

Hospital Docente Ginecobstétrico “Manuel Fajardo” Güines.

CARCINOMA DE LAS TROMPAS DE FALOPIO. PRESENTACIÓN DE CASO.

*Dr. René Torres Hernández*¹, *Dra. María A. Rodríguez Delgado*², *Dra. Yudith Arrilez Bárcenas*³,
*Dr. Alex Espiñeira Marrero*⁴.

1. Especialista de I grado en Ginecobstetricia, Prof. Instructor
2. Especialista de I grado en Ginecobstetricia, Prof. Asistente.
3. Especialista de I grado en Ginecobstetricia.
4. Especialista de I grado en Anatomía Patológica.

RESUMEN

Se reporta una paciente con diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma tubulo-papilar moderadamente diferenciado con áreas de necrosis de la Trompa de Falopio Izquierda, operada en el Hospital Docente Ginecobstétrico “Manuel Fajardo” de Güines, constituyendo el único caso conocido en nuestro Hospital. Se completa el tratamiento remitiendo a la paciente al Instituto Nacional de Oncología y Radiología.

Descriptores DeCS: NEOPLASMAS DE LAS TROMPAS DE FALOPIO.

El carcinoma primario de la trompa de Falopio constituye el tumor más raro del tracto reproductor femenino con una frecuencia media de un 0,3 %. Históricamente, el primer caso documentado de carcinoma de la trompa fue dado a conocer por Orthman en 1888 y desde entonces se ha venido señalando esporádicamente este tumor, a causa de su aparición infrecuente¹⁻¹³

La dolencia imita el comportamiento clínico del carcinoma ovárico y raras veces se realiza el diagnóstico aun en la mesa de operaciones, en que el operador puede extraer una trompa que cree afectada por un simple hidrosálpin. Las curaciones son escasas, principalmente a causa de las dificultades de un diagnóstico precoz²⁻⁴.

Esta lesión se observa en mujeres que han traspuesto los 40 años y en su mayoría menopáusicas. Hayder y Potter hallaron como promedio de edad la de 48 años^{5,6}.

Resulta difícil establecer un diagnóstico de la naturaleza de un agrandamiento ovárico tubárico en una paciente postmenopáusica sin efectuar una laparotomía con extracción quirúrgica de la masa tumoral^{10,11}.

Si bien no existe una clasificación uniforme para tales tumores, en general su comportamiento biológico es idéntico al del carcinoma ovárico¹²⁻¹⁴.

PRESENTACION DE CASO

Paciente de 49 años de edad, de sexo femenino y de raza blanca, que se atiende en consulta de Patología de Cervix uterino por citología anormal (NIC II) y en el transcurso de su tratamiento presenta eritrosedimentación acelerada, con tumoración anexial izquierda, que es confirmada por ecografía abdominal como imagen compleja que puede estar en relación con proceso pélvico inflamatorio se realizan dos ciclos de antibióticos, al no lograr la remisión de la tumoración anexial, se decide laparotomía exploratoria y se realizó nisterectomía total abdominal con doble anexectomía. El estudio anatómico patológico (B01-967) de la pieza informa la presencia de un adenocarcinoma tubulo-papilar moderadamente diferenciado de la trompa de Falopio Izquierda. La evolución post-operatoria de la paciente fue satisfactoria, y se remite al Instituto Nacional de Oncología y Radiología para completar tratamiento.

COMENTARIO

La extrema rareza en la aparición de esta entidad es expuesta por los autores que han estudiado el tema, nuestro país no es una excepción ya que no se tiene conocimiento sobre reportes anteriores al nuestro.

Coincidimos con los criterios de otros autores¹⁻¹⁴ que plantean la no especificidad en el comportamiento biológico de esta entidad, al no encontrar un cuadro clínico que los distinguiera del resto de los tumores ginecológicos. Tanto es así que su diagnóstico generalmente es anatomopatológico en el post-operatorio.

Por la poca frecuencia de aparición del carcinoma de las trompas de Falopio y la escasa experiencia acumulada sobre su comportamiento, explica, la ausencia en la descripción de un cuadro clínico específico de la entidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bontselis J, Thompson JR. Clinical aspect of primary carcinoma of the fallopian tube, Am J Obst Gynecol 1971; 111: 98.
2. Henderson SR. Primary carcinoma of the fallopian tube. Gynecol Oncol 1977; 5:168.
3. Sedlis A. Primary carcinoma of the fallopian tube. Obstet Gynecol Surv 1991;16: 209.
4. Ross WM, Ward CV, Lindsay CC. Primary carcinoma of the fallopian tube: a report of 8 cases. Am J Obstet Gynecol 1995; 83: 425.
5. Ross WM. Primary tumors of the fallopian tube. Canad Med Assoc J 1997; 96: 328.
6. Benedet JL Adenocarcinoma of the fallopian tube: experience with 41 patients. Obstet Gynecol 1999; 3 (En Prensa).
7. Bautselis J, Thompson J. Clinical aspects of primary carcinoma of the fallopian tube. Am J Obstet Gynecol 1999; 2:
- 8.

Dobson MG, Ford JH, Averette HE. Clinical aspects of fallopian tube carcinoma. *Obstet Gynecol* 2000; 36:

9. Erez S, Kaplan AL, Wall JA. Clinical staging of carcinoma of the uterine tube. *Obstet Gynecol* 2000; 30:547.
10. Fugh Y. Primary carcinoma of the fallopian tube. *Cancer*. 1998; 23:1332.
11. Hanton EM, Malkasian GE, Dahlin DC, Pratt 5H. Primary carcinoma of the fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 94: 832.
12. Paurstein CJ, Woodruff SD, Quinton SW. Development patterns in adenomatoid lesions of the fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 1997;100:1000.
13. Orthmann EG. Primary cancer of the fallopian tube. *J Obstet Gynecol Brit Emp* 1902; 2:381.
14. Montazee S, Kempson RL. Primary adenocarcinoma of the fallopian tube. *Obstet Gynecol* 1996; 32:649.

SUMMARY

A patient with a histopathologic diagnosis of a moderately differentiated tube-papilar adenocarcinoma with areas of necrosis in the left falopian tube operated at Manuel Fajardo Gynecobstetric Teaching Hospital establishing the only one Known case in our hospital was reported. The treatment was completed refering the patient to the Oncology and Radiology National Institute.

Subject headings: FALLOPIAN TUBE NEOPLASMS

[Indice Anterior Siguiente](#)