

## Carcinoma urotelial primario de la trompa uterina, una patología infrecuente: reporte de un caso

### (Primary Carcinoma of the uterine tube, an unusual malignant pathology: case report)

Stefano Pozzobon-Borregales <sup>1</sup>✉, Jesús Rico-Castillo <sup>1</sup>, Pierina Petrosino-Tepedino <sup>2</sup>, Melisse Milano <sup>2</sup>, Julio Cesar Lacruz <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Estudiante de Medicina, Universidad de los Andes, Mérida-Venezuela. <sup>2</sup> Anatomía Patológica, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Mérida-Venezuela. <sup>3</sup> Servicio de Oncología, Hospital Universitario de Los Andes, Mérida-Venezuela

[CASO CLINICO]

Recibido: 08 de Abril de 2012. Aceptado: 17 de Julio de 2012.

#### Resumen

El carcinoma primario de la trompa uterina es una patología maligna infrecuente que ocurre entre el 0,1% al 1,8% de todos los tumores malignos del organismo, siendo aun menos frecuente el tipo histológico transicional o urotelial que representa el 10% de los tumores malignos de trompa uterina. Se presentan principalmente entre la 5ta y 7ma décadas de la vida, y clínicamente se manifiesta, en el 18% de los casos, con la triada de masa palpable y/o distensión abdominal, dolor pélvico y metrorragia. Presentamos el caso de una paciente de 44 años de edad quien inicia enfermedad actual en diciembre del 2010, con antecedente de dolor pélvico y sangrado genital continuo. En la resonancia magnética se apreció un lesión ocupante de espacio parauterina derecha, sugestiva de neoplasia maligna de ovario derecho. El reporte del marcador tumoral Ca 125 mostró valores elevados, acompañado de clínica y paraclínica sugestiva enfermedad tumoral maligna. Se decidió realizar laparotomía ginecológica en la que se evidenció tumoración en trompa uterina derecha. El estudio histológico se concluyó como carcinoma con diferenciación urotelial. Posteriormente se realizó cirugía de estadiaje, que incluyó lavado peritoneal, histerectomía total, salpingooforectomía izquierda, omentectomía subcolónica, apendicectomía y linfadenectomía bilateral selectiva. El reporte de biopsia de dichas piezas operatorias resultaron negativas para malignidad. La paciente se encuentra actualmente libre de enfermedad. Dado lo infrecuente de la patología se reporta este caso.

#### Palabras clave

*Trompa uterina, carcinoma urotelial, primario, patología, cancer, maligno.*

#### Abstract

Primary Carcinoma of the uterine tube is an unusual malignant pathology that occurs between the 0,1% and the 1,8% of all malignant tumors, being the urothelial histological type even less frequent, which represents 10% of malignant tumors of the uterine tubes. These tumors usually appear in women between the 5th and 7th decades, and in 18% of the cases they become clinically manifest with the following triad: palpable mass and/ or abdominal distention, pain, and metrorrhagia. We present a case of a 44 year old woman who began current pathology in December 2010 with pelvic pain and continuous genital bleeding. The magnetic resonance reported a lesion that occupied the right parauterine space, and suggested a malignant neoplasia of the right ovary. The report of Ca-125 tumor marker showed high values, along with symptoms and paraclinic results that suggested a malignant disease. A gynecologic laparotomy was performed, with evidence of a right Fallopian tube tumor. The histological study was concluded as a Carcinoma with Urothelial differentiation. Afterwards, a staging surgery was performed, which included peritonea washing out, total hysterectomy, left salpingo-oophorectomy, omentectomy, appendicectomy, and selective, bilateral lymphadenectomy. The biopsy report from the surgical pieces was negative for malignancy. Actually, the patient is disease-free. This case was reported given the unusual of the pathology.

