

Carcinoma de Salpinge

Salpinge carcinoma

García-Pedro Elena Enselminí¹, Jiménez-Mejía Diana Cristal¹, Tafoya-Ramírez Fabián¹, Arango-Cruz Claudia², Orellana-Centeno José Eduardo^{3,*}, Pérez-Cruz Víctor Hugo³

1. Servicio de Patología Quirúrgica del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.
2. Servicio de Oncocirugía del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.
3. Instituto de Investigación de Salud Pública, Universidad de la Sierra Sur, Miahuatlán de Porfirio Díaz, Oaxaca

*Autor de correspondencia: José Eduardo Orellana-Centeno

Universidad de la Sierra Sur

Av. Guillermo Rojas Mijangos S/N, Col. Universitaria, 70800.

Miahuatlán de Porfirio Díaz, Oaxaca

Tel. 4448567453

Correo: orellana17@msn.com

DOI <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v13.n3.009>

Recibido 10 de marzo 2023, aceptado 06 de septiembre de 2023

RESUMEN

Introducción: El cáncer primario de salpinge uterina es una neoplasia maligna rara del aparato genital femenino, que corresponde al 0.1 a 1.8% de las neoplasias malignas ginecológicas. Se presenta sobre todo en pacientes menopáusicas o post menopáusicas, con mayor incidencia entre los 55-65 años de edad. **Paciente y métodos:** Presentamos el caso de una paciente de 63 años de edad con el diagnóstico de carcinoma primario de salpinge siendo que la paciente acude a consulta por dolor abdominal, aumento del perímetro abdominal, ascitis, pérdida de peso de aproximadamente 5 kilos, desde el inicio de su sintomatología con reporte por TAC ascitis, carcinomatosis así como tumor pérvico probable dependiente de ovario derecho, ingresa a laparotomía exploradora con hallazgos de tumoración dependiente de ovario derecho, carcinomatosis peritoneal y abundante líquido de ascitis, se realiza citorreducción óptima y las muestras fueron enviadas al servicio de Patología de nuestra unidad, llegando al diagnóstico definitivo por histopatología e inmunohistoquímica de carcinoma de alto grado, de salpinge derecha, afecta capa muscular sobrepasándola. **Conclusión:** Es una patología rara con supervivencia que varía en algunos estudios alrededor del 20 al 60%, dependiendo del estadio de la FIGO en que se encuentre. El tratamiento es a base de cirugía y quimioterapia postoperatoria.

Palabras clave: Carcinoma, Trompas uterinas, Carcinomatosis

ABSTRACT

Introduction: Primary uterine salpinge cancer is a rare malignant neoplasm of the female genital tract, corresponding to 0.1-1.8% of gynecologic malignancies. It occurs mainly in menopausal or post-menopausal patients, with a higher incidence between 55-65 years of age. **Patient and methods:** We present the case of a 63-year-old patient with the diagnosis of primary salpinge carcinoma, since the patient came to the consultation for abdominal pain, increased abdominal perimeter, ascites, and weight loss of approximately 5 kilos, from the beginning of her symptoms reported by CT Ascites, Carcinomatosis as well as probable pelvic tumor dependent on the right ovary, he was admitted to the exploratory laparotomy with findings of a tumor dependent on the right ovary, peritoneal carcinomatosis and abundant ascites fluid, optimal cytoreduction was performed and the samples were sent to the service of Pathology of our unit, reaching the definitive diagnosis by histopathology and immunohistochemistry of high-grade carcinoma, of the right salpinge, affecting the muscle layer surpassing it. **Conclusion:** It is a rare pathology with survival varying in some studies around 20-60%, depending on the FIGO stage. Treatment is based on surgery and postoperative chemotherapy.

