

## CARCINOMA DE LA TROMPA

DR. EDUARDO VALDIVIA PONCE (\*) y DR. JUAN M. GARCIA GIESMANN (\*)

**E**L carcinoma primitivo de la trompa es una de las neoplasias más raras del aparato genital pelviano femenino (3-13-17-21-22 y 24).

Hasta fines del siglo pasado era una entidad negada por la mayoría de los autores; sin embargo por esa misma época Kiwish, Scanzoni, Klob y algunos otros, mencionaban la posibilidad de neoplasias epiteliales a nivel de la trompa. En 1880 Doran informó haber encontrado unos dibujos regalados por Raymond de Manchester, al Colegio Real de Cirujanos de Londres, en 1847, y en los cuales se representaba un carcinoma tubario bilateral. Rokitansky refiere otra descripción en 1861. Es en el año de 1886 que Orthmann (5) hace una completa descripción de un carcinoma tubario con diagnóstico microscópico, en un caso operado por Martin.

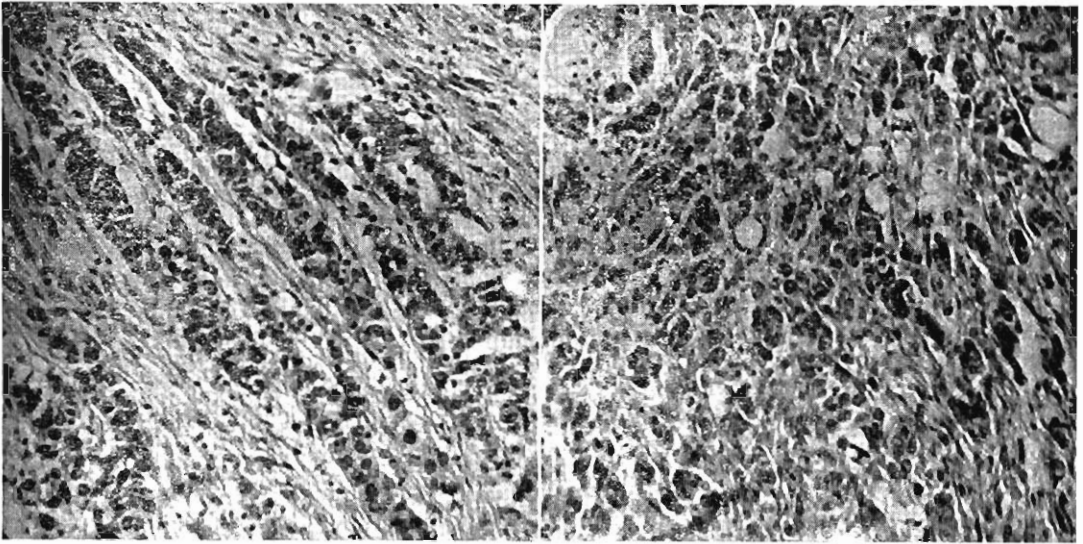
El número de casos registrados en la literatura mundial es limitado; en 1954 llegaba a 522 (23). Fidler y Lock (2) al contribuir últimamente con 5 casos indican una incidencia de 0.61 por ciento entre las neoplasias malignas del tracto genital; Hu, Taymor y Hertig (3) dan el 0.31 por ciento; Lofgren y Dockerty (4) el 0.15 por ciento. En la literatura argentina hasta fines de 1950 se encuentra 20 casos publicados (24).

El Cuadro I indica la frecuencia con que se ha encontrado esta neoplasia tubaria desde 1888 hasta nuestros días; estamos seguros de haber omitido algunos casos debido a las limitaciones que existen en nuestro medio para la búsqueda bibliográfica.

CUADRO N° 1

AÑO	AUTOR	N° CASOS
1888	Orthmann	13
1895	Sanger y Barth	17
1901	Le Cont	21
1902	Stolz	44
1902	Pheam	63
1910	Doran	100
1914	Vest	132
1926	Wechler	192
1926	Liang	214
1929	Wharton y Kroch	244
1932	Nurnberger	301
1935	Robinson	349
1938	Martzloff	392
1943	Mullins-Mostellet	427
1944	Mohler-Mitchell	449
1947	Wharton	450
1950	Hu	478
1952	Carpenter-Jameson	503
1954	Fidler-Lock	508
1954	Golberg Ira	522

(\*) Del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; Lima, Perú.