#### Keywords

*Uterine tube, urothelial carcinoma, pathology, cancer, malignant.*

## Introducción

El carcinoma primario de la trompa uterina es una de las patologías ginecológicas más infrecuentes, con una incidencia aproximada de un 0,1 a 1,8% (1-3). Según la bibliografía mundial, el tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma en un 90% de los casos, y el carcinoma urotelial en un 10%. La edad de presentación tiene un rango amplio, pero principalmente se presenta en edades postmenopausicas entre los 50 y 70 años de vida (5). Para considerar un carcinoma como primario de trompa uterina, éste se debe encontrar macroscópicamente dentro de la misma, y el ovario y útero no deben presentar tumor, o en caso de existir, debe ser claramente distinto (4). La sintomatología esta caracteriza por sangrado vaginal, dolor pélvico y tumoración pélvica palpable, aunque esta tríada es considerada patognomónica del carcinoma tubárico su incidencia en baja (5), en muchos casos los síntomas son vagos e inespecíficos por lo que generalmente el estudio se orienta a patologías de útero y ovario, por tal motivo el diagnóstico de carcinoma de trompa uterina es realizado con poca frecuencia antes de la cirugía y se concluye de forma transoperatorias o posterior a los estudios anatomopatológicos. Los estudios que se usan como apoyo diagnóstico son: citología cervicovaginal, legrado uterino instrumental, histeroscopia, biopsia de endometrio, ultrasonido pélvico, tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear (6). Debido a la rareza de la enfermedad no existen protocolos de tratamiento controlados, empleándose las estrategias de tratamiento para el carcinoma epitelial de ovario (7).

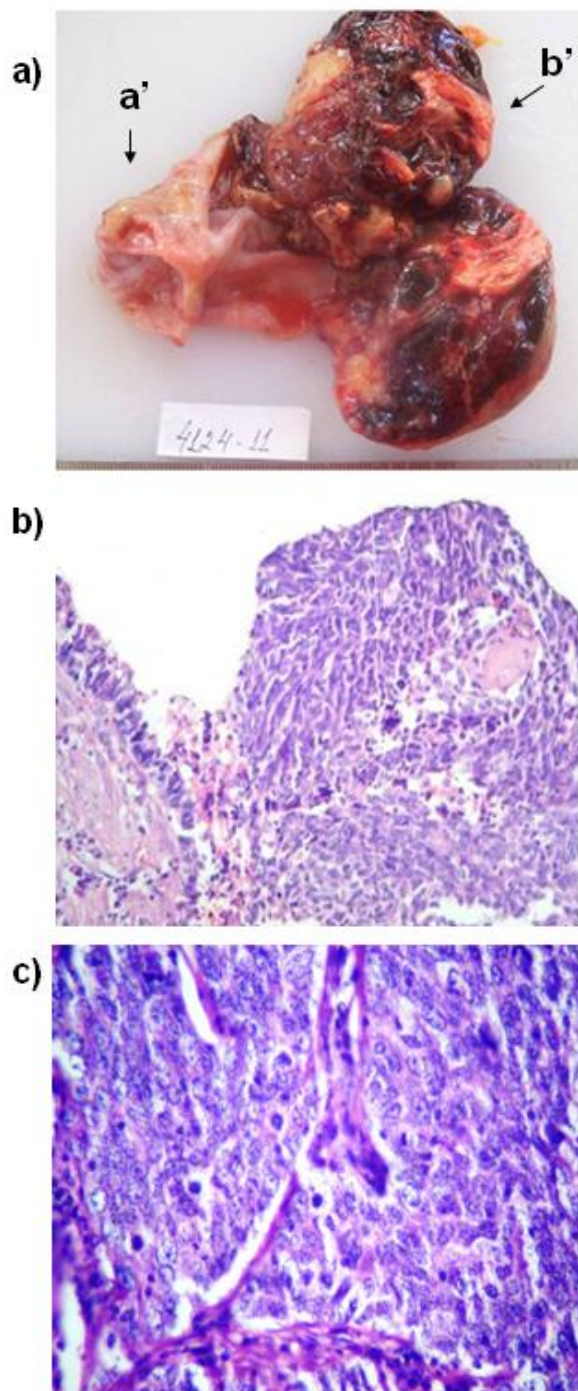
La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) aceptó en 1991, un sistema de estadificación para el cáncer de trompa uterina, lo que facilita el manejo, diagnóstico, la etapificación quirúrgica y la fijación de criterios terapéuticos (1,2).

