

Adenocarcinoma de Tuba Uterina: Relato de Dois Casos

Fallopian Tube Adenocarcinoma: a Report of Two Cases

Adenocarcinoma de Tuba Uterina: Relato de Dos Casos

Rodrigo Beserra Sousa¹, Rafael Bandeira Lages¹, Marília Buenos Aires Cabral Tavares², Edgard Pereira Filho³, Lina Gomes dos Santos⁴,
Sabas Carlos Vieira⁵

Resumo

Os tumores malignos primários de tuba uterina são os menos frequentes do aparelho genital feminino, correspondendo de 0,1 a 0,5% do total desses tumores. O pico de incidência é em torno dos 60 anos. Devem-se aplicar critérios muito rigorosos para considerar uma lesão neoplásica primária da tuba, pois a proximidade da mucosa endometrial e do ovário dificulta o diagnóstico. O primeiro caso é de uma paciente de 44 anos de idade que se submeteu à laparotomia por apresentar um tumor pélvico. Identificou-se uma massa na tuba uterina direita, realizando-se histerectomia total com salpingectomia direita, ooforectomia esquerda, preservando-se o ovário direito. O histopatológico demonstrou adenocarcinoma pouco diferenciado na tuba direita, bem como a presença de dois focos metastáticos no ovário esquerdo. Iniciou-se quimioterapia adjuvante. Após seis ciclos, notaram-se lesões pélvica e para-aórtica, além de lesão de cúpula vaginal. A paciente submeteu-se à ooforectomia direita e linfonodectomia pélvica e para-aórtica, não havendo doença neoplásica no estudo histológico dos espécimes. O segundo caso é de uma paciente de 63 anos de idade com uma lesão cística em anexo uterino esquerdo e mista em anexo direito. Submeteu-se a uma cirurgia sendo realizada salpingooforectomia bilateral. Ao histopatológico, evidenciou-se adenocarcinoma de tuba moderadamente diferenciado em tuba direita. Após esse diagnóstico, fez-se histerectomia e omentectomia, que não apresentaram doença no histopatológico. Ambas as pacientes encontram-se bem e sem evidência de doença neoplásica em atividade, 40 e 72 meses após a primeira cirurgia, respectivamente.

Palavras-chave: Neoplasias das Tubas Uterinas; Histerectomia; Ginecologia; Adenocarcinoma

¹Estudante de Medicina da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Teresina (PI), Brasil.

²Médica-Residente em Cirurgia Geral no Hospital Universitário Walter Cantídio Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza (CE), Brasil.

³Ginecologista Oncológico do Hospital São Marcos (HSM). Teresina (PI), Brasil.

⁴Doutoranda e Mestre em Ciências da Saúde da UFPI. Professora da UFPI. Patologista do HSM. Teresina (PI), Brasil.

⁵Doutor pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professor da UFPI. Cirurgião Oncológico. Teresina (PI), Brasil.

Trabalho desenvolvido no Hospital São Marcos e na Universidade Federal do Piauí.

Endereço para correspondência: Dr. Sabas Carlos Vieira - Rua Félix Pacheco, nº 2.159, Sala 305 - Centro-Sul. Teresina (PI), Brasil. CEP: 64001-160.

E-mails: sabas.vieira@uol.com.br; rafaelblages@gmail.com

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas de tuba uterina representam de 0,1% a 0,5% de todas as neoplasias genitais femininas, sendo o pico de incidência na sexta década de vida. Há uma estreita associação entre as inflamações crônicas desse anexo e o surgimento desses tumores, embora seja evidente que as primeiras sejam bastante frequentes e bilaterais, enquanto os tumores sejam infrequentes e de ocorrência unilateral^{1,2,3}. Devem-se aplicar critérios muito rigorosos para considerar uma lesão neoplásica originária da tuba uterina, visto que a proximidade da mucosa endometrial e do ovário tende a dificultar o diagnóstico, principalmente quando o tumor é grande e envolve todas as estruturas pélvicas⁴. O adenocarcinoma é a histologia predominante nos tumores de tuba^{3,4}.

