

CANCER PRIMITIVO DE LA TROMPA DE FALOPIO

DR. ABELARDO HERRERA CALMET *

EL carcinoma primitivo de la trompa de falopio, es uno de los cánceres más raros de la esfera ginecológica; sin embargo dentro de los tumores de la trompa es el más importante y el de mayor frecuencia.

Esta neoplasia fue desconocida hasta mediados del siglo pasado y hubieron autores como Courty en 1881 y Schroeder en 1889 que la negaban.

Rokitansky en 1861 hace un estudio de los cánceres primitivos de la trompa, basado en 15 casos de la literatura, pero no existe datos histológicos evidentes.

Todos los autores están de acuerdo en indicar que fue Orthmann en 1888 el primero que hizo una descripción exacta, completa y auténtica del cáncer primitivo de la trompa. Doran, en el mismo año da a conocer el segundo caso y señala que el cáncer se había desarrollado en un pólipo benigno de la trompa. Kaltenback, en 1889 refiere el tercer caso. En 1895 Sanger y Barth publican un trabajo sobre 17 casos descritos hasta esa fecha. Posteriormente nuevas comunicaciones han aumentado el número de cánceres primitivos de trompa. En 1930 Nurnberger consigue una recopilación de 301 casos. Mitchel y Mohler en 1944 revisan 449 casos de la literatura. En 1956 Arthur N. Frankel, en un trabajo, publicado en la revista "Am. Jour. Obst. and Gyn.", manifiesta que se conoce 600 casos y agregando los 10 casos estudiados por dicho autor, de 1942 a 1951, 7 del Beth Israel Hospital y 3 del Harlem Hospital, darían una cifra de más o menos 610 casos comunicados hasta la fecha.

En nuestro medio han sido publicados, un caso por el Dr. Lucas Molina y por el Dr. Jorge Castillo C. dos descritos en su tesis de Bachiller en Medicina en 1948.

ETIOPATOGENIA

La causa etiológica del cáncer de la trompa es desconocida como lo es en la actualidad, la de todo cáncer del organismo humano; sin embargo se han mencionado diversas circunstancias que podrían favorecer su aparición.

Sanger y Barth atribuyen al proceso inflamatorio crónico un rol importante, ya que actuaría como estímulo irritativo para la proliferación celular que conduciría al cáncer. Ewing, Orthmann, Fearne y otros son de la misma opinión, de acuerdo a los altos porcentajes de procesos inflamatorios hallados en el estudio de las trompas afectadas de cáncer.

Fullerton, Vest, Haupt, Mc Goldrick, Liang, Novack, ponen en duda y aun niegan dicho factor inflamatorio, manifestando que los casos de procesos

(*) Médico asistente del Pab. 5. Sala II, Hospital Arzobispo Loayza, Lima.

inflamatorios de la trompa son muy frecuentes y casi siempre bilaterales, siendo en cambio el carcinoma muy raro y generalmente unilateral; asimismo refieren que no hay datos en la literatura que demuestren, por el estudio histológico, de modo constante y evidente, la transición de la hiperplasia irritativa por causa inflamatoria, a cáncer de la mucosa.

Franque considera como factor etiológico la tuberculosis, atribuyéndole al bacilo tuberculoso o a sus derivados una acción irritativa sobre el epitelio. Esta teoría es también desechada porque la asociación de tuberculosis y cáncer de la trompa es rara y de existir una relación causal, el cáncer sería más frecuente de lo que en realidad es, debido a que la tuberculosis tubaria es bastante frecuente.

Doran, considera que el cáncer podría originarse por la transformación maligna de pólipos preexistentes. Kelly, sostiene que en la mayoría de los casos el tumor es primitivamente maligno.

Cornil y Mosinger, atribuyen la causa de los cánceres a focos endometriales o mucinosos, producidos por metaplasia previa del epitelio.

ESTUDIO CLINICO

Frecuencia.—El cáncer primitivo de la trompa como ya hemos mencionado, es de lo más excepcional y por lo tanto es el más raro de la esfera genital femenina.