## Caso clínico

Paciente femenina de 44 años de edad quien consulto al servicio de ginecológica en diciembre del 2010, por presentar dolor en fosa ilíaca derecha de 2 meses de evolución, el cual aumentó en intensidad y que no calmó con analgésicos comunes, además refería trastornos menstruales con sangrado continuo, el cual había respondido al tratamiento médico con medroxiprogesterona.

Entre los antecedentes personales se destacan, menarquía a los 12 años, ciclos regulares hasta septiembre del 2010, Fecha de ultima menstruación el 20/09/2010, niega uso de anticonceptivos orales y fue intervenida en marzo de 2009 de una mastectomía parcial en mama izquierda por microcalcificaciones, con reporte histopatológico de hiperplasia ductal sin atipias. Entre los antecedentes familiares se encuentra el de madre fallecida por cáncer gástrico. Al examen físico ginecológico presentaba anexo derecho doloroso a la palpación con aumento de tamaño. Anexo izquierdo no palpable. Se solicitaron los siguientes estudios en diciembre de 2010: 1) Citología vaginal: normal; 2) Resonancia magnética: reporto útero con diámetros normales, línea endometrial normal, Lesión ocupante de espacio en región parauterina derecha, sugestiva de cistoadenocarcinoma de ovario derecho; 3) Rectosigmoidoscopia: normal y 4) Marcadores tumorales: CEA normal, Ca 125 = 856,6 U/mL (VN: 0-35 U/mL); En base a los hallazgos clínicos y paraclínicos, sugestivos de de tumor pélvico maligno de origen ovárico, se realizó laparotomía ginecológica oncológica con biopsia extemporánea. Los hallazgos quirúrgicos fueron los siguientes: tumoración bilobulada en trompa uterina derecha de  $\pm$  20 cm de largo y 8 cm de diámetro, de consistencia firme en su tercio distal, vascularizada y que impresionaba comprometer la región ampular de la trompa uterina; torción del pedículo infundibulopélvico derecho; resto de la trompa uterina con necrosis hasta la unión con el cuerno uterino derecho;  $\pm$  5 cc de líquido serohemático en cavidad pélvica; ambos ovarios normales, útero normal, trompa uterina izquierda normal y resto de órganos pélvicos y abdominales macroscópicamente sin lesiones sugestivas de malignidad. Se practicó salpingectomía total derecha y se envió la muestra para biopsia extemporánea, con reporte diferido, no concluyente de malignidad, por lo que se decidió esperar el estudio anatomopatológico definitivo.

El informe de biopsia definitivo reportó pieza quirúrgica de trompa uterina de 10 cm de longitud. El extremo distal (ampular), se encontraba deformado, de aspecto tumoral, de 6,5 cm de diámetro, pardo vinoso alternado con áreas pardo claras. Al corte, dicha lesión era de consistencia semifirme con superficie de corte pardo vinoso de aspecto hemorrágico, alternando con áreas blanco-grisáceas de aspecto tumoral (Figura 1). Resto de la trompa uterina con luz dilatada con aplanamiento de los pliegues y luz ocupada con abundante liquido de



**Figura 1.** a) Trompa uterina mostrando el borde quirúrgico de resección (a') y la lesión tumoral sólida pardo rosada de 6,5 cm de diámetro en el extremo distal (b') b) Transición entre epitelio tubárico y carcinoma transicional (Hematoxilina-Eosina 200X). c) Neoplasia maligna de estirpe epitelial de aspecto transicional (urotelial), constituida por células con moderada cantidad de citoplasma, núcleos pleomórficos con cromatina en grumos, nucleolos evidentes y abundantes mitosis atípicas (Hematoxilina-Eosina 400X).

