

CARCINOMA PRIMARIO DE LA TROMPA DE FALOPIO

Drs.: LUIS ESTEVES FLORES (*), CARLOS CASTELLANO (*), RICARDO GALDOS H. (*),
OSCAR BARRIGA N. (*), LUIS QUINTO C. (**), Y LUIS LEON A. (**)

Aunque los procesos inflamatorios de la trompa son muy frecuentes y el carcinoma secundario de la misma un poco frecuente, el carcinoma primario de ésta es una de las neoplasias más raras del tracto genital femenino.

Hasta mediados del siglo pasado esta neoplasia no era debidamente conocida, siendo más bien negada por algunos autores como Courty y Schroeder, sin embargo, otros autores (Kiwish, Scazoni, Klobb), señalaban la posibilidad de tumores epiteliales en dicho segmento. Fue Raynaud en 1847 el primero en describir un carcinoma tubario bilateral, graficado en unos dibujos que fueron obsequiados al Colegio de Cirujano de Londres. Rokitanski en 1861 hizo otra comunicación, pero fue Orthmann en 1888 quien hizo una descripción completa de este tumor. Desde entonces se han publicado pequeñas series de casos, por numerosos autores; Cron y Claude en una revisión de la literatura mundial, sólo consiguieron 600 casos publicados hasta el año de 1959. No más de mil casos de este tipo de neoplasia existen reportados en la literatura hasta la actualidad. En nuestro medio la primera descripción de esta neoplasia fue realizada por el Dr. Lucas Molina y Castillo en 1948, en un trabajo intitulado: "Consideraciones sobre el carcinoma primitivo de la trompa uterina". En 1957, Valdivia y García (22) dieron a conocer 4 casos, dos de los cuales corresponden al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. El mismo año 57, Herrera (13), dio a conocer un caso más diagnosticado como tumor pelviano y tratado con Histerectomía total Ooforosalinguectomía bilateral. En 1966, Vizcarra (21) informó otro encontrado en el Hospital del Cuzco.

El presente trabajo está basado en el estudio de 9 casos de carcinoma primario de la trompa atendidos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas desde 1952 a 1966, es decir, en un período de 15 años, durante el cual se atendieron 9,266 neoplasias malignas del tracto genital femenino.

(*) Del Departamento de Ginecología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
(**) Residentes del Departamento.

CUADRO N° 1

NEOPLASIAS MALIGNAS DEL TRACTO GENITAL FEMENINO: I.N.E.N. (1952-1966)

Ca. de Cervix.	Ca. In Situ	321	3.4	%
	Ca. Infiltrante	8,150	87.4	%
Ca. de ovario		326	3.5	%
Ca. de cuerpo Uterino		315	3.3	%
Ca. de Vulva		123	1.3	%
Enfermedad Trofoblástica Maligna		56	0.6	%
Ca. de Vagina		23	0.25	%
Ca. de Trompa		9	0.09	%
Neoplasias Malignas de ligamento		1	0.01	%
		9,266	99.85	%

Incidencia

La incidencia es muy baja, y de los casos registrados en la literatura mundial, podemos ver que los autores dan una incidencia ampliamente variable que va del 0.06% (2), hasta el 1.6% (10), apreciándose que su mayor incidencia está en razón inversa con el número total de neoplasias malignas ginecológicas observadas. En consecuencia, podemos apreciar en el cuadro siguiente la frecuencia del carcinoma primitivo de la trompa en relación al total de neoplasias malignas del tracto genital femenino. La incidencia promedio para algunos autores es del 0.3%. Entre nosotros encontramos una incidencia del 0.09%.

CUADRO N° 2

FRECUENCIA DEL CARCINOMA PRIMITIVO DE LA TROMPA CON RELACION AL TOTAL DE LOS CARCINOMAS GINECOLOGICOS Y AÑOS

Autores	Años	Hospital	N.M. de T.	Carci. G.	Porcentaje
Shmid		Frauenklin Berlin	10	995	1.00 %
Emge		Stanford Univ.	6	1,350	0.47 %
Raurano		U. Helsinki	3	2,274	0.13 %
Rubin		Mount Sinai y Priv.	2	547	0.36 %
Haupt		Bonn	3	1,361	0.22 %
Lofgren-Dokerty	40	Mayo Clinic	16	10,000	0.16 %
Hu y Asociados	45	Free Hosps.	12	3,878	0.31 %
Duckman y Col.	13	Brooklyn	5	587	0.85 %
Ahumada y Colo.		Clin. Gynec. Univ. Bs. As.	1	1,607	0.06 %
Novak	80	Johns Hopkins	80		
Arthur Frankel	9	Beth Israel Hosp.	7		
Arthur Frankel		Harlem Hosp.	3	435	1.6 %
Valdivia y Col.	4	INEN	2	687	0.43 %
Herrera	6	Hosp. Loayza	1	1,691	0.12 %
Ayre y Bauld		Royal Victoria Hosp.	2	132	0.75 %
Hayden y Potter			12		
Esteves y Col.	15	INEN	9	9,266	0.09 %