Ahumada, en un estudio estadístico, tratando de establecer la frecuencia relativa del carcinoma primitivo de la trompa, en relación al total de afecciones ginecológicas, ha encontrado en los datos suministrados por 16 autores, 52 carcinomas de trompa en un total de 343,153 enfermas ginecológicas, con un promedio de frecuencia de 0.015%.

En nuestro servicio, del Pab. 5 Sala 2da. del Hospital Arzobispo Loayza, desde el año 1951 hasta la fecha han sido hospitalizadas 2,327 ginecópatas y se ha encontrado un cáncer primitivo de trompa, lo que da una incidencia de 0.043%.

Otros autores, considerando la frecuencia del cáncer primitivo de la trompa de Falopio, en relación al total de cánceres ginecológicos, han observado variaciones de relación entre un máximo de 1.6%, comunicado por A. Franckel y un mínimo de 0.062% que corresponde a Ahumada.

Nosotros, en el Pab. 5 Sala II. hemos observado desde 1951 hasta la fecha 132 cánceres ginecológicos, habiendo encontrado un cáncer primitivo de trompa, lo que nos da un porcentaje de 0.75%.

En el cuadro N° 1 hemos reunido estos datos.

Edad.—La edad en que se presenta con más frecuencia el cáncer de la trompa es entre los 40 a 60 años, es decir, la edad predilecta para la presentación de los carcinomas genitales. No ha sido observado en la infancia. Hu y colaboradores reportan 3 casos, de la literatura, de 18 años y Fullerton refiere un caso en una enferma de 80 años.

CUADRO N° 1. FRECUENCIA DEL CARCINOMA PRIMITIVO DE LA TROMPA CON RELACION AL TOTAL DE LOS CARCINOMAS GINECOLOGICOS

Autores	Hospital	Carcin. de Trompa	Carcin. Ginecol.	Porcen. %
Schmid	Frauenklin Berlín	10	995	1.00%
Emge	Stanford Univ.	6	1,350	0.47
Rubin	Mount Sinai y priv.	2	547	0.36
Lofgren y Dokerty	Mayo Clinic	16	10,000	0.16
Hu y asociados	Free Hosp.	12	3,878	0.31
Ahumada y colaboradores	Clin. Ginec. Univ. Bs. As.	1	1,607	0.06
Arthur Frankel	Beth Israel Hosp.	7	435	1.6
Arthur Frankel	Harlem Hosp.	3	687	0.43
A. Herrera C.	Hosp. Loayza Pb. 5 sala II	1	132	0.75

En los casos de A. Frankel, la edad más frecuente fue de 49 años con límites entre 38 y 61 años. Lofgren refiere la mayor frecuencia a los 50.9 años. Y extremos de 35 y 65 años. En el trabajo de Stan y Hanley la mayor frecuencia fue de 46 años y edades extremas de 34 y 64 años.

Nuestra enferma tiene 42 años y en los 3 casos de la literatura nacional uno fué de 42 años, otro de 27 y el otro de 56 años. (Cuadro N° 2).

CUADRO N° 2

Autores	Edad mas frecuente	Edades extremas
A. Frankel	49 años	38 y 61 años
Lofgren	50,9 „	35 y 65 „
Stan y Hanley	46 „	34 y 64 „
A. Herrera C. y Lit. Nac.	42 „	27 y 56 „

Antecedentes obstétricos.—La esterilidad es un antecedente generalmente asociado al cáncer primitivo de la trompa. Sanger y Barth dan en su serie una incidencia de 44%; Curtis 32% y A. Frankel 30%.

Nuestra enferma, a los 10 años de casada, tuvo una gestación ectópica por lo que fue operada, no volviendo a gestar.

Anatomía Patológica.—*Aspecto macroscópico.*—El cáncer primitivo de la trompa, se desarrolla generalmente, en plena luz tubaria por lo que no se le descubre, en muchas ocasiones, sino al seccionar el órgano.

El tumor puede localizarse en una o ambas trompas. A. Frankel señala el 80% de casos unilaterales, correspondiendo el 62% al lado derecho y el 38% al izquierdo. Emge da un 70% de unilateralidad y Lofgren refiere el 25% de casos bilaterales.