Keywords: Carcinoma, Fallopian tubes, Carcinomatosis

Introducción

El carcinoma primario de salpinge tiene su descripción desde 1880, donde se establece como un carcinoma ginecológico maligno, raro, que en relación al carcinoma ginecológicos ocupa el

0.1-1.8%¹. Generalmente predomina en el contexto metastásico, es muy agresivo y rara vez diagnosticado antes de la cirugía en menos del 5%, puesto que su detección temprana y diagnóstico preoperatorio es complicado, debido a que suele asemejar otras patologías tales como

salpingitis, hidrosálpinx, hemato-salpinx y embarazo ectópico².

Generalmente esta entidad se presenta alrededor de los 40-60 años de edad. Se establece una fuerte asociación con las inflamaciones de la trompa uterina, sobre todo las de etiología tuberculosa, sobre todo en procesos inflamatorios bilaterales. Esta entidad se asocia fuertemente a infertilidad. La mayoría de estos tumores se presentan como lesiones ocultas y se originan frecuente en Fimbria terminal³.

La OMS clasifica a estos carcinomas como 1) Carcinoma no invasivo, 2) Carcinomas invasivos que contemplan carcinoma seroso (presentación de este caso), carcinoma mucinoso, endometrioide, de células claras, transicionales, escamoso e indiferenciado⁴.

El cáncer de salpinge y el de ovario comparten características comunes entre sí, incluyendo: elevación de los niveles del antígeno Ca 125, por lo que deben aplicarse criterios muy rigurosos para considerar una lesión neoplásica originada en este órgano, dado que la proximidad de la mucosa endometrial y ovario suelen dificultar enormemente el diagnóstico por lo que es necesario hacer uso de marcadores de inmunohistoquímica tales como CK 7, CA 125, RP, RE, así como WT1^{1,2}.

En lo que respecta a los marcadores tumorales, al igual que el cáncer de ovario, el Ca-125 elevado predice la existencia del tumor y resulta útil como herramienta para el seguimiento y respuesta al tratamiento. La base del tratamiento es la cirugía, recomendándose efectuar histerectomía total con ooforosalpinguectomía bilateral, realizándose igualmente múltiples biopsias para estudio de diseminación y generalmente tras estadiaje del tumor, tratamiento quimioterápico^{1,2,3,4}.

Presentación del caso:

Se presenta el caso de una mujer de 63 años de edad, originaria de Santo Domingo Morelos, Oaxaca, AHF: Madre finada por Cáncer de Endometrio a los 65 años de edad, APNP: Sin importancia para el padecimiento, AGO: Menarca a los 15 años de edad, Menopausia a los 50 años, NPS: 1, MPF: OTB, Papanicolaou de un año previo sin reporte citopatológico. Inicia 5 meses previos a su ingreso con aumento del perímetro abdominal, pérdida de peso de aproximadamente 4 kilos, acudió al Hospital de San Pedro Pochutla, donde se realiza USG abdominal con reporte de ascitis. Fue enviado a nuestra unidad con motivo de: paracentesis diagnóstica. Exploración física: TA: 120/70 mmHg, FC: 81 latidos por minuto, FR: 20 respiraciones por minuto, temperatura: 36 ° C, peso: 60 kilogramos y talla: 1.52 mts. Paciente consciente, alerta, orientada, irritable, palidez de mucosas y tegumentos. Cabeza: normocéfala con pupilas

isométricas, cuello: cilíndrico, corto sin evidencia de adenomegalias, corazón: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni galopes, pulmones: buena entrada y salida de aire sin ruidos agregados, abdomen: Globoso a expensas de líquido de ascitis, no se palpan visceromegalias, exploración vaginal: sangrado transvaginal escaso, reporte de papanicolaou institucional: Negativo, extremidades: Integras, con adecuado llenado capilar. En los estudios de laboratorio se encontraron CA 125: 13436 UI, Leucocitos 3.8×10^9 L, Hemoglobina 11.7 gr/dL, Hematocrito 35.4%, Glucosa 94 mg/dL, BUN 26 mg/dL, UREA 50 mg/dL, Creatinina 0.8 mg/dL. El estudio de TAC simple y contrastada mostró Ascitis, Carcinomatosis y Tumor pélvico de apariencia dependiente de ovario Derecho (Figura 1 y 2). Por lo que ingresa a cargo del Departamento de Oncología Quirúrgica para Laparotomía Exploradora, con los siguientes hallazgos: Tumoración dependiente de anexo derecho, de aproximadamente 5.5×3.5 cm, carcinomatosis peritoneal y abundante líquido de ascitis. Se realiza citorreducción óptima y las muestras fueron enviadas al departamento de patología de nuestra institución. El examen macroscópico de la pieza de anexectomía derecha remitida evidenció una trompa elongada de 6×2 cm, al corte ocupada por una tumoración papilar blanquecina con afectación de su pared sobrepasándola, infiltrando cara anterior de cuerpo uterino, Parámetro ipsilateral, peritoneo y epiplón (Figura 3). El estudio microscópico puso de manifiesto la