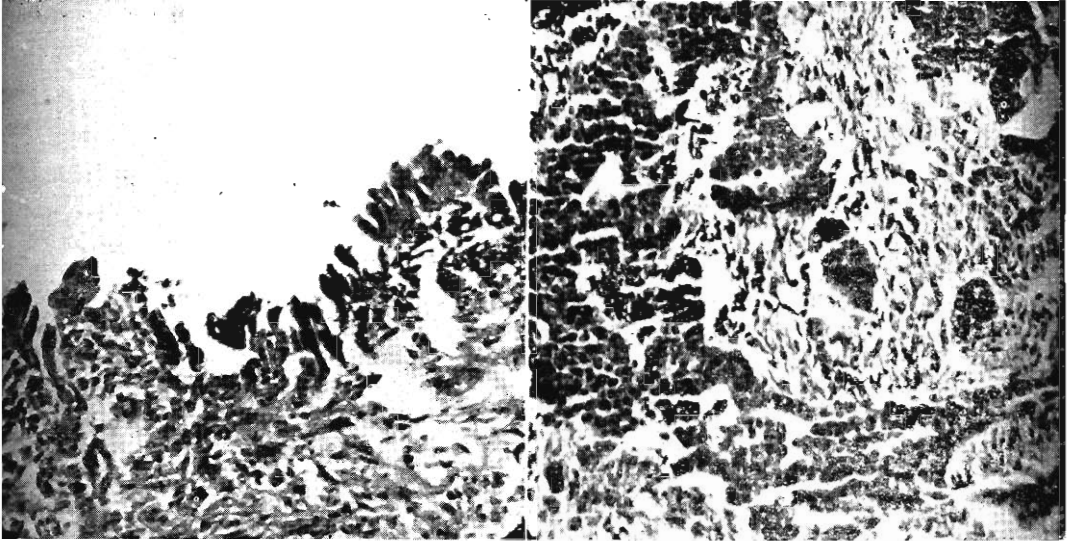
Caso N° 1. — Mediano aumento. — En esta microfotografía se observa una disposición tubular de los elementos neoplásicos.

Caso N° 1. — Mediano aumento. — Se nota una disposición francamente alveolar. En el espesor de la pared tubaria se aprecia gran número de elementos neoplásicos dispuestos en forma de acinis. Existe además células tumorales aisladas.

La escasa sintomatología al comienzo de la enfermedad, así como los más variados síntomas que presenta en las etapas avanzadas hacen difícil un diagnóstico clínico correcto. El diagnóstico clínico no fué sospechado en ninguno de nuestros casos. En uno el diagnóstico fué de "carcinoma de cuerpo uterino", debido al hecho de haberse encontrado células neoplásicas en el examen de la secreción vaginal y comprobarse mediante curetaje, la existencia a nivel del endometrio de un adenocarcinoma papilar. En el caso 4, el diagnóstico no fué problema ya que la enferma llegó al Instituto con una recurrencia post operatoria y perfectamente etiquetada como portadora de una neoplasia tubaria. En el caso 2 el síntoma principal fué el aumento de volumen del abdomen por la marcada ascitis y en caso 1, lo más saltante fué el dolor, la leucorrea y las metrorragias, llegando a hacerse el diagnóstico clínico de "Quiste de ovario y anexitis".

#### MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo se basa en el estudio de 4 casos, dos de los cuales han sido encontrados en los últimos 4 años entre un total de 1691 neoplasias malignas genitales; otro de los casos fué visto en el año 1942 en este mismo Instituto y el cuarto corresponde al archivo particular de uno de nosotros (J. G. G.). Estos dos últimos casos sirvieron como parte del material para



Caso N° 2. — Carcinoma primitivo de la Trompa Mediano aumento. — A nivel de la mucosa se puede observar cambios neoplásicos caracterizados por acentuados picnosis y gigantesca celular. — No se nota las vellosidades propias del órgano. — En éste caso ésta imagen se ven en una zona contigua a la neoplasia misma.