O tratamento é semelhante ao câncer de ovário: histerectomia total abdominal e salpingooforectomia bilateral, juntamente com citologia, biópsias múltiplas, linfonodectomia e omentectomia. Além disso, o tratamento adjuvante com quimioterapia e radioterapia é controverso, havendo estudos que comprovam a sua eficácia e outros que a contestam^{1,5}. No caso de tumores localmente avançados, deve-se proceder à citorredução máxima e quimioterapia pós-operatória⁶.

RELATO DE CASO

O primeiro caso é de uma paciente de 44 anos de idade que se submeteu à laparotomia exploradora, em outro hospital, por apresentar um tumor pélvico. Identificou-se uma lesão sólida macroscopicamente benigna na tuba uterina direita, sendo realizada uma histerectomia total com salpingooforectomia esquerda e salpingectomia direita, preservando-se o ovário direito. Não foi realizado exame de congelação no intraoperatório. O histopatológico demonstrou tratar-se de adenocarcinoma pouco diferenciado (GIII) comprometendo o terço médio da tuba uterina direita, infiltrando 90% de sua parede, medindo 6,0 cm x 3,0 cm x 3,0 cm, além da existência de

salpingite crônica. Evidenciou-se também a presença de dois focos metastáticos no ovário esquerdo, compreendendo apenas pequenos nódulos aderidos à superfície externa. A imuno-histoquímica mostrou expressão de citoceratina 7, receptor de estrógeno e produto de oncogene Wilms Tumor 1 (WT-1) (Figura 1), favorecendo o diagnóstico de adenocarcinoma seroso pouco diferenciado de tuba uterina. A paciente foi referenciada para nosso Serviço, onde uma tomografia demonstrou a presença de um implante pélvico compatível com doença residual ou recidiva. Foi então iniciada quimioterapia com cisplatina. Após seis ciclos, a tomografia demonstrava a presença das lesões pélvica e para-aórtica, além de uma lesão de cúpula vaginal. A paciente submeteu-se à ooforectomia direita e linfonodectomia pélvica e para-aórtica. Ao histopatológico, observou-se que a lesão de cúpula vaginal era granuloma de corpo estranho e os linfonodos pélvicos, para-aórticos e omento estavam livres de metástases. A paciente encontra-se sem evidência de doença oncológica em atividade 40 meses após a primeira cirurgia.

O segundo caso é de uma paciente de 63 anos de idade, com uma lesão cística, em anexo uterino esquerdo, e sólida e cística em anexo direito. A paciente submeteu-se à laparotomia com realização de salpingooforectomia bilateral por não haver suspeita macroscópica de neoplasia no intraoperatório. Ao histopatológico, evidenciou-se adenocarcinoma de tuba moderadamente diferenciado (GII), exófitico com limites cirúrgicos livres. Após esse diagnóstico, a paciente foi reoperada sendo realizadas histerectomia e omentectomia inframesocólica, que não apresentaram neoplasia no exame histológico final. Não foram realizadas linfonodectomia pélvica e para-aórtica por opção do cirurgião. A paciente não recebeu quimioterapia adjuvante e encontra-se bem e sem evidência de doença em atividade 72 meses após a primeira cirurgia.