CONSIDERACIONES CLINICAS

Edad.— Esta neoplasia ha sido encontrada en pacientes de 40 a 65 años, siendo la edad promedio de 49 años. Casos raros de cáncer de trompa han sido descritos en pacientes de 18 años en 1931 por Johnson y por Kahn en 1934 e igualmente en una paciente de 80 años, dada a conocer por Fullerton en 1940 (12). Nuestros casos han tenido una edad promedio de 50.4 años y las edades extremas fueron 33 y 70 años.

CUADRO N° 3

	Edad Promedio	Edades	Extremas
Lofgren y Col.	50 años	34 —	65
Frankel	49 ..		
Stern y Hanley	46 ..	34 —	64
Fullerton			80
Cox M.		17	80
Duckmann y Col.		45	66
Wechsler		40	65
Hu y col.		18	
Esteves y Col.	50.4	33	70

Paridad.— Tres de nuestras pacientes fueron nulíparas, coincidiendo con lo señalado por algunos autores de que la esterilidad es frecuentemente asociada con cáncer de trompa; así vemos que Sanger y Barth reportaron 43% en esta correlación, Curtis 33%, Vest 29%, Hu 27% y Frankel 3%. Las restantes de nuestras pacientes han sido fértiles y han tenido de 1 a 9 gestaciones, en una de ellas se encontró hasta 7 abortos.

SINTOMATOLOGIA

El carcinoma primario de la trompa no ostenta síntomas y signos definidos, tanto en los estados precoces como cuando la neoplasia está avanzada; en sus estadios iniciales en que el crecimiento de la neoplasia es intraluminal, cursa totalmente asintomática, dada la relativa baja sensibilidad de la trompa y, cuando la neoplasia está avanzada, los síntomas se confunden con lesiones malignas o benignas del resto del aparato genital interno. Con todo, se ha descrito una triada sintomática.

1° **Flujo vaginal seroanguinolento o sanguíneo.**— Durante muchos años se habló de la hidropesía o hemohidropesía profluente de la trompa como síntoma patognómico de cáncer de este segmento. Anspach, Hobbs, Pehan y Pankow, consideraban que la presencia de una masa anexial dolorosa, apreciada por un tiempo y que luego es seguida de su desaparición, así como

del dolor y que estaba acompañada de secreción vaginal profusa, sugería el diagnóstico de carcinoma de trompa; considerando que se producía una expresión de la trompa enferma, otras veces existe franco sangrado genital. Frankel informó que dos de sus 5 casos mostraban hemorragia genital constante post-menopáusica y tres menorragia asociada con fibromas uterinos por un período que iba entre dos meses y 3 años. Hemohidropesía y hemorragia genital, estuvo presente en 10 de los casos de la serie de Lofgren; en 5 de los 6 de Emge, y en 10 de los 12 de Hu. En nuestra serie, 7 casos mostraron sangrado genital constante como síntoma predominante, con una duración que fue de 2 meses a 3 años.

2º Dolor abdominal inferior.— El dolor abdominal inferior, ya sea uni o bilateral, es un síntoma también frecuente, su carácter es el ser intermitente ya sea de tipo agudo o retortijón e irradiándose hacia el lado en que se extiende la neoplasia; puede presentarse aisladamente o acompañando a la hemorragia genital. En la serie de Frankel, el dolor estuvo presente en 6 de los 10 casos y tuvo una demora a la consulta de 2 días hasta 2 años; fue síntoma principal en el 50% de casos reportados por Hu y Col. (12) y de Lofgren (14). En nuestra serie, el dolor pelviano estuvo presente en dos casos como único síntoma y acompañando a la hemorragia genital en tres casos más.

3º Tumoración pelviana.— Algunas veces es posible comprobar la presencia de una masa o tumoración anexial, la que también ha sido descrita asociada a otros tumores del útero o del ovario; el tamaño de la tumoración varía de 3 a 20 cms. o más. En dos casos de nuestra serie se apreció dicha tumoración.