Caso N° 2. — Mediano aumento. — En el espesor de la trompa se encuentran grandes masas de células neoplásicas con marcada picnosis. No se observa una ordenación precisa pero hay una discreta tendencia a la formación de alveolos.

el trabajo de Castillo Cáceres (16) en su tesis "Consideraciones sobre el carcinoma de la trompa uterina".

Seguimos el criterio señalado por Hu, Taymor y Hertig, a fin de reconocer el carcinoma primitivo del secundario o metastásico, y éste es:

- 1º—Macroscópicamente, el tumor principal está en la trompa.
- 2º—Microscópicamente, la mucosa debe estar comprometida y mostrar una apariencia papilar.
- 3º—Si la pared de la trompa está comprometida en una gran extensión, la transición entre el epitelio benigno y el maligno debe ser demostrable.

#### FRECUENCIA

Como lo hemos señalado al comienzo, el carcinoma de la trompa es raro y justamente lo podemos apreciar en el cuadro II en forma más objetiva, en relación a diferentes centros hospitalarios y con el número de ginecópatas o con el número de neoplasias malignas.

CUADRO N° 2

Autor	Lugar	Años	Gineco- patías	Salpingec- tornia	Lesiones malignas primitivas	N° casos
Fullerton	Claveland	13	22.330	—	—	4
Ayre	Royal Víctor	—	30.000	—	—	2
Auspach	—	—	19.439	—	—	1
Tuta y Sturch	Johns Hoptins	50	—	—	—	11
Bancroft	Middlesex	25	—	—	—	11
Mitchell	Philadelphia	47	—	6.747	—	1
Haupt	Bonn	—	—	—	1.361	3 (0.22%)
Lofgren	Mayo	40	—	—	10.000	16 (0.16%)
Hu, Taymor	—	—	—	—	—	—
Hertig	Free Hospt.	45	90.611	—	3.878	12 (0.31%)
Block	Radiumhemet	23	—	—	—	16
Ahumada y Co.	Buenos Aires	—	7.032	—	1.067	1 (0.06%)
Rauramo	U. Helsinki	—	—	—	2.274	3 (0.13%)
Valdivia y García	I. N. E. N.	4	—	—	1.691	2 (0.12%)

## CONSIDERACIONES CLINICAS

*Edad.* En nuestra serie, la paciente más joven fué de 38 años y la mayor de 56. En la literatura se señala 3 casos en niñas de 18 años; Fullerton (6), comunicó el de mayor edad, 80 años. En general, la mayoría se encuentra entre los 40 y 65 años.

*Gestaciones.* 3 de nuestras pacientes han tenido embarazos. Una de ellas tuvo 8 gestaciones, de las cuales solamente una llevó a término y las 7 restantes terminaron en abortos provocados. Muchos autores han señalado desde el 27 hasta el 44 por ciento de esterilidad en sus series. Una de nuestras pacientes fué nulíparas, de 56 años de edad, como en el caso de Aaron Neiman (20).

*Ciclo Menstrual.* Una estaba menstruando regularmente; dos se encontraban en 5 años de menopausia. En todas los ciclos fueron normales.

*Sintomatología.* Los signos y síntomas del cáncer primitivo de la trompa son oscuros e indefinidos, tanto en los estados precoces como en los avanzados. Con todo, hay una triada frecuente:

1°—*El flujo vaginal sanguíneo o sero-sanguinolento.* Alternado a veces con episodios de hemorragias. Se ha considerado por mucho tiempo que la presencia de una masa anexial dolorosa, seguida de su desaparición como del dolor y acompañada de profusa secreción vaginal, era un signo patognomónico del cáncer de la trompa (Hidropesía profluente de la trompa). Peham y Pankow lo consideran como expresión de la trompa enferma (11). Hobbs (12), cree que la hemohidropesía profluente de la trompa añade más fuerza al diagnóstico del cáncer.