aspecto hemático. El estudio microscópico reportó neoplasia maligna de estirpe epitelial con diferenciación urotelial (células transicionales), constituida con proliferación de células con moderada cantidad de citoplasma mal definido, núcleos pleomórficos con cromatina en grumos, reforzamiento de la membrana nuclear, nucléolos evidentes y abundantes mitosis atípicas. Dichas células se disponen en masas y nidos irregulares delimitados por delicados tabiques de tejido conectivo, focos de necrosis tumoral focal y borde quirúrgico de resección negativo para malignidad. Concluyéndose como Carcinoma tubárico con diferenciación urotelial. En abril del 2011, se realizó cirugía de estadiaje, realizándose lavado peritoneal, hysterectomía total, salpingo-ooforectomía izquierda, omentectomía subcolónica, apendicectomía y linfadenectomía bilateral selectiva con reporte histopatológico negativo para malignidad, y clasificada como Estadio I. La paciente fue referida al servicio de oncología médica, actualmente se encuentra en período libre de enfermedad y asintomática para patologías neoplásicas del tracto urinario.

### Discusión

Los tumores malignos primarios de la trompa uterina son una de las patologías ginecológicas más infrecuentes, representando el 0.3% de todos los cánceres del aparato genital femenino (8). Entre los tipos histológicos, el más frecuente es el adenocarcinoma con un 90% (11). El caso presentado correspondió al tipo histológico transicional (urotelial), el cual representa el 10% de los tumores de trompa uterina, junto al tipo endometriode .

Los criterios histopatológicos que se emplean desde 1950 para diferenciar las neoplasias de trompa uterina de otras neoplasias ginecológicas son: 1) macroscópicamente el tumor principal debe estar en la trompa uterina, 2) microscópicamente la mucosa de la trompa uterina debe estar afectada, 3) se debe demostrar la transición de epitelio benigno a maligno en dicha trompa (5). Estos criterios más otros estudios de extensión nos ayudan al diagnóstico diferencial de otras patologías como son carcinoma primario de ovario o metastásico, salpingitis crónica, salpingitis tuberculosa, salpingitis ístmica nudosa y artificios por cauterización.

En el presente caso, la paciente tenía 44 años para el momento del diagnóstico, edad por debajo de la reportada en la literatura, donde se establece que es más frecuente en pacientes postmenopausicas,

**Tabla 1.** Clasificación modificada de la FIGO para el carcinoma de las trompas de Falopio (1998) (11).

Clasificación y descripción
Etapa 0: Carcinoma in situ (limitado al epitelio de la trompa).
Etapa I: Progresión limitada a la trompa.
Etapa IA: Progresión limitada a una trompa sin extensión a la serosa, ascitis conteniendo células malignas o lavado peritoneal positivo.
Etapa IA-0: Progresión limitada a una trompa sin extensión a la lámina propia.
Etapa IA-1: Progresión limitada a una trompa con extensión a la lámina propia, pero sin extensión a la muscularis.
Etapa IA-2: Progresión limitada a una trompa sin extensión a la muscularis.
Etapa IB: Progresión limitada a ambas trompas sin extensión a la serosa, ascitis conteniendo células malignas o lavado peritoneal positivo.
Etapa IB-0: Progresión limitada a ambas trompas sin extensión a la lámina propia.
Etapa IB-1: Progresión limitada a ambas trompas sin extensión a la lámina propia, pero sin extensión a la muscularis.
Etapa IB-2: Progresión limitada a ambas trompas con extensión a la muscularis.
Etapa IC: Tumor de cualquiera etapa IA o IB, pero sin extensión a la serosa o con ascitis conteniendo células malignas o con lavado peritoneal positivo.
Etapa I (F): Tumor limitado a la fimbria terminal de las trompas sin invasión a la pared de las trompas.
Etapa II: Tumor que envuelve a una o ambas trompas con extensión a la pelvis.
Etapa IIA: Extensión y/o metástasis al útero y/o ovarios.
Etapa IIB: Extensión a otros órganos de la pelvis.
Etapa IIC: Tumor de cualquier etapa IIA o IIB con ascitis conteniendo células malignas o lavado peritoneal positivo.
Etapa III: Tumor que envuelve una o ambas trompas con implantes peritoneales fuera de la pelvis, incluyendo metástasis superficial del hígado y/o ganglios positivos retroperitoneales o inguinales. Tumor limitado a la pelvis, excepto con extensión histológica probada al intestino delgado y epilón.
Etapa IIIA: Tumor grueso limitado a la pelvis con ganglios negativos, pero con confirmación histológica microscópica de siembras en la superficie peritoneal del abdomen.
Etapa IIIB: Tumor que envuelve una o ambas trompas con implantes gruesos visibles, confirmado histológicamente en la superficie peritoneal del abdomen, ninguno excediendo 2 cm de diámetro. Ganglios linfáticos negativos.
Etapa IIIC: Implantes abdominales >2 cm de diámetro y/o ganglios inguinales o retroperitoneales positivos.
Etapa IV: La progresión envuelve una o ambas trompas con metástasis distante. Si está presente efusión pleural, con líquido positivo de células malignas y metástasis en el parénquima hepático.