La lesión puede estar localizada a un sector o ser difusa, siendo ésta la forma más frecuente (53%). En la porción externa, se presentan con mayor frecuencia los cánceres localizados.

La forma de la trompa afectada es muy variable; se describen formas de salchichas, de porra, en retorta, en ocasiones simulan un hidrosalpinx o un piosalpinx. El tamaño es igualmente variable, depende del crecimiento del tumor y del contenido, de diferente naturaleza, que ocupe su luz; se han des-

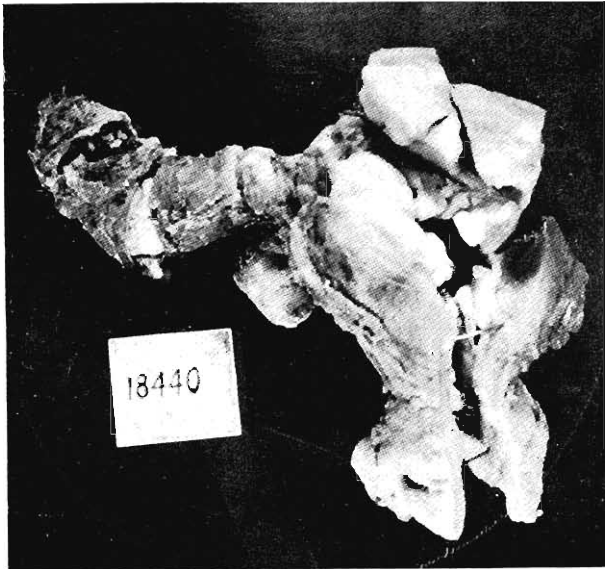


Fig. 1.—Aspecto macroscópico: El engrosamiento difuso y compacto de la trompa derecha es bien notorio.

critos casos que alcanzaban el volumen de una cabeza de adulto, así como también, tumores del tamaño de una nuez o aún más pequeños.

La superficie es lisa o abollonada, habitualmente con adherencias a los órganos vecinos. Las paredes de la trompa enferma se vuelven gruesas, ya sea por el proceso inflamatorio o por invasión carcinomatosa, otras veces se adelgaza tanto, que puede romperse con las maniobras quirúrgicas.

La consistencia es blanda y elástica, en otros casos bastante dura y cuando contiene líquido, por obliteración del ostium abdominal, es renitente. Al corte se aprecian masas carcinomatosas vegetantes, papilíferas o encefaloturbio; lechoso; sanguinolento; verdoso de mal olor ó francamente purulento con contenido necrótico. El aspecto y contenido de la trompa carcinomatosa no es del todo característico, pudiéndose confundir con otros procesos más comunes a dicho órgano.

Aspecto microscópico.—Todos los autores aceptan tres formas histológicas del carcinoma primitivo de la trompa: 1º Papilar puro; 2º Alveolar y 3º Papiloalveolar.

1º Forma papilar.—Se caracteriza por múltiples ramificaciones generalmente finas, de tamaño y dirección variables, con un estroma conjuntivo laxo infiltrado con abundantes células de tipo inflamatorio, sobre todo linfocitos. El epitelio de revestimiento está constituido por células de diferentes tipo: cilíndricas, piriformes o en clava con protoplasma oscuro y núcleos vo-



Fig 2.—Visión panorámica del tumor: Se aprecia la proliferación papilífera por dentro de la pared.

luminosos; estos elementos de diverso tamaño y forma se disponen en 2 ó más capas, formando lengüetas y mamelones epiteliales. Cuando las papilas son largas y apretadas se observa una disposición trabecular.

2º Forma alveolar.—En esta forma la proliferación celular carcinomatosa, que es generalmente de células cilíndricas, reproduce cavidades redondeadas, elípticas y más frecuentemente alargadas, que están incluidas en un estroma conjuntivo con infiltración inflamatoria crónica; el epitelio puede ser pluri o uniestratificado.