2°—*Dolor al abdomen inferior.* Ya a un lado u otro; éste es el síntoma más frecuente. Las características del dolor varían, siendo a veces agudo, otras en retortijón; tiene irradiaciones hacia el lado que se extienda la tumoración. Este es el síntoma que lleva más pronto a la consulta.

3º—*Tumoración pélvica*. Una tumoración anexial es posible comprobar en la mayoría de los casos. Es frecuente que además existan otras tumoraciones de útero o de ovario. El tamaño de la tumoración varía de 3 a 20 cms. o más. La ascitis se ha señalado solamente en el 10 por ciento de los casos. Nosotros la comprobamos en uno que tuvo además edema del miembro inferior izquierdo.

#### DIAGNOSTICO

El diagnóstico pre-operatorio es muy difícil y solamente ha sido factible en muy determinadas circunstancias, a tal punto que llegan a ser conocidos como el caso de Dannreuther (14); de Hobbs; Martzloff; George V Smith (7) y, probablemente otros pocos. Según Nurnberger, hasta el año de 1930 entre 30 casos que él revisó, encontró que el diagnóstico pre-operatorio correcto fué efectuado solamente en dos observaciones, mientras que en los últimos 20 años Ahumada y colaboradores (24) encuentran que ese diagnóstico fué posible en 13 oportunidades y en un número casi igual de casos.

Los signos y síntomas que hemos señalado contribuyen a sospechar esta neoplasia, y más aún, si después de practicar la biopsias de cérvix, endocervix y endometrio no se comprueba anormalidad. Mucha más fuerza toma esta presunción si los extendidos vaginales son positivos a células neoplásicas y del tipo del adenocarcinoma. En 1920 Thaler (citado por Ahumada (24) pudo comprobar en una enferma portadora de un carcinoma de la trompa la existencia de células cancerosas en el flujo abundante que aparecía por el cuello uterino. Sanger y otros, habían encontrado células anormales en el flujo sospechando el origen tubario de las mismas, pero sin llegar a hacer hincapié en la cuestión. En 1934 Meiggs (15) señaló la importancia del estudio microscópico de la secreción que salía por el cuello uterino y propuso recolectarla. Esto mismo ha sido reactualizado por el método de Papanicolaou, que se usa tanto en nuestros días. Mac Lean (8), Ayre (9), Fidler, Lock (2) etc., han obtenido resultados satisfactorios con los extendidos vaginales, e igual cosa podemos decir nosotros. Con todo; la presencia de células neoplásicas de tipo adenocarcinoma no excluye la posibilidad de un carcinoma de ovario, muchos de los cuales también dan extendidos positivos.

Consideramos que la rutina propuesta por uno de nosotros (E. V. P.) (10), para la obtención de muestras para citodiagnóstico, es de gran ayuda: 1º lámina del exocervix; 2º lámina del endocervix y la 3ra. lámina es de la cavidad uterina, y que en la obtención de esta última recomendamos entre otros implementos, los tubos de polietileno. Esta rutina puede ayudar a conseguir diagnósticos más precoces.

#### PATOLOGIA

En la mayoría de los casos la neoplasia es unilateral, sin embargo en el 30 por ciento, según muchos autores (13-17-18), ésta es bilateral. La trompa aparece aumentada de tamaño; con mayor frecuencia el tercio medio es

el afectado, dando al órgano un aspecto típico de salchicha o de retorta. El tamaño varía y está de acuerdo al tiempo de evolución: al comienzo es de unos 2 a 3 cms. de diámetro y puede llegar a unos 20 cms. Si el tejido neoplásico no compromete la serosa, ésta aparece lisa y brillante, cuando ya está comprometida se establecen adherencias a los órganos vecinos (ovario, útero). Muchas veces es posible apreciar la trompa retorcida y acortada. Por lo general, el ostium abdominal se encuentra ocluido en los casos avanzados.