Es de anotar que cuando la neoplasia invade la vejiga aparecen trastornos urinarios, y al extenderse hacia el epiplon y abdomen superior, aparece ascitis, síntoma que se anota en el 10% de los casos.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico clínico de esta neoplasia es difícil de hacer sin laparotomía exploradora y muchas veces aún durante el acto quirúrgico; cuando el cirujano no tiene la experiencia necesaria puede confundirla con hidro y piosalpinx, sin embargo, Baron informó que Dannreuther fue el primero en hacer un diagnóstico pre-operatorio correcto; Hobbs en 1942 (12), reportó un caso diagnosticado como probable carcinoma de trompa por el síntoma hidropesía profluenta. Mc Gldrick, en 1943, en una revisión de 376 casos de

CITOLOGIA Y BIOPSIAS DE CERVIX Y ENDOMETRIO EN LOS 9 CASOS
DE CARCINOMA PRIMARIO DE LA TROMPA

Casos	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Citología	Positiva	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Positivo	Neg.	Neg.	Sospechosa 3 veces
Bp. Cérvix	Adeno Co. Me- dianamente Di- ferente.	No tuvo	No tuvo	—	—	—	No tuvo	No tuvo	No tuvo
Bp. Endometrio	Adeno Co. pa- pilif. Brod. 111.	atrófico	Insufic.	Op. en otro Hospital	Op. en otro Hospital	Proliferativo	Hiperplasia gland. quístic.	No tuvo	Insuf.

Nota.— El caso N° 1 mostró biopsias positivas para adenocarcinoma papilífero tanto en el cérvix como en el endometrio haciendo orientar al ginecólogo al diagnóstico de Carcinoma cervical, pero ellas corresponden a implantes neoplásicos en el endometrio y en el cérvix tal como se verá en las láminas de microfotografías. La paciente recibió tratamiento con Radium, Cirugía Radical más Roeingenterapia con lo que se controla la enfermedad por 3 años y 4 meses en que se encuentra recidiva por lo que se le somete a Cirugía Ultra Radical. Falleció por enfermedad generalizada 16 meses después de éste tratamiento.

la literatura, fue capaz de encontrar solamente un diagnóstico correcto preoperatoriamente hecha por Martzloff. En la serie de Hu (12), George Van S. Smith fue capaz de hacer un diagnóstico como probable carcinoma de la trompa en un caso, los restantes casos fueron diagnosticados como quistes de ovario a pedículo torcido, salpingooforitis o tumores fibrosos.

La culdoscopia y el neumoperitóneo pelviano pueden brindar alguna ayuda en el diagnóstico, pero cuando las neoplasias son pequeñas, es difícil visualizar en forma adecuada las trompas, mientras que si la neoplasia está avanzada, la propagación al ovario, cuerpo uterino y peritoneo pelviano no permiten establecerlo. El estudio de la secreción vaginal por el método de Papanicolaou ha permitido a algunos autores (11, 15) encontrar células neoplásicas coincidentes con neoplasias primarias de la trompa, considerando a este método como de significativa ayuda en la detección de dicha neoplasia. A nuestro parecer, ello ocurre cuando la neoplasia invade el endometrio o tiene origen en la región ítmica, estando las vías permeables. En nuestra serie dos casos mostraron Papanicolaou positivo y uno sospechoso. En ninguno de ellos se hizo diagnóstico clínico correcto. [Ver Cuadro N° 4].

Localización.— En la mayoría de los casos la neoplasia es unilateral, sin embargo, en el 30%, según muchos autores, ésta es bilateral. En nuestros casos, 4 tuvieron localización derecha, o sea el 44%; 4 fueron bilaterales (44%) y un caso no determinado.

TRATAMIENTO

La experiencia de un autor no es suficiente para opinar en forma definitiva sobre el tratamiento, sin embargo, lo más aconsejable y que brinda mejores resultados es la cirugía radical más Omentectomía, seguida de radiaciones. En los casos inoperables, se aconsejan las radiaciones (cobalto 60, roentgenterapia o radium intracavitario) y posteriormente Cirugía Radical, siempre que se haya obtenido adecuada respuesta. La quimioterapia se ha ensayado con resultados que aún no permiten deducir conclusiones.

Los casos por nosotros estudiados han tenido la más variada terapia en razón a la extensión de la neoplasia; así, dos casos han recibido histerectomía total con Ooforosalinguectomía total más omentectomía y en uno de ellos se agregó disección linfática pelviana del lado comprometido (ver cuadro N° 5).