DISCUSSÃO

Os tumores primários de tuba uterina são uma das mais raras doenças ginecológicas malignas. Devido à

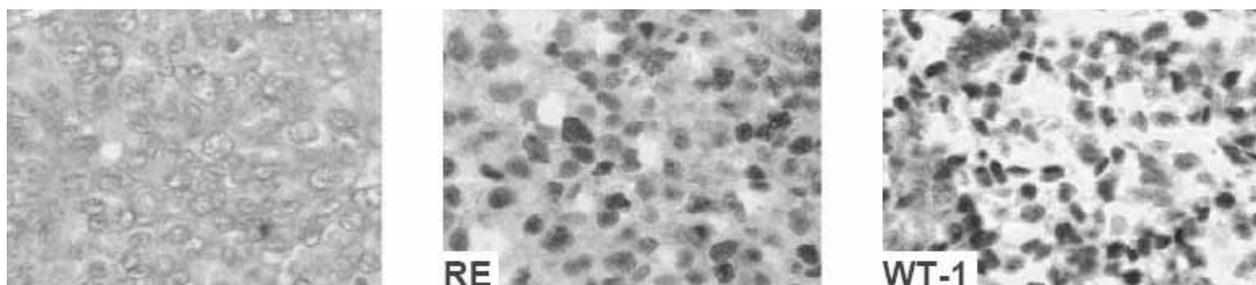


Figura 1. Imuno-histoquímica de neoplasia de trompa da primeira paciente mostrando expressão para receptor de estrógeno (RE) e produto do oncogene Wilms Tumor 1 (WT-1) favorecendo diagnóstico de adenocarcinoma seroso pouco diferenciado

raridade desses tumores, o conhecimento sobre a sua história natural é pobre, sendo a sua patogênese e seus fatores predisponentes pouco compreendidos⁷. Vários estudos, porém, têm ligado essa doença a mutações nos genes BRCA1 e BRCA2, bem como a alterações em p53^{4,8}. Inflamação crônica da tuba uterina e infertilidade podem ser fatores predisponentes. Em um estudo sueco, 22% dos casos tinham uma história de salpingite e a taxa de infertilidade era de 25%. Salpingite tuberculosa é frequentemente coexistente com carcinoma de tuba uterina^{3,7}.

A drenagem linfática da tuba uterina segue dois principais troncos. O primeiro, da parte proximal ao útero, drena para a região para-aórtica; o segundo, da porção distal, drena para os nódulos pélvicos⁷. Estudos sugerem que os linfonodos para-aórticos são os linfonodos sentinelas no tumor de tuba uterina⁹. O mau prognóstico do tumor de tubas uterinas é atribuído à precoce metástase em tais linfonodos, podendo preceder à difusão intra-abdominal da doença^{7,9}.

O diagnóstico clínico apresenta a tríade sintomática (Tríade de Latzko) de dor pélvica, massa anexial e corrimento vaginal aquoso, quadro este descrito como *hydrops tubae profluens*, que é patognomônico de tumor de tuba uterina¹⁰. Deve-se destacar também a presença de sangramento vaginal pós-menopausa ou intermenstrual e dor abdominal baixa⁷. Nos dois casos apresentados, as pacientes não tinham essa tríade sintomática. Os marcadores tumorais CA 12.5 e CA 19.9 podem estar aumentados^{4,7}. Exames radiológicos como ressonância magnética e tomografia computadorizada também são úteis no diagnóstico, fornecendo informações sobre a massa, as relações anatômicas e a possível existência de linfonodos para-aórticos e pélvicos comprometidos^{3,7}. Na maioria dos casos, porém, o diagnóstico se faz após a realização de uma laparotomia exploradora pela existência de uma massa anexial, como os casos aqui apresentados. O diagnóstico pré-operatório só se realiza em 3% dos casos^{1,4,11}.

As neoplasias de tuba uterina e de ovário podem apresentar histologia, perfil imuno-histoquímico, padrões de propagação e comportamento similares^{6,12}. Alguns estudos sugerem que os tumores de tuba uterina podem ser subestimados porque em casos avançados são, com frequência, incorretamente diagnosticados como câncer ovariano primário^{8,9}. Entre os critérios diagnósticos propostos por Sedlis em 1978, está o fato de ovário e endométrio estarem livres de neoplasia ou apresentarem tumores menores que o da tuba¹³.