La dilatación tubaria es provocada en especial por la gran cantidad de secreción serosa que contiene. A la simple inspección y sin cortar la pieza, es difícil poder diferenciarla de un hematosalpinx o de una salpingitis; duda que deberá ser solucionada a la brevedad que requiere el caso, con la intervención del patólogo, que procederá a exámenes mediante cortes por congelación.

Al corte se encuentra un tejido neoforado que semeja un afelpado, debido a su arquitectura papilar; el color es blanco grisáceo y con zonas hemorrágicas. En los casos de corta evolución la pared es más gruesa que en los avanzados, en los cuales la gran necrosis puede llegar a adelgazarla considerablemente.

En los casos en que la serosa es prontamente comprometida, aparecen ulcerados y con múltiples adherencias. En estos casos es frecuente la extensión a otras zonas del abdomen.

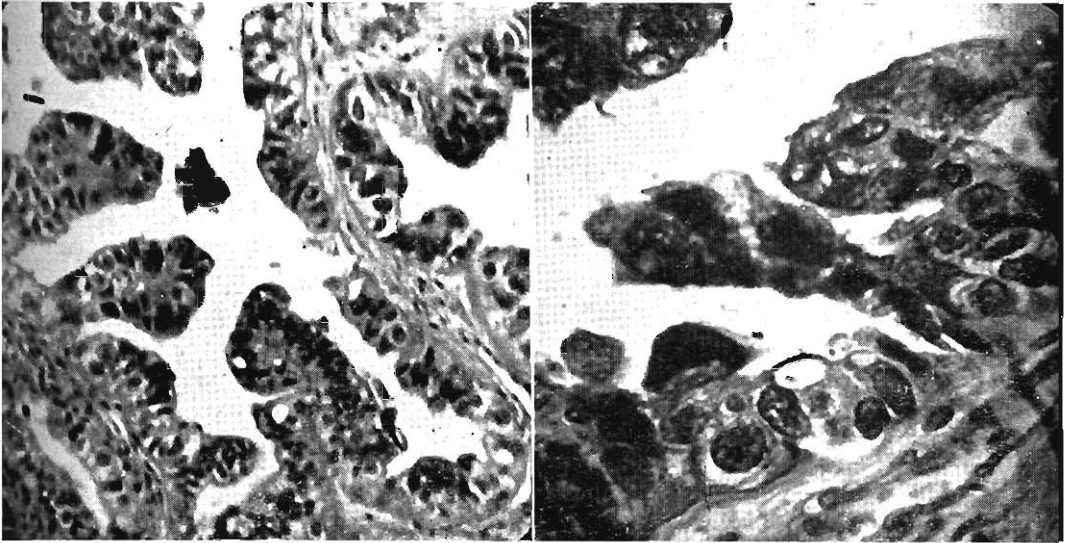
En los casos en que las lesiones son bilaterales, casi siempre una trompa aparece de mayor volumen, siendo ésta posiblemente, en donde se originó la neoplasia que por vía linfática comprometió al otro lado. Vest (19), sostiene que existe la posibilidad de transmigración del material de una trompa a la del lado opuesto al igual que con el óvulo fertilizado.

Se observa tres tipos microscópicos de adenocarcinoma: la forma papilar, la forma alveolar y la anaplásica o medular.

En la primera se observa un engrosamiento marcado del epitelio con proyecciones papilares. Hay una gran cantidad de células bien diferenciadas que a veces se observan en una sola fila y se nota una falta de unión entre ellas, siendo por lo tanto fácilmente desprendibles. La neoplasia está confinada al lumen tubario.

En la forma alveolar se observa una disposición que recuerda a los acinis glandulares, siendo la mayor parte de la neoplasia muy celular. Los elementos celulares ya se encuentran indiferenciados y con moderado número de mitosis.