CUADRO N° 5

RESUMEN DE LOS 9 CASOS DE CARCINOMA PRIMARIO DE LA TROMPA

N°	H.Cl.	Edad	P/A	Síntomas:	Tiempo	Ex. Clínic.	Tratamientos	Sobrevida.
1	29587	53	4/0	Hemorragia genital leucorrea: 3 años pérdida de peso anemia.		Agrandamiento uterino Lesión cervical.	H. Radical. Roengent.	Fallece 16 meses después de C. Ultra-radical: Metás. generalizadas.
2	82891	53	0/0	Hemorragia genital años post menopáusica.	4	Agrandamiento uterino.	H. T. Ooforo S.B. Roengent.	P. V.
3	68984	54	0/0	Hemorragia genital dolor al bajo vientre	3 meses.	Normal.	H. T. Ooforo S. B. Co. 60 Radium	32 meses viva con metastasis abdominales.
4	49399	45	1/0	Dolor F.I.D. Operada en otro Hospital (hallando la neoplasia).		Recidiva intrapélvica.	Co. 60 abandonó.	Falleció por enfermedad generalizada.
5	33512	39	1/7	Op. en otro Hospital por T. pelviano, 5 meses después recidiva.		Neoplasia en vagina cérvix e intrapélvica.	Laparot. carcino-matosis.	Metástasis abdominales, infiltración de vejiga P. V. 2 meses.
6	36329	40	0/0	Menometrorragias	2 meses.	Agrandamiento uterino.	H. Tot. Oo. Salp. Bil. Omentectom.	Viva sin enferm. 12 años.
7	66233	70	4/0	Hemorragia genital post-menop. Dolor pelviano un mes.		Tumor anexial.	Hist. T. Oo. Salp. Bil. Omentect. Co. 60	P. V. con metástasis abdominales.
8	35943	33	4/0	Dolor FII leucorrea: meses.	5	Masa anexial.	H. T. Oo. Salp. Bil. Disección linf. pelv. dere.	Vive sin enfr. 12 años.
9	39490	67	9/0	Hemorragia Genital Post-menopáusica	4 meses.	Masa anexial Der. útero agrandado.	Histerect. Total Oo. Salp. Bil. Resec. sigmoides.	Viva sin enf. 29 meses.

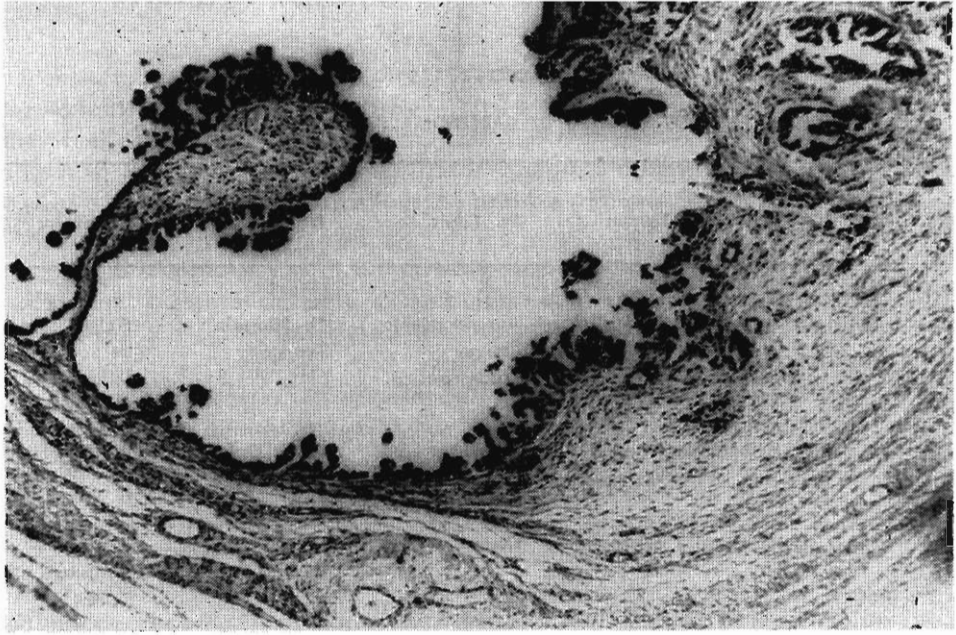


FIG. 1.—Carcinoma papilífero. La neoplasia invade la luz de la trompa. La capa muscular está adelgazada pero no se observa infiltración neoplásica.