nulíparas y entre los 50 y 70 años de edad. Actualmente, estudios de biología molecular han revelado que el carcinoma de trompa de Falopio se caracteriza por un genotipo altamente mutable en el

patrón de ploidia de DNA y frecuentes alteraciones del gen P53, con sobreexpresión (80%). Se ha propuesto que los carcinomas serosos de la pelvis, incluido el de ovario, el de trompa de Falopio y el peritoneal, tienen

una causa común, a raíz de la observación de pacientes con cáncer de mama y mutaciones BRCA-1 y BRCA-2 (9).

Las manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas, presentándose la tríada de Latzko en un 15%, caracterizada por sangrado vaginal, dolor pélvico y tumoración palpable pélvica (10), cumpliendo nuestra paciente dos de estos parámetros. También se pueden encontrar dolor tipo cólico con descarga vaginal, abdomen agudo con peritonitis por descarga del contenido de la trompa hidrópica tumoral en la cavidad peritoneal. Otra forma de presentación es polaquiuria y constipación por la compresión de la vejiga y el recto por la masa tumoral (11). Por ser el cáncer primario de trompa uterina una neoplasia muy rara y, por otra parte, por cursar con síntomas y signos similares a los de otras enfermedades pélvicas, su diagnóstico suele ser difícil antes de la cirugía, realizándose durante el acto quirúrgico o posterior al estudio anatomopatológico. En mujeres asintomáticas, se descubre de manera incidental cuando se realiza otro tipo de cirugías como histerectomía vaginal y salpingo-ooforectomía.

La estadificación se establece luego de la cirugía, según la clasificación FIGO, y en 40 a 50% de los casos, las pacientes se encuentran en Estadío III, en el caso presentado, nuestra paciente se encontraba en Estadío I, pues el tumor se encontraba limitado a la trompa uterina, sin extensión a otros órganos pélvicos (Tabla 1) (11). En algunos reportes se menciona que la supervivencia a cinco años con tumores en Estadío I es del 64%, en estadío II del 42%, en estadío III del 32% y en estadío IV del 17% (6), actualmente nuestra paciente se encuentra en control oncológico y libre de enfermedad.

Para sustentar el diagnóstico, se sugieren numerosos estudios complementarios preoperatorios como la citología cervicovaginal, legrado uterino instrumental, histeroscopia, biopsia de endometrio, ultrasonido pélvico, tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear (6).

A la paciente del presente caso, se le practicaron la citología vaginal, resonancia magnética, rectosigmoidoscopia y el marcador tumoral CEA sin alteraciones, sin embargo, el valor preoperatorio del Ca 125, se encontraba por encima de los valores referenciales. El antígeno Ca 125 en valores mayores de 65 U/mL está relacionado con malignidad en ovario, peritoneo y trompa uterina, con una sensibilidad del 98% y una especificidad de 75%. Sin embargo, condiciones benignas pueden elevar el Ca 125 incluyendo endometriosis, embarazo y enfermedad inflamatoria pélvica. El Ca 125 no es un predictor de enfermedad, ni establece diagnóstico de malignidad (10), sin embargo, tiene un valor predictivo en cuanto a la respuesta de la paciente a la quimioterapia.

