

ONCOLOGÍA

CÁNCER DE TROMPAS DE FALOPIO

María Isabel Larraburo Brenes*

SUMMARY

Primary cancer of the fallopian tube is a rare malignancy of the female genital tract. More than 90% of fallopian tube carcinomas are papillary serous adenocarcinomas, other tumor types include endometrioid, transitional cell, undifferentiated, clear cell and mixed. Although no consistent predisposing factors have been identified, the etiology may be similar to ovarian carcinoma. Some studies have demonstrated a similar frequency of structural chromosomal changes to those seen in ovarian cancer, including BRCA1 and BRCA2 gene mutations. If there are symptoms, abnormal vaginal

bleeding or profuse watery vaginal discharge are the commonest. These may be associated with vague lower abdominal pain, abdominal distension and pressure. Fewer than 10% of women present with the classic description of hydrops tubae profluens: a palpable pelvic mass that resolves during examination and is associated with a watery vaginal discharge.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma primario de la trompa de falopio es el tumor menos frecuente del aparato genital femenino, representa

aproximadamente 0,1-0,5% del total de tumores ginecológicos. Es frecuente en mujeres menopáusicas o posmenopáusicas (60%) siendo el pico de mayor incidencia alrededor de los 60 años de edad⁽⁸⁾. El carcinoma primario de la trompa de falopio puede aparecer en cualquier parte de la trompa, pero se origina fundamentalmente en la porción ampular. Se presenta con igual frecuencia en ambas trompas y en 10 - 26 % de los casos se afectan de forma bilateral⁽³⁾. Los factores de riesgo para este tipo de cáncer son similares a los del cáncer de ovario, no se ha relacionado con factores hormonales. Los factores genéticos pueden tener

* Medicina y Cirugía General
Cel: 8857-8063

un papel importante, asociándose a mutaciones de los genes BRCA-1 y BRCA-2⁽⁹⁾. Mutaciones de estos genes se observaron hasta en un 16% de los cánceres invasores de trompa de Falopio, y estas mutaciones se encontraron en el 17% de las pacientes judías Ashkenazi. La salpingo-ooforectomía profiláctica en pacientes con mutaciones en BRCA-1 Y 2, ha mostrado carcinoma clínicamente oculto, in situ o en estadio temprano⁽⁵⁾. Se relaciona también con una sobre expresión de p53 y una pobre supervivencia⁽⁶⁾. Clínica e histológicamente se comporta en muchas ocasiones como un cáncer de ovario epitelial⁽⁷⁾. Su evolución es insidiosa, su curso silencioso, se caracteriza por la presencia de dolor abdominal, sangrado o secreción vaginal (más frecuente) y una masa pélvica o abdominal en 80 % de los casos. Aunque la tríada de dolor pélvico, masa anexial palpable y el hydrops tubae profluens se considera patognomónico de carcinoma tubárico, su incidencia es escasa y se ha observado en menos del 15% de las afectadas⁽¹⁾. La mayoría de las pacientes se presentan sin enfermedad extrapélvica a diferencia del carcinoma de ovario, se cree que se debe al cierre parcial del lumen de la trompa. En raras ocasiones, se puede manifestar como una enfermedad aguda abdominal de emergencia

con dolor pélvico.

El diagnóstico se realiza usualmente por laparotomía y por la histología operatoria. Al realizar la laparotomía se evidencia macroscópicamente que la trompa uterina muestra una dilatación anormal, engrosamiento nodular o inflamación difusa en forma de salchicha, con oclusión de las fimbrias, por lo que debe realizarse el diagnóstico diferencial con enfermedades benignas como: hidrosálpinx, hematosálpinx, piosálpinx, endometriosis, embarazo ectópico, entre otras⁽⁸⁾. Microscópicamente se observa un patrón papilar y se debe de observar la transición entre el epitelio columnar benigno de la luz tubárica y el epitelio neoplásico⁽²⁾. El TAC y la RNM aportan información sobre la masa, sus relaciones anatómicas y sobre la posible existencia de ganglios paraaórticos y pélvicos. Un frotis cervical con presencia de células glandulares atípicas, existe una posibilidad de cáncer de trompa de Falopio que es diagnosticado en pocas ocasiones y suele asociarse hasta un 10% de los casos con neoplasias anexiales malignas. En ocasiones existe elevación de los niveles séricos de CA 12.5 y CA 19.9.