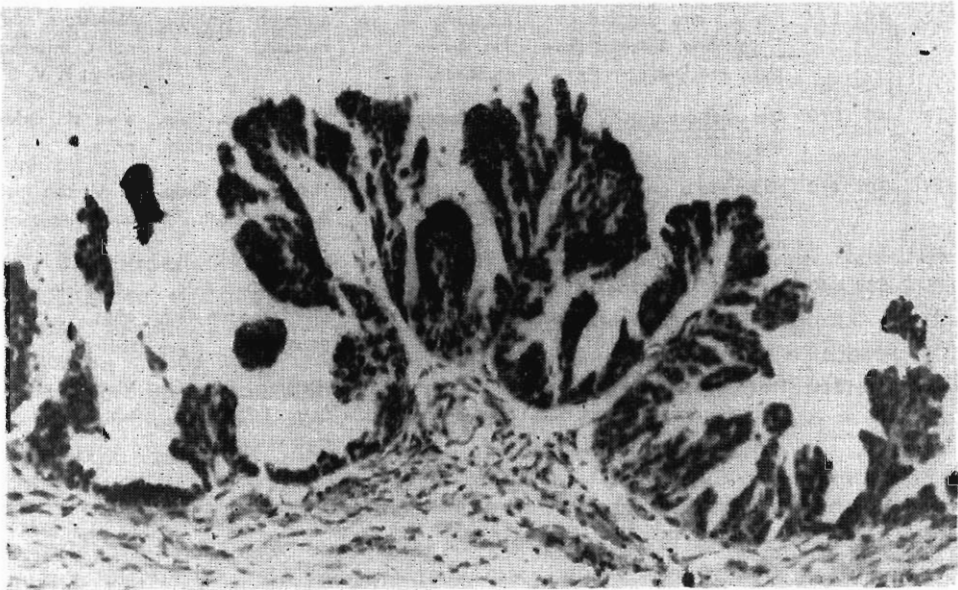


FIG. 2.—Carcinoma papilífero (20 x). Mayor aumento de la fig. 1 para demostrar el crecimiento intraluminal del tumor. La capa muscular no está infiltrada.

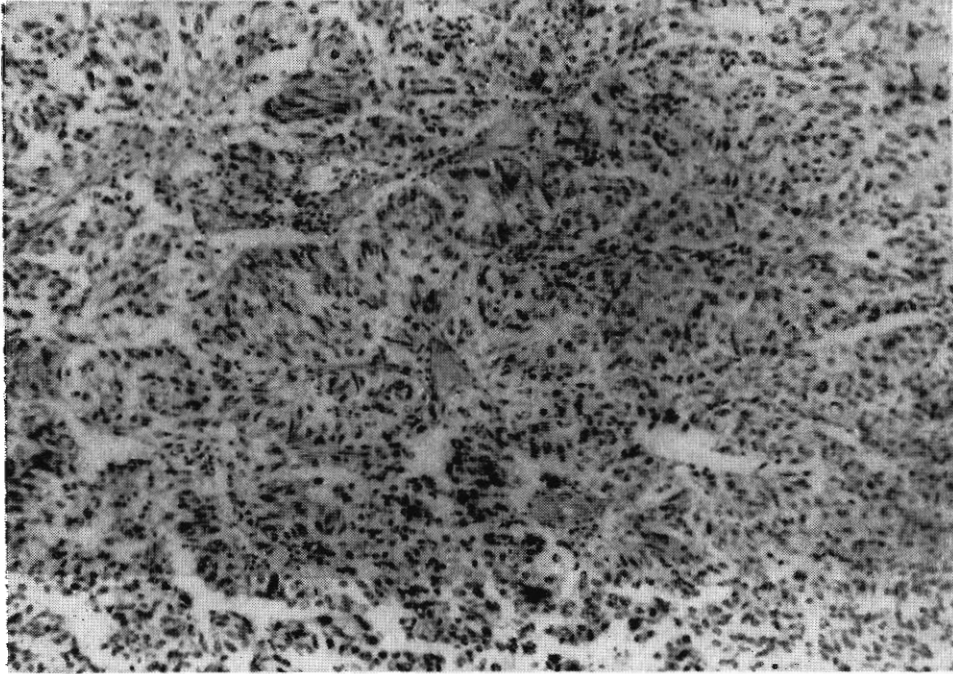


FIG. 3.— Carcinoma papilífero-alveolar. Es la forma histológica más frecuente del tumor.