A conduta também se assemelha à utilizada para carcinoma de ovário, sendo principalmente cirúrgica: histerectomia abdominal total, salpingooforectomia bilateral e omentectomia, com ou sem linfonodectomia pélvica e para-aórtica⁹. Um estudo coreano destaca a

importância da realização de linfonodectomia na melhora da sobrevida em pacientes com esse tipo de neoplasia⁶. A quimioterapia (com três a seis ciclos, utilizando-se das mesmas drogas para câncer de ovário) está indicada nos tumores de tuba^{3,5,10}. A radioterapia é tratamento de exceção¹⁰.

CONCLUSÃO

Embora nos presentes casos as pacientes tenham apresentado boa evolução, é importante salientar a necessidade de exame de congelação no intraoperatório quando da realização de cirurgias para lesões pélvicas complexas suspeitas de neoplasia como nos dois casos relatados aqui. Evitando-se, assim, a realização de dois procedimentos cirúrgicos, retardando às vezes o tratamento e aumentando as taxas de complicações. Existem vários estudos mostrando o impacto da formação do cirurgião no prognóstico de pacientes tratadas de neoplasias pélvicas ginecológicas. Quando são operadas por cirurgiões com especialização em oncologia as taxas de sobrevida são melhores¹⁴. Nos dois casos apresentados, as pacientes não foram submetidas ao procedimento ótimo que inclui a realização das linfonodectomias pélvicas, para-aórticas, citologia oncológica do lavado peritoneal e biópsias múltiplas.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Catalán AB, Laiz DR, Corvalán JA, Masoli DI, Vásquez WC. Manejo Laparoscópico de masas anexiales. Experiencia Local. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70(4): 231-5
2. Lehner R, Wenzl R, Heinzl H, Husslein P, Sevela P. Influence of delayed staging laparotomy after laparoscopic removal of ovarian masses later found malignant. Obstet Gynecol 1998; 92(6): 967-71.
3. Sánchez FM, Díaz ES, González DM, Castaño MIA, Alonso AV, Ucelay FJ. Un caso de carcinoma de trompa de Falópio. An Med Interna 2006; 23(2): 83-5.
4. Huidobro G, Moral E, Grande C, Casal J. Tumores malignos de la trompa de Falopio. In: Lázaro Quintela M, Jorge Fernández M, Carrasco Álvarez J, et al. Guía práctica de tumores poco frecuentes. Madrid: Ed. You&US; 2003. p. 290-6.
5. Wang PH, Yuan CC, Chao HT. Surgico-pathological stage I primary fallopian tube adenocarcinoma. Int J Gynaecol Obstet 1998; 63(1): 73-4.
6. Kim YM, Jung MH, Kim DY, Kim JH, Kim YT, Nam JH. Systematic lymphadenectomy improves survival in patients with advanced-stage primary fallopian tube cancer. Tohoku J Exp Med. 2009; 218 (1): 5-9.

7. Hellström A-C. Primary fallopian tube cancer: a review of the literature. *Med Oncol*. 1998;15 (1): 6-14.
8. Stewart SL, Wike JM, Foster SL, Michaud F. The incidence of primary fallopian tube cancer in the United States. *Gynecol Oncol* 2007; 107(3): 392-7.
9. Konishi Y, Sato H, Fujimoto T, Tanaka H, Takahashi O, Tanaka T . Primary fallopian tube carcinoma: a clinico-pathologic study of 10 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008; 139 (2): 259-60.
10. Boronow RC. Fallopian tube cancer: Radical surgery, extended field radiation and chemotherapy in 24 personal cases treated with "intent to cure". *Gynecol Oncol* 2008; 111(3): 511-22.
11. Nezhat FR, Ezzati M, Chuang L, Shamshirsaz AA, Rahaman J, Gretz H. Laparoscopic management of early ovarian and fallopian tube cancers: surgical and survival outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200(1): 83.e1-83.e6.
12. McCluggage WG.. Immunohistochemical markers as a diagnostic aid in ovarian pathology. *Diagn Histopathol* 2008; 14(8): 335-51.
13. Sedlis A. Carcinoma of the fallopian tube. *Surg Clin North Am* 1978; 58 (1): 121-9.
14. Giede KC, Kieser K, Dodge J, Rosen B. Who should operate on patients with ovarian cancer? An evidence-based review. *Gynecol Oncol* 2005; 99(2): 447-61.