existencia de una tumoración maligna que afecta a la trompa, de crecimiento endoluminal, con patrón preferentemente papilar, con intensos fenómenos de necrosis, con intensa atipia citológica y alto índice mitótico (Figura 4). Las técnicas de IHQ fueron positivas para CK 7, CA 125, WT1, RE y P63, con un índice de proliferación Ki 67 de 40% (Figura 5, 6, 7). Con todo ello se llegó a un diagnóstico de carcinoma papilar alto grado primario de trompa uterina. El diagnóstico histopatológico se confirma debido a que ambos ovarios no muestran alteraciones. Hasta el momento el tratamiento ha sido a base de 5 sesiones de Quimioterapia con monitorización de CA 125. Siendo la evolución hasta el momento favorable, a pesar que por el grado de FIGO al cual corresponde la sobrevida sería del 32%.



Figura 1.-TAC abdominal simple. Muestra ascitis.

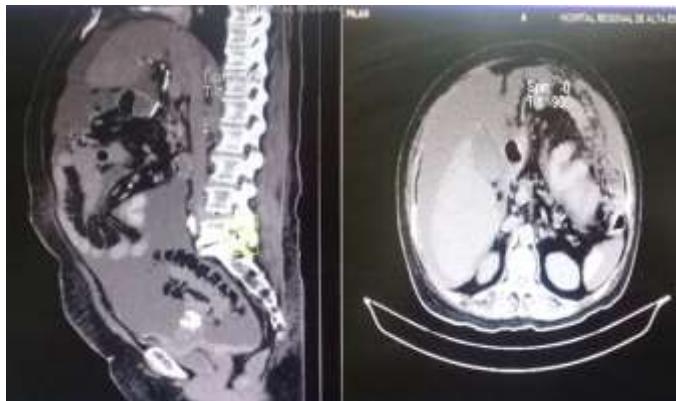


Figura 2. TAC contrastada.

Muestra tumor pélvico probable dependiente de ovario derecho.

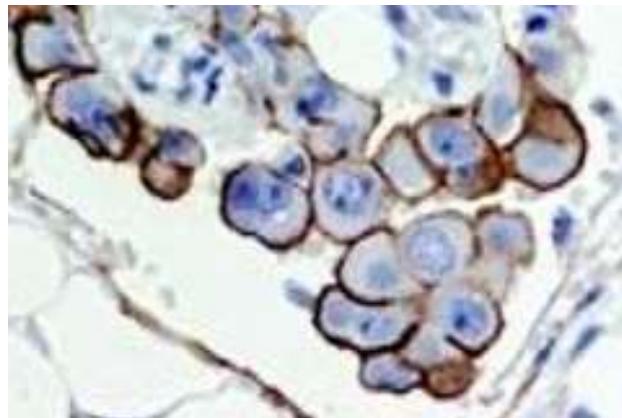


Figura 5. Panel de inmunohistoquímica, CA 125, 40 x.



Figura 3. Trompa uterina vista macroscópica. Corte transversal de anexo derecho donde se observa la luz ocupada por una tumoración papilar, altamente necrótica.