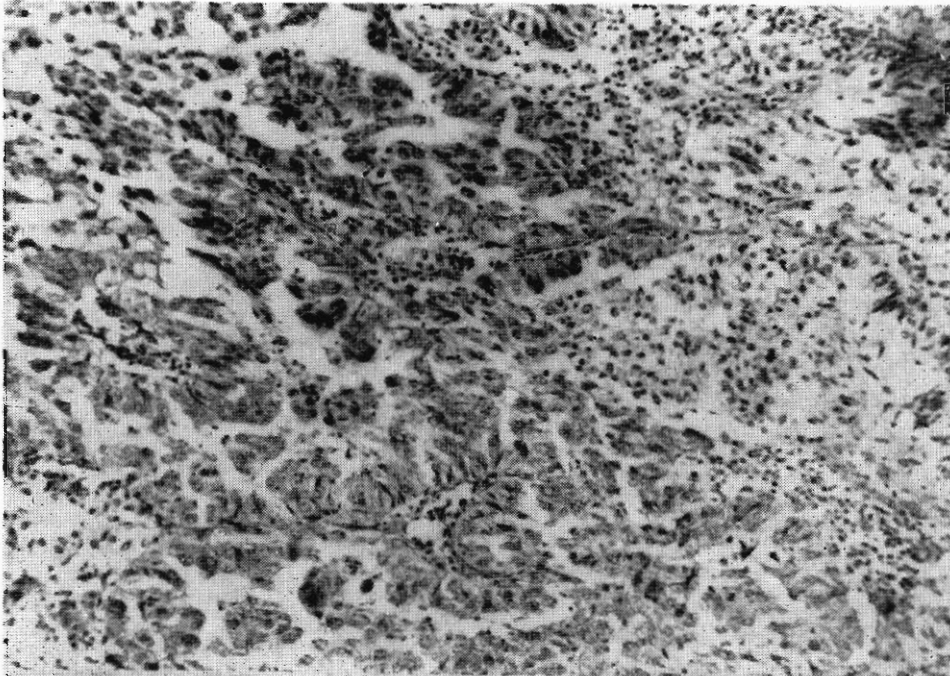


FIG. 4.— Carcinoma papilífero-alveolar: Se observa infiltración linfocitaria en la luz de los alveolos o conductos neoformados y tendencia a la necrosis tumoral.

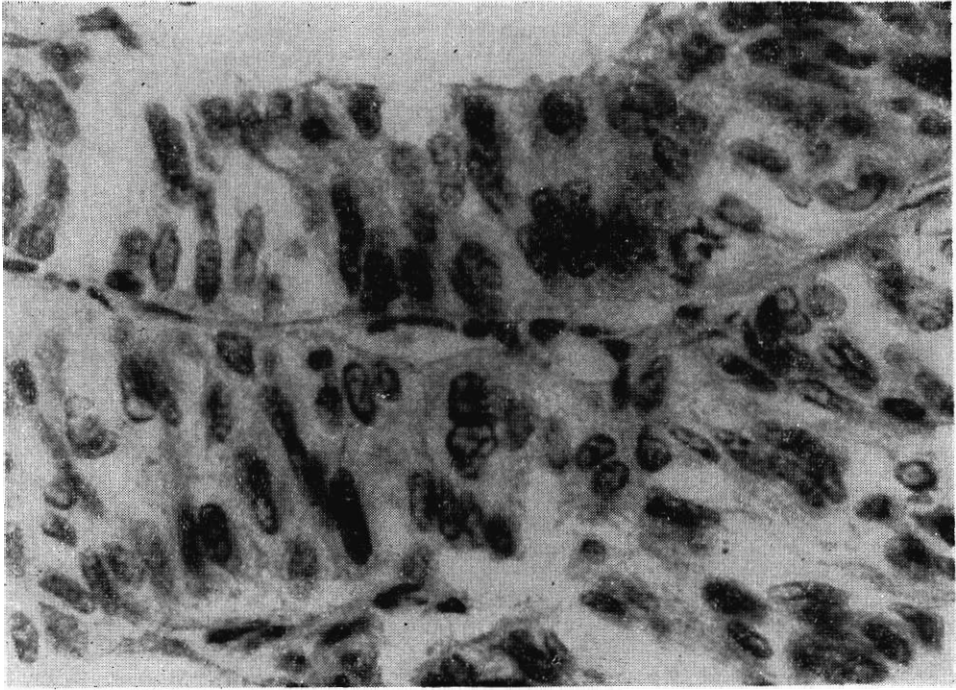


FIG. 5.—(AO x). A diferencia del epitelio cilíndico monoestratificado de la trompa normal, en el tumor las células cilíndricas se disponen en varios estratos.