Abstract

Primary malignant tumors in the fallopian tube are the least common in the female gynecologic apparatus, corresponding from 0.1 to 0.5% of the total of such tumors. The incidence peak is around 60 years. Very rigorous criteria must be applied in order to consider a primary neoplastic injury of the tube, because the closeness to both endometrial mucosa and ovary complicates the diagnosis. The first case is a 44-year-old female patient who underwent laparotomy for presenting a pelvic tumor. The right fallopian tube was identified with an injury and total hysterectomy with right salpingectomy and left oophorectomy, preserving the right ovary, were performed. The histopathological study showed a little differentiated adenocarcinoma in the right fallopian tube, as well as the presence of two metastatic focuses in the left ovary. Adjuvant chemotherapy was initiated. After six cycles, injuries in both pelvic and para-aortic were noticed, as well as injury of the vaginal cupola. The patient underwent a right oophorectomy and pelvic and para-aortic lymphadenectomy. The histopathological study of specimens did not show any neoplasm. The second case is a 63-year-old female patient with a cystic injury in the left uterine annex and a mixed injury in the right annex. A bilateral salpingo-oophorectomy was performed. The histopathological study showed a moderately differentiated adenocarcinoma in the right fallopian tube. After this diagnosis, hysterectomy and omentectomy were both performed and did not present neoplastic disease in the histopathology. Both patients are healthy and with no evidence of neoplastic disease in activity, 40 and 72 months after the first surgery, respectively.

Key words: Fallopian Tube Neoplasms; Hysterectomy; Gynecology; Adenocarcinoma

Resumen

Los tumores malignos primitivos de la tuba uterina son los menos frecuentes del aparato genital femenino, correspondiendo desde 0,1 hasta 0,5 del total de esos tumores. El pico de incidencia es de alrededor de los 60 años. Criterios muy rigurosos deben ser aplicados para considerar una lesión neoplásica primaria de la tuba, ya que la proximidad de la mucosa del endometrio y del ovario dificulta el diagnóstico. El primero caso es de una paciente de 44 años de edad que realizó una laparotomía por presentar un tumor pélvico. Fue identificada una masa en la tuba uterina derecha y fue realizada una histerectomía total con salpingectomía derecha y ooforectomía izquierda, preservando el ovario derecho. La histopatología correspondió a adenocarcinoma poco diferenciado en la tuba derecha, así como la presencia de dos focos metastáticos en el ovario izquierdo. Quimioterapia adyuvante fue realizada. Después de seis ciclos, lesiones pélvicas y paraaórticas fueron observadas, además de lesiones de la cúpula vaginal. La paciente fue sometida a una ooforectomía derecha y linfadenectomía pélvica e paraaórtica y no hubo enfermedad neoplásica en el estudio histológico de los especímenes. El segundo caso es de una paciente de 63 años de edad con una lesión quística en anexo uterino izquierdo y mixta en el anexo derecho. Fue sometida a una cirugía realizando una salpingooforectomía bilateral. La histopatología correspondió a adenocarcinoma de tuba moderadamente diferenciado en tuba derecha. Tras ese diagnóstico, histerectomía y omenctomía fueron realizadas, y no presentaron enfermedad en el histopatológico. Ambas pacientes están bien y sin evidencia de enfermedad neoplásica en actividad 40 y 72 meses después de la primera cirugía.

Palabras clave: Neoplasias de las Trompas Uterinas; Histerectomía; Ginecología; Adenocarcinoma