Algunos autores rechazan la denominación de forma adenomatosa, para el carcinoma de la trompa, porque este órgano no tiene verdadera glándulas.

3º Forma papiloalveolar.—Es la forma más frecuente del carcinoma de la trompa, y ofrece una variabilidad enorme en el cuadro histológico combinándose formaciones compactas o adenomatosas con formaciones papilares; de allí la diversidad de nombres con que ha sido designado a saber: adenocarcinoma; cilíndrico alveolar; papilo alveolar sólido; etc. etc.

Además se describen otras formas menos frecuentes tales como el carcinoma indiferenciado o anaplásico, el carcinoma cilíndrico inmaduro y el carcinoma pavimentoso.

Lesiones asociadas.—Con relativa frecuencia se encuentran asociados al carcinoma primitivo de la trompa, diversos procesos en los órganos genitales. Ahumada refiere que en 270 casos de la literatura, se describieron, 32

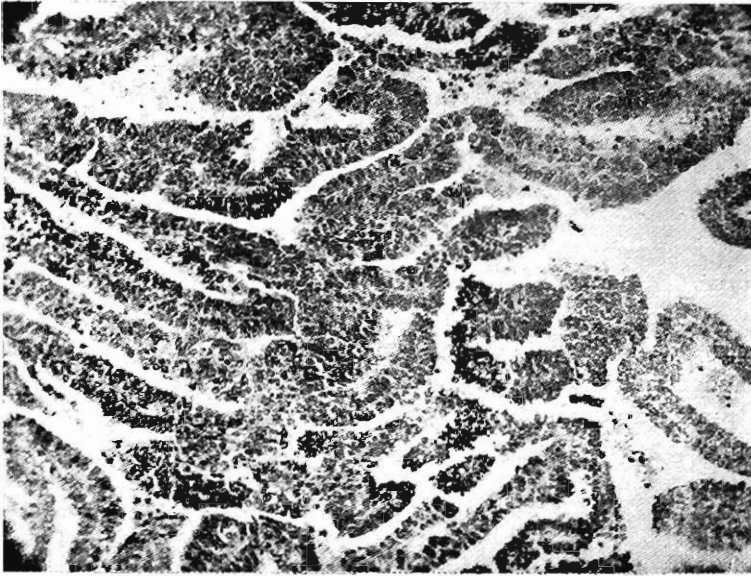


Fig. 3.—Visión a mayor aumento: Aspecto característico del carcinoma de la trompa.

miomas uterinos. Frankel señala una incidencia de 40%. En nuestra enferma se encontró un mioma uterino de 2½ cm. de diámetro. Los quistes serosos simples también se han presentado. Los procesos inflamatorios anexiales son bastante frecuentes. Lofgren en su serie, da 100% de incidencia entre la inflamación crónica o sub-aguda de la trompa y el cáncer de la misma. La tuberculosis tubaria ha sido igualmente descrita asociada al cáncer de la trompa.

Propagación.—El cáncer de la trompa es uno de los que más rápidamente se propaga y esto puede ser debido a: 1) a la delgadez de la pared del órgano; 2) al hecho de evolucionar dentro de un órgano abierto a la cavidad peritoneal y 3) por la falta de síntomas clínicos en su inicio.

La propagación se hace, por continuidad, por implantación de partículas neoplásicas o por vía linfática, hallándose, por este motivo, las metastasis en los más diversos órganos vecinos o alejados.

En el caso estudiado por nosotros no había evidencia de propagación en el momento de la laparotomía.

Sintomatología.—El cáncer primitivo de la trompa no tiene un cuadro clínico característico ni propio y los síntomas referidos por las pacientes, pueden orientar hacia otros procesos más comunes, tales como anexitis, fibromiomas uterinos, tumores de ovario, etc.