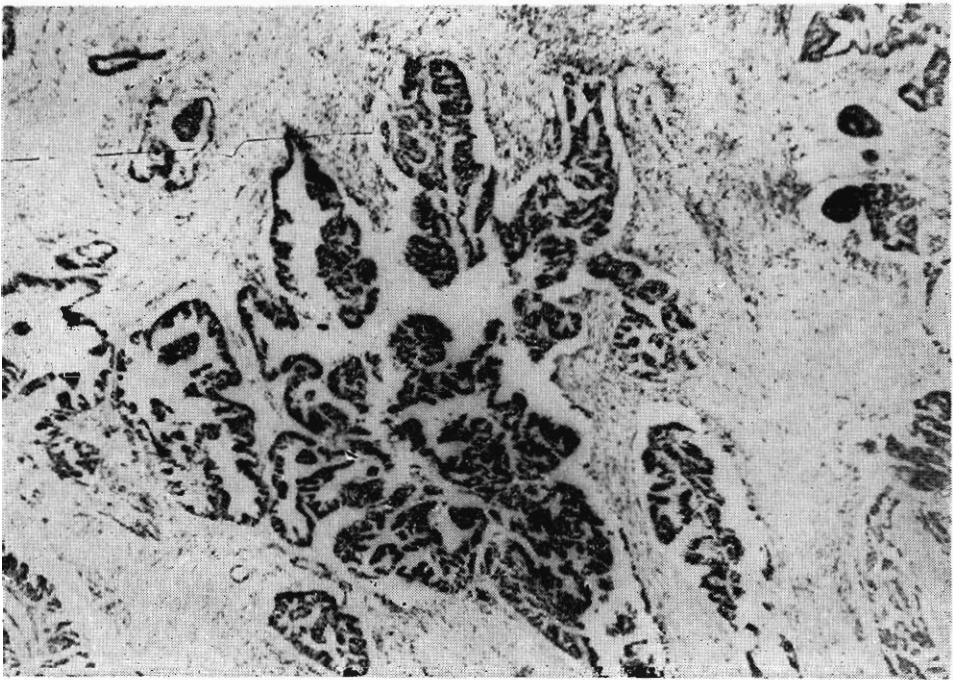


FIG. 6.—Metástasis de carcinoma de trompa en epiplon. La neoplasia es predominantemente papilar.

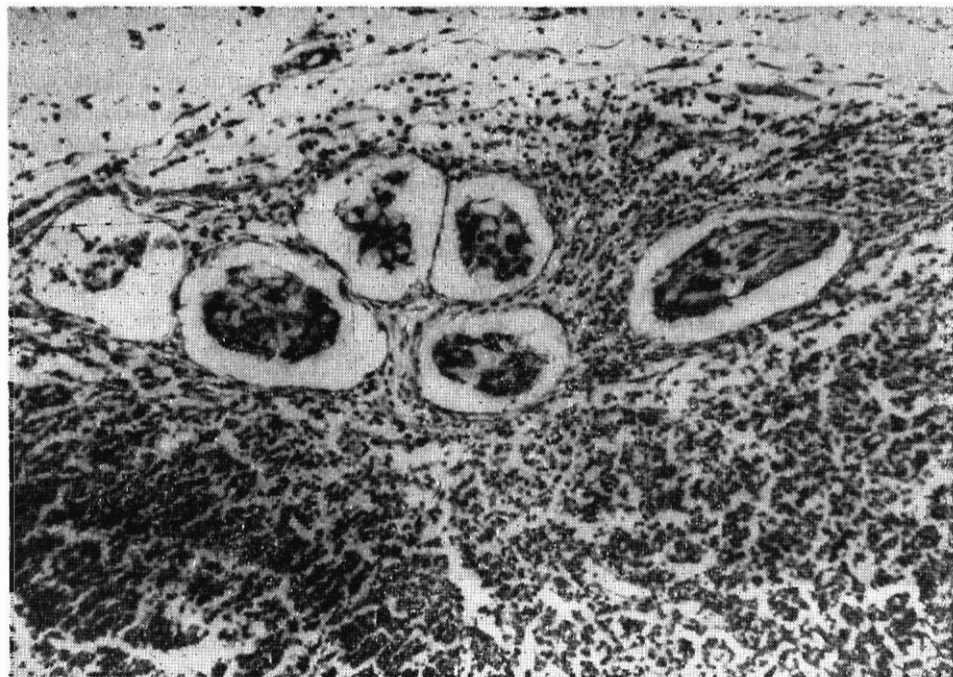


FIG. 7.—Metástasis de carcinoma de trompa en ganglios. La neoplasia es de aspecto alveolar.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1.— El carcinoma primitivo de la trompa uterina, muestra entre nosotros una incidencia del 0.09% del total de neoplasias malignas ginecológicas.
- 2.— Esta neoplasia ha sido apreciada entre los 33 y 70 años, siendo la edad promedio 50.4 años.
- 3.— No existen medios para detectar los estadios precoces de la neoplasia tubaria, y cuando los síntomas se hacen presentes, la lesión está diseminada en la pelvis.
- 4.— La positividad del Papanicolaou y biopsia de endometrio, únicamente indican permeabilidad canalicular y propogación de la neoplasia hacia la cavidad uterina, por tanto, el estudio de la secreción vaginal por este método no es un medio de diagnóstico precoz.
- 5.— No es posible señalar una conducta categóricamente determinada para esta neoplasia, ya que la experiencia acumulada por los diferentes autores es escasa, sin embargo, la mayoría de los autores, así como noso-

tros, se inclina por la cirugía ampliada o radical más radiaciones de acuerdo a la extensión de la enfermedad.