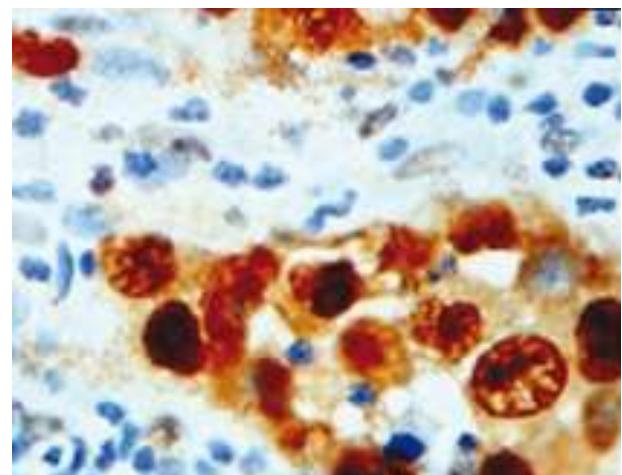


Figura 6. Panel de inmunohistoquímica, WT1, 40 x.

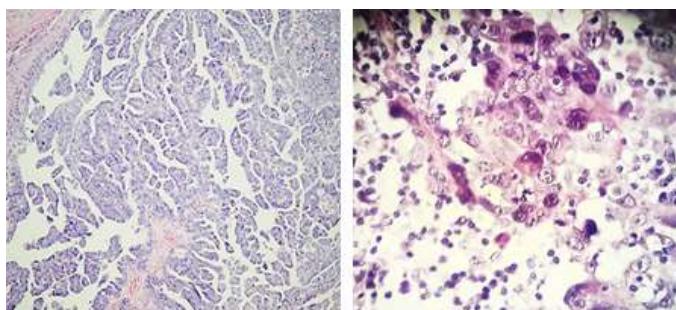


Figura 4. Corte histológico con H y E a 40X, muestra un corte fimbria, donde se observa una tumoración papilar, con atípia y plemorfismo marcado, índice mitótico alto, nucléolo evidente y sobreposición nuclear.

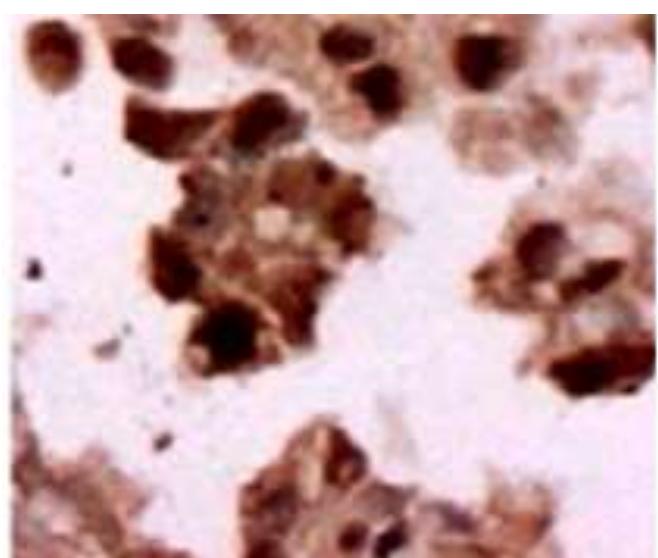


Figura 7. Panel de inmunohistoquímica, p53, 40 x.

Discusión

Los carcinomas primarios de salpinge se presentan como casos esporádicos en un 10% y los asociados a mutación BRCA-1 (62%) en mujeres de aproximadamente 40 años, y los asociados a BRCA-2 (27%) en relación a pacientes de 60 años.⁷ El signo clínico más frecuente es la triada Latzko (solo presente hasta un 15%) que consiste en: descarga vaginal Serosanguinolenta, dolor pélvico y masas pélvicas, en ocasiones puede existir casos de torsiones o si hay obstrucción tubárica, menos frecuentemente se producirá distensión abdominal o ascitis en los casos de carcinomatosis peritoneal⁶⁻⁹⁻¹⁰. En un 10% el complejo "Hidropstubaeprofluens" que consiste en dolor abdominopélvico que cede posterior a una descarga vaginal acuosa⁽⁸⁾. En la mayoría de los casos el diagnóstico se produce después de realizar una laparotomía exploradora por la existencia de una masa anexial⁸. La estatificación del carcinoma de salpinge es quirúrgica y se realiza de acuerdo con el sistema de estatificación de la FIGO/ TNM, mismo que con el tiempo recibió modificaciones inherentes a darle relevancia al grado de invasión de manera más específica para determinar con mayor precisión el progreso de la enfermedad⁵. En algunos reportes se menciona que la supervivencia a cinco años con tumores en Estadio I es del 64%, en estadio II del 42%, en estadio III del 32% y en estadio IV del 17%. La ecografía ha permitido realizar