De acuerdo a la mayoría de los autores, se describen 3 síntomas importantes en esta afección que son: a) flujo vaginal; b) dolor abdominal bajo, y c) distensión abdominal.

a) Flujo vaginal.—Se presenta en la mayoría de las enfermas. En la serie de 10 casos de A. Frankel se manifestó en 6, siendo mucosos y sanguinolentos en 1 y francamente hemorrágicos en 5; 2 de los cuales fueron en menopáusica. En la serie de Lofgren se presentaron en 10 de 16 casos; en 5 de 6 casos de Emge y en 10 de 12 casos de Hu y colaboradores. El flujo unas veces es blanquecino, otras blanco amarillento, sanguinolento o francamente hemorrágico. Puede ser continuo, intermitente ó en forma de vómica precedida o no de dolor tipo cólico. Esta forma de manifestarse el flujo es muy importante y algunos autores lo consideran como patognomónico de cáncer de la trompa.

b) Dolor.—Es un síntoma muy frecuente. Hu y colaboradores dan un porcentaje de 50% de frecuencia, Frankel 60%. Se localiza generalmente en el abdomen inferior y según Lofgren, siempre al mismo lado de la lesión. Se presenta en diversa forma ya sea como punzadas, pesadez, tironeamiento, etc. etc., y se propaga, la mayoría de las veces, a las regiones lumbares. Puede ser continuo o intermitente y de intensidad variable.

c) Distensión abdominal.—Es otro síntoma que refieren las enfermas, pero con menos frecuencia y es debido a irritación peritoneal por el proceso neoplásico, o también al crecimiento del tumor.

El examen ginecológico revela en el 90% de los casos la presencia de una formación tumoral, de tamaño y consistencia diversa, de tipo anexial, más o menos fija y adherida en ocasiones al útero.

Se señalan síntomas generales tales como adelgazamiento, astenia, y malestar general.

Diagnóstico.—El diagnóstico clínico de cáncer primitivo de la trompa, se hace muy rara vez, porque los síntomas no son específicos y la lesión se encuentra frecuentemente enmascarada por otros procesos asociados, tales como fibroma uterino, proceso inflamatorios anexiales, tumores de ovario, etc., haciéndose precisamente dichos diagnósticos y no el de cáncer de la trompa.

Frankel refiere que en ninguno de los diez casos estudiados por él, se hizo el diagnóstico clínico, sólo en un se realizó en el acto operatorio y el resto fue diagnosticado histopatológicamente, después de la intervención quirúrgica.

Se debe sospechar en cáncer de la trompa, en toda mujer que esté en la menopausia y presente dolor abdominal bajo, flujo vaginal seroso, sanguinolento o francamente hemorrágico y que al examen se palpe una tumoración pélviana.

El estudio de la secreción vaginal por el método de Papanicolau es de gran valor y Corscaden es de opinión que muchos casos pueden ser diagnosticados con la ayuda de este test.

La punción del Douglas, practicada con fines diagnósticos, no es aceptada por todos los autores por el peligro de la propagación carcinomatosa.

La culdoscopia es otro método auxiliar de diagnóstico, que algunos

autores no le dan mucho valor, por el hecho de que aún durante la intervención quirúrgica es difícil sospechar de cáncer de la trompa.

La historosalpingografía, como medio diagnóstico, no es muy recomendada por el peligro de diseminación carcinomatosa, principalmente los casos de ostium abdominal permeable.

La laparotomía exploradora está indicada en toda menopáusica: 1º, que presente dolor abdominal, descensos o hemorragia y se palpe una tumoración pelviana; 2º, en los casos de procesos inflamatorios crónicos, porque en esa edad son pocos frecuentes, y 3º, cuando presenta una tumoración pélvica de diagnóstico impreciso.

El examen histopatológico, de las piezas extirpadas, debe hacerse forzosamente, a fin de poder encontrar el carácter de malignidad.

Pronóstico.—Los autores que se han ocupado del estudio del cáncer de la trompa, están de acuerdo en la gravedad de esta lesión y en la poca sobrevida de las operadas después del tratamiento quirúrgico.

Emge señala, que ninguna de las enfermas por él estudiadas ha vivido más de 20 meses. Doran, en una revisión de 40 casos encontró que 10 de las pacientes tenían metástasis o habían muerto en un período de 6 a 12 meses.