- 6.— En nuestra pequeña serie se ha conseguido una sobrevida hasta de doce años en dos casos que recibieron tratamiento con histerectomía ampliada, ooforosalinguectomía bilateral, a uno de ellos se agregó disección linfática de la pelvis en lado comprometido.
- 7.— Las recidivas y metástasis abdominales las hemos apreciado en 6 de nuestros casos y en uno de ellos la neoplasia tuvo extensión extra-abdominal.
- 8.— Toda paciente post-menopáusica que presente sangrado genital continuo o intermitente por más de un mes y en quien las biopsias de cérvix, endocérvix y endometrio no muestran anormalidad, debe ser sometida a laparotomía.

SUMMARY

The authors have studied 9 cases of primary carcinoma of the Fallopian tube; this means an incidence of 0.09% in a total of 9266 malignant tumors of the genital tract observed at the Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima Perú, between 1952 and 1966. The patients had an average age of 50 years, range 33-70; the treatment was surgical and radiation, and the overall survival rate was 22%.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—AYRE, J. E.: Bauld. Primary carcinoma of the Fallopian tube. Am. J. Obst. & Gynec., 1945: 50-196.
- 2.—AHUMADA, J. C.: El cáncer ginecológico Ed "El Ateneo" Bs. As. 1953.
- 3.—AHUMADA, J. C.: Tratado elemental de ginecología Ed. "López". Bs. Aires.
- 4.—ARRIGHI, L. y CALANDRA, D.: Carcinoma de la trompa de Falopio; consideraciones acerca de un caso con metástasis uterina. "Sem. Méd. "1950": 57. II 195.
- 5.—ABRAMS, J. KAZAL: Primary sarcoma of fallopian tube. Am. J. Obst. & Gynec., 1958: 75-180.
- 6.—CRISP, W.: Choriocarcinoma of the fallopian tube coincident with viable Pregnancy. Am. J. Obst. & Gynec.: 1956 71-442.
- 7.—CURRAN, J. F. and KILROY.: New Englad J. of Medicine. 1947 - 236-64.
- 8.—COZ, M.: Primary carcinoma of the Fallopian tube. J. International Collage Surgeons. 1957 27-719.
- 9.—EMG, L. A.: West. J. Surg. 56: 334 1948.
- 10.—FRONKEL, A. N.: Primary carcinoma of the Fallopian Tube: Am. J. Obstc. Gynec. 1956 - 72-131.
- 11.—FIDLER, K. H. and LOCK R. D.: Carcinoma of the Fallopian tube Detected by cervical Smear. Am. J. Obstc. Gynec. 1954 - 67-1103.
- 12.—HU. TAYMOR and HERTIG. Primary carcinoma of the Fallopian tube. Am. J. Obstc. & Gynec. 1950: 59-58.
- 13.—HERRERA, A. C. Cáncer primitivo de la Trompa de Falopio. Gynec. y Obst. 1957 III-173.
- 14.—LOFGREN, K. A. and DOKERTY M. B. Primary carcinoma of the Fallopian tube Surg. Gynec. & Obst. 1946: 82-199.
- 15.—LARSSON E. y SCHOOLEY, L. J. Am. J. Obstec. Gynec. 1956 - 72.
- 16.—ISRAEL, L. and CRISP. W. E. Preoperative Diagnosis of Primary Carcinoma of the Fallopian tube. Am. J. Obstec. Gyenc. 1954 68-1589.
- 17.—KRUGMAN, F. I. and FISHER. J. Primary carcinoma of the fallopion tube Am. J. Obstec. Gynec. 1960 80-722.
- 18.—MOZLEY, P. D. and LIEUTENANT Primary carcinoma of the fallopion tube. Am. J. Obstec. Gynec. 1960 80-64.
- 19.—ROSS W. M. and WARD, C. V. Primary carcinoma of the fallopion tube. Am. J. of Obstec. and Gynec. 1962 83 425.
- 20.—RYAN, G. M. Carcinoma In Situ of the Fallapian Tube. Am. J. of Obstec. and Gynec. 1962 84-199.
- 21.—VIZCARRA, D.L. Carcinoma primario de Trompa d Falopio. Agrupación Médica Amauta II 23 1966.
- 22.—VALDIVIA, J.E. y GARCIA, J. Carcinoma de la trompa. Gynec. y Obstec. 31 1957.