El tratamiento del carcinoma transicional de trompa uterina es quirúrgico, igual al del Carcinoma ovárico de origen epitelial. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica extensa con estadiaje quirúrgico previa histerectomía total con salpingectomía bilateral y omentectomía, toma de muestra del líquido peritoneal si existe y si no, un lavado peritoneal para citología (11).

En primera instancia, se realiza una laparotomía ginecológica con criterios oncológicos, y biopsia extemporánea, si reporta malignidad, se realiza el protocolo oncológico en el mismo tiempo quirúrgico, sin embargo, como en nuestro caso la biopsia extemporánea no fue concluyente, se practicó una cirugía de estadiaje en un segundo tiempo quirúrgico, luego del diagnóstico histopatológico definitivo de Carcinoma de trompa uterina con diferenciación urotelial. Se realizó lavado peritoneal, histerectomía total, salpingo-ooforectomía total izquierda, omentectomía subcolónica, apendicectomía y linfadenectomía bilateral selectiva, reportando dichas piezas operatorias negativas para malignidad.

Ante la presencia de una paciente con dolor abdominal y metrorragia no se debe descartar el Carcinoma de trompa uterina dentro de los posibles diagnósticos, porque esto podría ser la clave para realizar un diagnóstico en estadíos iniciales.

## Referencias

1. Alvarez-Santín C, Sica A. Cytopathology of ovarian lesions: the intraoperative approach. *Monogr Clin Cytol.* 2011;20:60-76. [\[PubMed\]](#)
2. Giménez M, Bracho G, Borges A, García G. Adenocarcinoma primario de trompa uterina, a propósito de un caso y revisión de la literatura. *Rev Venez Oncol* 2005; 6: 1-7. [\[Google Scholar\]](#)
3. Sanchez M, Sanchez Diaz E, Marrupe Gonzalez D, Albo Castaño MI, Viana Alonso A, Juárez Ucelay F. Un caso de carcinoma de trompa de Falopio. *An Med Interna* 2006; 23: 83-5. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
4. Herran E, Lopez A, Barredo I, Estelez I, Martínez A, Murga I, Alvarez L, Ganboa L. Carcinoma primario de trompa uterina. [INTERNET] 2007. [Citado en septiembre 2011] Disponible en: <http://www.conganat.org/9congreso/trabajos.asp?tipo=2&tema=31>.
5. Escalona Veloz R, López Rodríguez C, Núñez Quintana A, Rizo Revé R.

- Carcinoma primario en la trompa de Falopio. MEDISAN 2010; 14: 112-4 [\[Google Scholar\]](#)
6. Monge AH, Pineda RP, del Rocio Estrada 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 [\[PubMed\]](#)
  7. Gimenez M, Bracho G, Borges A, Garcia G, Ramos S, Caleiras E. Adenocarcinoma primario de trompa uterina: A propósito de un caso y revisión de la literatura. Rev Venez Oncol 2005; 98-102. [\[Google Scholar\]](#)
  8. Berek J. Ginecología de NOVAK. 13ª Edición. Mc Graw Hill 2004.
  9. González-López A, Aguilar VE, Alpuente A, Sánchez-Hipólito L, E. Adsuar E y Haya J, Carcinoma primario de trompa de Falopio ¿Incidencia infraestimada?. Tokogin Pract, 2009; 68: 167-72 [\[Google Scholar\]](#)
  10. Gehrig P, Alvarez A. Gynecologic Oncology. Landes Bioscience Vademecum. Texas 2009.
  11. Pérez M. Ginecología oncológica pelviana. La Habana. Editorial EciMed. 2006.

**Como citar este artículo:** Pozzobon-Borregales S, Rico-Castillo J, Petrosino-Tepedino P, Milano M, Lacruz JC, Carcinoma urotelial primario de la trompa uterina, una patología infrecuente: reporte de un caso. *Avan Biomed* 2013; 2: 37-42