En cuanto a la supervivencia de 5 años, señalada como curación para el cáncer, Hu y colaboradores señalan un porcentaje de 40%. Lofgren 16% y Frankel 10%.

La baja incidencia de sobrevida, podría mejorarse si el diagnóstico se hace precozmente, para lo cual se debe: 1º, pensar en la posibilidad de cáncer de la trompa; 2º, si rutinariamente se realizara el despistaje por el método de Papanicolau, en todo descenso o hemorragia vaginal, y 3º, si se practicase una laparotomía exploradora, cuando se palpa una tumoración anexial de diagnóstico dudoso.

Tratamiento.—El tratamiento de elección y recomendado por todos los autores, es la histerectomía total con salpingooforectomía bilateral, seguida de radiaciones. Cuando por error diagnóstico se practica una operación insuficiente, se deberá reintervenir y hacer la operación de elección.

CASO CLINICO

Nombre: E. C.—Edad: 42 años.—Nacionalidad: Peruana.—Natural: Ica.— Estado Civil: Casada.— Ocupación: Quehaceres de su casa.—Fecha de ingreso: 18 de Agosto de 1956.—Fecha de alta: 8 de setiembre de 1956.—Tiempo de enfermedad: 1 año.—Síntoma principal: Hemorragia, dolor tipo hincada en el hipogastrio, descensos.

Enfermedad actual.—Refiere la paciente que desde hace 1 año, sufre de irregularidades en su menstruación, se presentan cada 15 días, de 3 días de duración, en cantidad abundante, con malestar general y dolor intenso, tipo hincada en el hipogastrio (sólo el 1er. día). Durante el intervalo de cada menstruación sigue perdiendo sangre casi todos los días, pero en menor cantidad. No ha notado la presencia de coágulos. Desde hace 6 meses el dolor es casi constante como pesadez y presenta descensos abundantes a veces sanguinolentos y de mal olor.

Antecedentes familiares.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Fisiológicos: Menarquia a los 13 años con dolor en el hipogastrio y flancos, en abundante cantidad de 8 días de duración. Régimen catamenial: 3/30 dolorosas y de regular cantidad. U.R.: 4 de agosto del presente año. R.S. a los

26 años. El año 1950 tuvo su primer y único embarazo, necesitando una intervención quirúrgica por ser un embarazo ectópico.

Patológicos.—Fiebre reumática a los 14 años por lo que fue tratada médicamente. Desde la edad de 25 años refiere "ahogos", sensación de falta de aire, palpitaciones, cansancio a los esfuerzos y edema de los pies.

Examen Clínico.—Enferma en decúbito dorsal activo, Fascias nada característica, regular estado general, buen estado de nutrición, tipo constitucional pícnico.

Abdomen: de conformación normal, simétrico, se moviliza bien con la respiración, cicatriz umbilical normal. Palpación superficial: panículo adiposo en buena cantidad. Palpación profunda: se aprecia en el hipogastrio una tumoración cuyo eje mayor sigue la línea media y su límite superior llega a 4 traveses de dedo por encima de la sínfisis pubiana, de superficie lisa muy dolorosa lo que impide determinar mayores detalles. El examen de los otros órganos no revela nada anormal.

Examen ginecológico.—Genitales externos: Normales, con ligera hipernigmentación en vulva y cara interna de los muslos.

Vulva entreabierta y bañada en secreción sanguinolenta; mucosa de aspecto y coloración normales.

Vagina.—Amplia y profunda.

Cuello.—Cilíndrico, dirigido hacia atrás, grande, móvil, de consistencia ligeramente blanda, O. E. transversal y de bordes irregulares, palpándose huecos de Naboth del tamaño de 1/2 cm.

Cuerpo uterino.—Englobado por una tumoración que llega hasta 4 traveses de dedo por encima del púbis, lateralizado a la derecha, de consistencia dura, dolorosa, poco móvil y cuya movilidad se comunica al cuello uterino. Tumoración de más o menos 8 por 6 cm. Ocupa en el abdomen la mita derecha del hipogastrio y la fosa iliaca del mismo lado. Anexo: Izquierdo, se palpa engrosado. Derecho, muy doloroso y forma parte de la tumoración antes referida.