diagnósticos de sospecha. Así el hallazgo eco-gráfico más habitual es el de una masa de eogenicidad heterogénea y flujo de baja resistencia, independiente del útero y con visualización del ovario homolateral de aspecto normal¹¹⁻¹². En el diagnóstico diferencial se incluyen el hematosálpinx, la enfermedad inflamatoria pélviana y el embarazo ectópico.

La elevación del marcador tumoral CA-125 carece de especificidad para el diagnóstico, pero se usa para el seguimiento de la enfermedad. El factor pronóstico de las pacientes que se correlaciona con la supervivencia es la estatificación de la enfermedad de acuerdo con los datos FIGO¹³. Las recurrencias son comunes tanto en sitios extraperitoneales e intraperitoneales⁸⁻¹⁴. Las líneas de tratamiento para el carcinoma de la trompa de Falopio son idénticas a las del cáncer de ovario, inicialmente se realiza la cirugía y enseguida la quimioterapia. La cirugía consiste en la histerectomía total abdominal y salpingoo-forectomía bilateral y estadificación completa. Las tasas de supervivencia aumentan si el tumor puede ser removido completamente con la cirugía. Si la citorreducción óptima no se puede realizar por la presencia de enfermedad metástatica, la mayor resección posible de la masa tumoral es importante. CA-125 es un marcador más sensible para la recurrencia y para evaluar la respuesta a quimioterapia⁸. La vigilancia post tratamiento para detectar enfermedad recu-

rrente se realiza en intervalos regulares, dependiendo de cada paso en particular³⁻¹⁴⁻¹⁵. El carcinoma de salpinge debería ser descartado ante una metrorragia posmenopáusica recurrente en la que los legrados uterinos no son concluyentes, así como ser introducido en el diagnóstico diferencial de una masa pélvica, dilatación de salpinge o ascitis. Es necesario también recomendar el buen manejo de una pieza de salpinge para realizar una inclusión completa y de esta forma identificar el tumor, sobre todo en pacientes con alta sospecha de diagnóstico de cáncer de ovario vs un cáncer de salpinge¹⁵. En el caso presentado se observan muchas características acordes a las referidas en la literatura médica consultada, tanto en su forma de presentación (sangrado genital y tumor anexial de recho).

Conclusión

El caso presentado como la literatura refiere, es una entidad rara, con un porcentaje de 1-3 % , y que se asocia a mutaciones de los genes BRCA-1 y BRCA-2, con edad de presentación en quinta década de la vida, se caracteriza clínicamente por dolor abdominal y flujo vaginal, en casos avanzados se manifiesta como masa pélvica, el diagnóstico se realiza a través de un estudio de imagen (TAC de abdomen o pelvis) o en el momento de realizada la Laparotomía exploradora, que es en la mayoría de los casos lo más frecuente, ya que es raro que se diagnostiquen antes de esta, su comportamiento es

catalogado como agresivo, el marcador tumoral CA 125, más que como marcador diagnóstico tiene utilidad en su seguimiento, el diagnóstico definitivo se realiza a través del estudio histopatológico, donde es importante evaluar con minuciosidad la pieza quirúrgica para delimitar el origen exacto del tumor y con ello descartar una diseminación de origen ovárico, así mismo se debe considerar el grado de infiltración en la pared salpingiaria, lo cual le da factor pronóstico, los marcadores de inmunohistoquímica más usados son WT1, PAX 8, CA 15, RE y CK7, así como CK20, TTF1, CDX2, RP y Ki 67.