El cáncer de la trompa de Falopio puede ser primario o secundario al cáncer de ovario, mama, endometrio o cáncer gastrointestinal⁽¹⁾. Más del 50%

de las mujeres se presentan en estadio I o enfermedad en estadio II, 40% con enfermedad en estadio III y 5-10% con enfermedad en estadio IV. El tipo histológico más común es el adenocarcinoma papilar seroso, representa un 90-95 % de los casos. Se encuentra bilateralidad en un 40-50% y se piensa que esto representa más una neoplasia sincrónica que una enfermedad metastásica de una trompa a la otra. Otros tipos de tumores incluyen los de células endometrioides, de transición, célula indiferenciada, claras y mixtas.

La terapéutica quirúrgica del carcinoma de trompa de Falopio es similar a la recomendada para el cáncer ovárico epitelial y debería incluir histerectomía, la extirpación de ambos ovarios y las trompas, omentectomía, y la eliminación del tumor tanto como sea posible, este procedimiento debe llevarse a cabo incluso en los casos tempranos, porque esta enfermedad es con frecuencia bilateral.

La supervivencia a 5 años para pacientes con enfermedad en estadio I es de 65- 75%, estadio II 50-60%, estadio III 10-20% y lesiones en etapa IV menos de un 10%.

El seguimiento debe realizarse trimestralmente durante el primer año y posteriormente cada 6 meses durante al menos 4 años más, debe incluirse exploración física

completa , pruebas radiológicas, TAC, radiografía de tórax y marcadores tumorales (CEA, CA 12.5 y CA 19.9)

RESUMEN

El carcinoma primario de la trompa de falopio es el tumor menos frecuente del aparato genital femenino, la rareza del mismo dificulta los estudios específicos para la patología. Es frecuente en mujeres menopáusicas o posmenopáusicas siendo el pico de mayor incidencia alrededor de los 60 años de edad. Se caracteriza por la presencia de dolor abdominal, sangrado o secreción vaginal (más frecuente) y una masa pélvica o abdominal en 80 % de los caso. La tríada de dolor pélvico ,masa anexial palpable y el hydrops tubae profluens se

observa en menos del 15% de las afectadas. El tipo histológico más común es el adenocarcinoma papilar seroso, representa un 90-95 % de los casos. La terapéutica quirúrgica del carcinoma de trompa de Falopio es similar a la recomendada para el cáncer ovárico epitelial. La supervivencia a 5 años para pacientes con enfermedad en estadio I es de 65-75%, estadio II 50-60% , estadio III 10-20% y lesiones en etapa IV menos de un 10%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado I. Tumours of the Fallopian tube. World Health Organization classification of tumours pathology & genetics tumours. Washington, 2002:206-8.
2. John A. Malignant mixed müllerian tumor of the fallopian tube; CANCER Volume 71, January 1993, Pages: 187–192.
3. Brown JV 3rd . Occult fallopian tube cancer in a patient with BRCA1 breast cancer. Minim Invasive Gynecol - 01-NOV-2008; 15(6): 749-51 .
4. García Tirada.Carcinoma primario de la trompa de Falopio. MediSur, vol. 9, núm. 5, pag 1-4, 2011.
5. Goswami Pradip Kumar. Review Cancer of the fallopian tube. The Obstetrician&Gynaecologist.Vol 8.Pag 147–152.2006.
6. Wethington L. Stephanie.Improved survival for fallopian tube cancer; A comparison of clinical characteristics and outcome for primary fallopian tube and ovarian cancer. American Cancer Society. 12 NOV 2008.
7. Lliapis A. Fallopian tube malignancies: A retrospective clinical pathological study of 17 cases. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2008;28(1):93-95.
8. Steven. M. Oncología ginecológica. 2 ed. Madrid: Marban, 2000:71-81.
9. Disaia P.Disaia. Oncología Ginecológica Clínica. 5 ed. Madrid: Harcourt Brace,1999:379-85.
10. Sánchez F. Marcos. Un caso de carcinoma de trompa de Falopio. Anales de medicina Interna (Madrid). Vol. 23, N.º 2, pp. 83-85, 2006