Fondos de saco.—Elástico, el derecho en parte ocupado por la tumoración mencionada; los otros fondos de saco, libres.

Espéculo.—Se aprecia un pequeño pólipo cervical de 1 por 1, se toma biopsia. El resto del cuello de aspecto normal.

Histerometría.—Penetra fácilmente el histerómetro, siguiendo la anteflexión del útero y mide 8 cm.

Se toma biopsia de endometrio.

Exámenes de laboratorio.—Numeración y fórmula: Hematías: 4,200,000. Leucocitos: 10,000.

Neutrófilos 71%, Abstonados 6%, Segmentados 63%, Eosinófilos 2%, Basófilos 1%, Monocitos 2%, Linfocitos 24%, Anisocitosis. Hemoglobina 13.2 grs. %. Tiempo de coagulación 8 min. Tiempo de sangría 1 1/2 min. Velocidad de sedimentación (Cutler: línea diagonal. Reacciones serológicas: Cardiolipina y Mazzini: negativos. Análisis de orina: normal. Dodaje de glucosa en sangre: 1 gr. por ciento. Dosaje de úrea 0.25 gr. %. Un estudio electrocardiográfico revela: normalidad del aparato cardiovascular. El resultado del frotis vaginal, demuestra que está constituido casi exclusivamente por sangre. No se repite dicho examen por seguir la paciente, perdiendo sangre hasta antes de la operación.

El resultado histopatológico del pólipo cervical y endometrio señalan endocervicitis crónica y endometrio en fase secretoria.

Diagnóstico clínico.—Fibroma uterino y anexitis.

Report operatorio. Operación Histerectomía total con salpingooforectomía derecha y extirpación de quiste achocolatado del lado izquierdo.—Anestesia: General.

Abierta la cavidad peritoneal, se aprecian múltiples adherencias del útero y una tumoración anexial a las asas intestinales, sigmoides y epiplón, se liberan cuidadosamente sin ninguna dificultad; se procede primeramente a ligar y seccionar los ligamentos redondos, para abordar mejor el útero que está un poco fijo. La exploración del anexo izquierdo demuestra la ausencia de trompa, pero se encuentra una tumoración quística en el ligamento ancho que se libera y al extirparse sale líquido sanguinolento; la tumoración del lado derecho corresponde a la trompa aumentada de volumen, en forma de chorizo, algo dura, se libera y luego se procede a la R. T. con salpingooforectomía. Previa la peritonización del lecho, se cierra la pared con la técnica habitual.

Diagnóstico post-operatorio.—Fibroma uterino, salpingitis derecha, quiste endometrial.

Examen histopatológico, Análisis N° 18440.—Remitido para examinar: Utero, Trompa y quistes.

Resultado del análisis: Examen microscópico: Utero y anexos derechos. Utero mide desde la superficie de dección hasta el fondo 11 cm. Cervix con orificio externo puntiforme con su tapón mucoso. La mucosa ligeramente congestionada y rosionada. Se ven cavidades quísticas de contenido mucóide a nivel del exocervix.

Cuerpo uterino, se halla deformado por la presencia de un nódulo fibromatoso mural de 2.5 cm. Endometrio se halla hipertrofiado, llegando a tener en zonas hasta 1 cm. de espesor.

Anexos.—Trompa dilatada y con numerosas adherencias fibrosas que la unen íntimamente al ovario. La longitud es de 8 cm. y en zonas de 4 cm. de diámetro. Consistencia firme; al corte se ve la luz ocupada por proliferación de tejido de aspecto papilífero blanquecino.

Ovario de 4 x 3 x 1.5 al corte se ve cavidad quística de contenido seroso. A parte se reciben dos fragmentos de ovario el mayor de 2,5 x 2 x 1.5 cm. conteniendo cavidades quísticas y cuerpos luteínicos hemorrágicos.

Examen microscópico. Cuello.—Glándulas dilatadas, quísticas. Infiltrado inflamatorio crónico del corión.

