derecha. *MEDISAN*. 2014; 18(5): p. 724-727.
12. Chaudry S, Hussain R, Zuberi MM, Zaidi Z. Rare primary fallopian tube carcinoma; a gynaecologist's dilemma. *J Pak Med Assoc*. 2016 January; 66(1): p. 107-110.
13. Pectasides D, Pectasides E, Economopoulos T. Fallopian tube carcinoma: a review. *The Oncologist*. 2006; 11: p. 902-912.
14. Niño de Guzmán Peña O, Gutiérrez Flores C, Niño de Guzmán Luizaga O, Poma M, Escobar Porcel M. Carcinoma de las trompas de Falopio Presentación de caso. *Gaceta Médica Boliviana*. 2007; 30(2): p. 58-61.
15. Marcos Sánchez F, Sánchez Díaz E, Marrupe González D, Albo Castaño M, Viana Alonso A, Juárez Ucelay F. Un caso de carcinoma de trompa de Falopio. *An. Med. Interna (Madrid)*. 2006; 23(2): p. 83-85.
16. Chakrabarti P, Bera S, Rana S. Primary Fallopian Tube: A Case of Rare Malignancy. *Journal Health Research and Review*. 2018; 5(3): p. 161-4.
17. Berek JS, Kehoe ST, Kumar L, Friedlander M. Cancer of ovary, fallopian tube, and peritoneum. *Int J Gynecol Obstet*. 2018; 143(2): p. 59-78.
18. Giménez M, Bracho G, Borges A, García G, Ramos S, Caleiras E. Adenocarcinoma primario de trompa uterina. A propósito de un caso y revisión de la literatura. *Revista Venezolana de Oncología*. 2005; 17(2): p. 98-102.