

Carcinoma de trompa de Falopio, un hallazgo casual laparoscópico



Garre Alcázar, Mª del Carmen; Manzano Roldán, Andrea; López Martínez , Consuelo; Martínez Gómez, Ana; Padilla Lara, Felipe; Sánchez-Bolea Pérez, Tomás Luis.

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia

INTRODUCCIÓN

El carcinoma primario de trompa de Falopio es uno de los cánceres ginecológicos más raros, representa entre el 0,1 y el 1,8% de todos los cánceres ginecológicos. Los cánceres secundarios por metástasis procedentes de ovarios, endometrio, aparato digestivo y mama son más habituales.

CASO CLÍNICO

Mujer de 44 años, que consulta por urgencias por dolor abdominal acompañado de vómitos. Test gestación negativo. Ecografía abdominal compatible con apendicitis aguda. Se realiza laparoscopia terapéutica.

En dicha laparoscopia, se encuentra como hallazgo casual una tumoración de unos 6 cm de longitud de aspecto edematoso y arrosariado en trompa de Falopio derecha. Se realiza salpinguectomía derecha. Al extraer la pieza quirúrgica se aprecia tejido cerebroide. No se observan implantes peritoneales ni otros hallazgos patológicos en cavidad.

Anatomía Patológica: Adenocarcinoma seroso de trompa de Falopio infiltrante de alto grado.

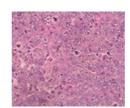
PET: Adenopatía inter aorto-cava y presacra. Sin evidencia de enfermedad en otras localizaciones.

Tratamiento quirúrgico: Se realiza cirugía radical con Histerectomia total + doble anexectomía + desperitonización de implantes + linfadenectomía pélvica y paraórtica + Apendicectomía + Omentectomía.

Hallazgos: Implantes peritoneales. Omentectomía sin evidencia de metástasis, Ganglio interaorto-cava y ganglios aislados de mesosigma: Positivo para metástasis. Resto de ganglios : sin evidencia de metástasis. Estadio FIGO: III - C

Evolución: Actualmente la paciente se encuentra en tratamiento quimioterápico con Taxol-Platino. Pendiente de estudio genético del gen BRCA.





Carcinoma primario de trompa uterina (HE, x10).

DISCUSIÓN

Los tipos más frecuentes de cáncer de trompa de Falopio son los adenocarcinomas seroso y endometrioide.

Se ha adaptado al carcinoma de Trompa de Falopio la clasificación propuesta por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) para el estadiaje del carcinoma de ovario. En nuestro caso al existir metástasis en los ganglios regionales, se clasificó como estadio III-C de la FIGO.

Dado que el cáncer de trompa de Falopio es tan infrecuente, y su sintomatología muy inespecífica, su diagnóstico suele ser difícil y a veces un hallazgo casual.

El carcinoma de trompa sigue el mismo patrón de diseminación que el cáncer epitelial de ovario, diseminándose a la cavidad peritoneal a través de las fimbrias o por invasión transmural de la pared tubárica. La localización más frecuente de metástasis es el peritoneo.

Debido a su poca sintomatología y la alta tasa de diseminación ganglionar, el diagnóstico se suele realizar en estadios avanzados de la enfermedad.

El tratamiento del cáncer de trompa es quirúrgico, similar al cáncer epitelial de ovario, así como en las indicaciones de quimioterapia adyuvante.

El principal factor pronóstico es el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico, con una supervivencia global a los 5 años del 95% en estadios I y del 45% en estadios IV

BIBLIOGRAFÍA

•Pectasides D, Pectasides E, Economopoulos T. Fallopian tube carcinoma: a review. Oncologist. 2006;11:902-12

Jeung IC, Lee YS, Lee HN, Park EK. Primary carcinoma of the fallopian tube: report of two cases with literature review. Cancer Res Treat. 2009;41:113-6

•www.cancer.gov - Instituto Nacional del Cancer

•www.cancer.org - American cáncer Society