Cuerpo uterino.—La formación nodular descrita tiene los caracteres histológicos de leiomioma.

Endometrio: estroma y glándulas de tipo secretor.

Trompa: Las diversas secciones practicadas a nivel de este órgano muestra proliferación epitelial atípica, formando verdaderos pliegues que infiltran la pared y nadan en la luz o lumen del órgano. Estroma escaso fibroso. Acúmulos de linfocitos en la mucosa.

Ovarios: Cuerpo luteínico hemorrágico y quistes foliculares.

Diagnóstico: Adenocarcinoma de la trompa, Cervicitis crónica. Quistes de Naboth. Leiomioma uterino. Cuerpo luteínico hemorrágico. Quistes foliculares.

En el Departamento de Patología de la Facultad de Medicina, que dirige el Profesor Dr. Pedro Weiss, se hizo el estudio histopatológico del caso.

RESUMEN

Hemos hecho un breve recuerdo de la etiopatogenia, anatomía patológica, sintomatología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer primitivo de la trompa de Falopio.

Se ha presentado un caso clínico de adenocarcinoma de la trompa asociado a fibroma uterino, en el cual los síntomas eran los más frecuentes de dicha entidad y sin embargo no se hizo el diagnóstico clínico ni operatorio, siendo un hallazgo del histopatólogo.

Creemos que el diagnóstico de carcinoma de la trompa, si bien es difícil, se puede hacer si pensamos en esa posibilidad en las enfermas, sobre todo menopáusicas, que presenten flujo vaginal, hemorragias, dolor abdominal bajo y tumoración pelviana.

El estudio del flujo vaginal, por el método de Papanicolaou lo consideramos de valor en el despistaje de esta neoplasia.

SUMMARY

It is presented a review of the ethiology, pathology, symptoms and diagnosis, prognosis and treatment of the primary carcinoma of the Fallopian tubes.

One cases of adenocarcinoma of the Fallopian tube associated to uterine myoma is commented. The symptoms were the usually found in that disease, but neither the clinical nor the operative diagnosis were made, being a microscopical finding.

We think that diagnosis of carcinoma of the Fallopian tube could be done if we keep that possibility in mind when we have patients with leukorrhea, hemorrhages, low abdominal pain and pelvic mass, specially if the patient is in or after the menopause.

The vaginal cytology using Papanicolaou method is of some value in the diagnosis of this neoplasm.

BIBLIOGRAFIA

- Ahumada, J. C.: El cáncer ginecológico Ed. "El Ateneo" Bs. As. 1953.
- Ahumada, J. C.: Tratado elemental de ginecología. Ed. "A. López". Bs. Aires.
- 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.
- Ayre, J. E.; Banez W. A. and Kearns P. Primary carcinoma of the Fallopian tube. Am. J. Obst. & Gynec., 1945: 50-196.
- Curtis, A. H.: Obstetricia y Ginecología 1953 Philadelphia.
- Castillo Cáceres, J.: Consideraciones sobre el carcinoma de la trompa uterina. Tesis 1943 Lima.
- Frankel Arthur, N.: Primary carcinoma of the Fallopian tube. Am. J. Obst. & Gynec. 1956: 72 N° 1, 131-142.
- Hu. Taymor and Hertig. Primary carcinoma of the Fallopian tube. Am. J. Obst. & Gynec. 1950: 59-58.
- Lofgren, K. A. and Dokerty M. B. Primary carcinoma of the Fallopian tube Surg. Gynec. & Obst. 1946: 82-199.
- Raffaele A. P. Carcinoma primitivo de la trompa. Bol. Soc. Obst. y Gynec. 1949: 28-45 Bs. As.
- Stern B. D. and Hanley B. J. Primary carcinoma of the Fallopian tube Am. J. Obst. & Gynec. 1949: 58-517.
- Song Yo Seup.: Primary carcinoma of the Fallopian tube. Am. J. Obst. & Gynec. 1955: 70-29.
- Stoockel. W.: Tratado de Ginecología. Ed. "Morata" Madrid, 1956.