En la última forma aparece una gran anarquía celular. Hay pérdida completa de las proyecciones papilares y las células se disponen como en un carcinoma medular. Hay definida invasión de los linfáticos de la pared de la trompa, las células están pobremente diferenciadas, hay vacuolización y abundantes mitosis atípicas. Es interesante relacionar el tipo histológico con la evolución de la enfermedad, ya que de acuerdo con Hertig (3), hemos visto que los 2 casos que corresponden al tipo anaplásico, han tenido una evolución



Caso N° 3. — Carcinoma papilifera de la trompa Mediano aumento. — Se observa formaciones papilares con delgados ejes conjuntivos. La capa epitelial esta formada por varios filis apreciándose una marcada picnisis y vacuolización de de las citoplasmas. Esta neoplasia corresponde al grado II Broders.

Caso N° 3. — Carcinoma papilifero de trompa Gran aumento. — A nivel de la capa epitelial se observa elementos neoplásicos con marcada picnosis y gigantismo. Igualmente es notoria la anisocariosis.

corta y fatal y en cambio, el caso que corresponde a un carcinoma papilar lleva 2 años de sobrevida en buenas condiciones.

La creencia de que los linfáticos del mesosalpinx y de la muscular son raramente comprometidos, es muy relativo, ya que Fidler y Lock (2), lo han encontrado en un caso muy precoz.

La extensión de la neoplasia puede hacerse por vía intracanalicular y por contacto de la fimbrias, como sucede con el ovario. El útero generalmente muestra metástasis en el endometrio (Caso 3) y también en el miometrio (Caso 6). Una vez que aflora por el ostium o por la serosa de la pared, se establecen pronto metástasis en el epiplón y otros órganos.

#### TRATAMIENTO

Creemos que el tratamiento del carcinoma de la trompa al igual que el tratamiento del ovario, debe ser quirúrgico y que la radicalidad depende del estado de evolución (23). En general, lo mínimo que debe hacerse es una histerectomía total con ooforosalingectomía bilateral; en algunos casos está indicada una disección ganglionar, utilizar rayos X y también quimioterapia, al igual que para cáncer del ovario.

TABLA DE CASOS

CASOS	EDAD	EMBARAZOS	FLUJO VAGINAL HEMORRAGICO	DOLOR ABDOMINAL INFERIOR	MASA PELVICA PALPABLE	CITOLOGIA VAGINAL	DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	TRATAMIENTO	DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	RAYOS X POST OPERATORIO	EVOLUCION
1	42	2	3 meses	1 año	Sí	—	Quiste de ovario Anexitis	Anexectomía	Adeno-Ca. alveolar	Radium	Seguida durante 3 años en buenas condiciones
2	56	No	No	No	Sí	—	Quiste de ovario	Histerec. sub-total con ooforosalin-gectomia bil.	Adeno-Ca. Papilo alveolar algo ana-plásico	Rayos X	Falleció a los 6 meses
3	53	5	1 año	No	Sí	Positiva	Ca. cuerpo uterino	Histerectomía total Anex. bilateral	Adeno-Ca. papilifero bilateral	—	2 años en buenas condiciones
4	39	8	Sí	Sí	Sí	?	Fibroma uterino? Quiste de ovario?	Histerectomía total con Anex. bilateral	Carcinoma anaplásico	Rayos X	Falleció a los 7 meses



El éxito del tratamiento depende del diagnóstico precoz de la lesión; sabemos que éste es difícil. Creemos que el tratamiento quirúrgico de muchos procesos crónicos de la pelvis ayudará a tratar carcinomas de la trompa en estados menos avanzados. Uno de nuestros casos recibió tratamiento quirúrgico: histerectomía total con ooforosalingectomía bilateral; se encuentra en buenas condiciones; hace 2 años de la operación. En el 2º caso no se hizo un tratamiento quirúrgico complementario por lo avanzado de la neoplasia.

#### PRONOSTICO

Está enteramente supeditado al estadio de evolución; los que están limitados a las capas interiores de la trompa y aún no han salido de la serosa, tienen mejor pronóstico que los que ya han traspasado ese límite. En general, el carcinoma de la trompa es de pronóstico malo por lo difícil que resulta su diagnóstico en tiempo oportuno. Así de los 14 casos que comunicó Wharton solo 20% tuvieron una sobrevida de 3 años.