La supervivencia varía en algunos estudios alrededor del 20 al 60%, dependiendo del estadio de la FIGO en que se encuentre. El tratamiento es a base de cirugía y quimioterapia postoperatoria. La vigilancia postratamiento es estrecha para evaluar recurrencias.

Referencias

1. Medeiros F, Muto MG, Lee Y, Elvin JA, Callahan MJ, Feltmate C, et al. La fimbria tubárica es un sitio preferido para el adenocarcinoma temprano en mujeres con síndrome de cáncer de ovario familiar. J Surg Pathol. 2006; 30(2): 230–6.
2. Puig F, Lapresta M, Lanzan A, Crespo R. Carcinoma de trompa de Falopio: hallazgo incidental durante cirugía por enfermedad pélvica inflamatoria aguda-informe de caso. Eur J Gynaecol Oncol. 2006; 27: 526–7.

3. Singhal P, Odunsin K, Rodabangh K, Driscoll D, Lele S. Carcinoma de trompa de Falopio primario: un estudio clinicopatológico retrospectivo. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2006; 27(1): 16–8.
4. Pectasides D, Pectasides E, Economopoulos T. Fallopian tube carcinoma: a review. *Oncologist [Internet].* 2006; 11(8): 902–12.
5. Rosenbla KA, Weiss NS, Schwartz SM. Incidence of malignant fallopian tube tumors. *Gynecol Oncol.* 1989; 35: 236–9.
6. Wolfson AH, Tralins KS, Greven KM, Kin RY, Corn BW, Kiettel MR, et al. Adenocarcinoma de trompa de Falopio: resultados de un análisis retrospectivo multiinstitucional de 72 pacientes. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998; 40: 71–6.
7. Riska A, Leminen A, Pukkala E. Determinantes sociodemográficos de la incidencia del carcinoma primario de trompas de Falopio, Finlandia 1953-1957. *Int J Cácer.* 2003; 104(5): 902–12.
8. Baekelandt M, Kockx M, Wesling F, Gerris J. Primary adenocarcinoma of the fallopian tube. Review of the literature. *Int J Gynecol Cancer [Internet].* 1993; 3(2): 65–71.
9. Lin C-K, Chang C-C, Pan S-H, Yu M-H. Primary fallopian tube cancer may mimic endometrial malignancy. *Taiwan J Obstet Gynecol [Internet].* 2008; 47(2): 218–9.
10. Ajithkumar TV, Minimole AL, John MM, Ashokkumar OS. Primary fallopian tube carcinoma. *Obstet Gynecol Surv [Internet].* 2005; 60(4): 247–52.
11. Eddy GL, Copeland LJ, Gershenson DM. Second-look laparotomy in fallopian tube carcinoma. *Gynecol Oncol [Internet].* 1984; 19(2): 182–6.
12. Monge AH, Pineda RP, Hernandez M, Juárez EG, García JC. Adenocarcinoma Invasor primario de trompa de Falopio concomitante con enfermedad pélvica inflamatoria aguda. Comunicación de un caso y revisión de la literatura. *Ginecol Obstet Mex.* 2008; 76: 118–24.
13. Riska A, Alfthan H, Finne P, Jalkanen J, Sorvari T, Stenman UH. Preoperative serum hCGbeta as a prognostic marker in primary fallopian tube carcinoma Tumour. *Biol. Tumour Biol.* 2006; 27: 43–9.
14. Briceño W, Spagnuolo L, Palacios P. Adenocarcinoma de trompa de Falopio. *Rev Venez Oncol.* 1991; 3(1): 35–9.
15. Wethington L. Improved survival for fallopian tube cancer; A comparison of clinical characteristics and outcome for primary fallopian tube and ovarian cancer. *Ame. Ca. Soc* 2008; 113(12): 3298-306.