#### CONCLUSIONES

1. El carcinoma primitivo de la trompa es una neoplasia rara. En el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en los últimos 4 años se tiene una incidencia del 0.12 por ciento entre todas las neoplasias malignas del tracto genital pelviano.

2. La sintomatología clínica no es típica.

3. El diagnóstico ha sido una hallazgo quirúrgico o de patología.

4. El citodiagnóstico por el método de las tres láminas, completado con el examen de las biopsias, ayudará a pensar en la posibilidad de carcinoma de la trompa.

5. En nuestros casos, a una de adeno-carcinoma papilífero bien diferenciado, está vivo y en buenas condiciones; dos de tipo anaplásico, demostraron recurrencia a los pocos meses y terminaron falleciendo a los 6 y 7 meses respectivamente. Es posible que el tipo histológico tenga relación con el pronóstico.

6. El tratamiento está supeditado al estadio de evolución. Debe ser lo más radical posible. Muchas veces deberá complementarse con rayos X y quimioterapia.

## SUMMARY

The primitive tube carcinoma is rare neoplastic.

In the Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, during the last 4 years (1952-1956), we have seen among 1,691 of female genital tract carcinomas only 2 cases of Fallopian tube carcinoma, which represents an incidence of 0.12%.

The clinical symptomatology of tube carcinoma is not typical. The 2 cases were found during surgical operation.

In the 4 cases of carcinoma of the tube, we reported 1 with papilar adenocarcinoma well differentiated, which after two years remains without any recurrence. Two cases with anaplastic type had recurrences and died 6 and 7 months after operation.

The fourth case was alveolar adeno-carcinoma Which was follow or 3 years and during that time remained in good conditions.

## BIBLIOGRAFIA

1. Carpenter R. J. and Jameson W. J.: Am. J. Surg. 83:595, 1952.
2. Fidler H. F. and Lock D. R.: Am. J. Obst. and Gynec. 67:1103, 1954.
3. Hu C. Y., Taymor M. L. and Hertig A. T. Am. J. Obst. and Gynec. 59:58, 1950.
4. Loftren K. A. and Dockerty M. B.: Surg. Gynec. and Obst. 82: 199, 1946.
5. Tomado de Hu.: Am. J. Obst. and Gynec. 59:58, 1950.
6. Am. J. Obst. and Gynec. 48:467, 1940
7. Tomado de Hu and Taymor: Am. Obst. and Gynec. 59:58, 1950.
8. Mac Lean K. S.: Science 114:181, 1951.
9. Ayre J. E.: Cancer citology of the uterus, New York 1951, pág. 361.
10. Valdivia Ponce E.: Ginecología y Obstetricia 1:61, 1955.
11. Pankow: Citado por Hu: Am. J. Obst. and Gynec. 59:58, 1950.
12. Hobbs: Citado por Huh: Am. J. Obst. and Gynec. 59:58, 1950.
13. Peralta Ramos: Prensa Médica Argentina 38, 16, 954, 1951.
14. Dannreuther W.: Am. J. Obst. and Gynec. 30:274, 1935.
15. Meiggs J. V.: Tumor of pelvic organs. New York, 1934; Macmillan Company Pág. 485.
16. Castillo Cáceres J.: Tesis para bachiller en Medicina, Año 1948.
17. Johnson W. O.: Am. J. Obst. and Gynec. 61:688, 1951.
18. Bruce D. Stern and Hanley: Am. J. Obst. and Gynec. 58: 517, 1949.
19. Curtis A. H. Obstetris and Gynecology Philadelphia 1933. W. B. Saunders Vol. 2, pág. 1042.
20. Neiman Aaron and Russ D. D.: Am. J. Obst. and Gynec. 60:689, 1950.
21. Finn W., Javert C.: Cancer 2:803-813, 1949.
22. Roth Laucenre: Am. J. Obst. and Gynec. 61:1117, 1951.
23. Goldberg Ira: Am. J. Obst. and Gynec. 68:1169, 1954.
24. Ahumada J. C. y colab.: El cáncer ginecológico: 2:41, 1953. El Ateneo.