

Tumor da trompa de Falópio. Relato de caso e revisão da literatura

LUCIANO LUIZ DA SILVA JÚNIOR¹, LINA M. T. M. VIEIRA², EURÍDICE M. FIGUEIREDO², ABRAHÃO GANDELMAN², LUIZ F. MATHIAS³, AURENICE C. L. C. SILVA⁴, JOSÉ CARLOS C. JESUS⁴

Trabalho realizado no Serviço de Ginecologia do Hospital de Oncologia - INCa, RJ.

Resumo

O adenocarcinoma da trompa de Falópio é um dos mais raros tumores malignos do trato genital feminino, ocasionando assim uma experiência médica limitada. Apresentamos um caso desta patologia, bem como revisão da literatura abordando os aspectos clínicos, histopatológicos, terapêuticos e prognósticos.

Unitermos: neoplasia da trompa de Falópio; achados clínicos; tratamento e prognóstico

Introdução

Os tumores malignos das trompas de Falópio representam menos de 1% das neoplasias do trato genital feminino [13, 16, 17, 23]. Existem 1.200 casos descritos na literatura [17, 23], onde apenas 0,5% teve diagnóstico pré-operatório correto [16, 21].

A falta de diagnóstico pré-operatório, decorrente de pouca familiarização com essa rara entidade, estimulou a presente publicação, que consta do relato do caso clínico e revisão da literatura, dando ênfase ao diagnóstico e tratamento.

Relato do caso

Trata-se de uma paciente do sexo feminino, branca, 60 anos, com quadro de aumento do volume abdominal, dispnéia de decúbito e perda de peso (\pm 6 kg) há 6 meses. Relatava menarca aos 15 anos, menopausa aos 50 anos, G_{XI}P_{XI}, mãe falecida de câncer. Ao exame, apresentava bom estado geral, abdome globoso, ascítico, não sendo possível detectar visceromegalias ou tumorações. Ausência de adenopatias periféricas. O exame ginecológico era normal, com os anexos não palpáveis.

A ultra-sonografia evidenciou massa mista, com áreas sólida e cística, localizada em topografia anexal

direita, medindo 12,2 x 13,5 cm, útero com 8,5 x 4,3 x 2,9 cm, ascite e implante peritoneal em hipocôndrio esquerdo. A radiografia simples de tórax e a endoscopia digestiva alta eram normais. Colpocitologia negativa para malignidade. A citologia da punção abdominal revelou líquido ascítico metastático para adenocarcinoma.

Foi levada à laparotomia exploradora, encontrando-se no inventário da cavidade líquido ascítico hemorrágico (9 litros), múltiplos implantes peritoneais de 0,5 cm em toda a superfície peritoneal e de 2 cm de localização pré-vesical, ovário e trompa esquerda sem alterações macroscópicas, ovário direito atrófico, trompa direita dilatada e tortuosa com tumoração de 10 cm e limites imprecisos; epíloon tumoral aderido ao cólon transversal e implantes na superfície hepática e esplênica. Realizada histerectomia total, anexectomia bilateral e biópsia de implantes de mesentério, das goiteiras parietocólicas e do epíloon. Estadiamento cirúrgico IIIc com doença residual maior que 2 cm.

O exame anatomopatológico revelou trompa direita com tumoração de 13 x 9 x 5,5 cm e histologia de adenocarcinoma pouco diferenciado com áreas de indiferenciação, invasão de parede muscular, da serosa e hidrossalpinge. Ovário direito atrófico e livre de neoplasia. Adenocarcinoma pouco diferenciado metastático infiltrando ovário e trompa esquerdos, serosa uterina, miométrio e ligamentos uterinos direi-

¹Residente em Cirurgia Oncológica do Instituto Nacional de Câncer - INCa - RJ; ²Cirurgiã Oncológica do Hospital de Oncologia - INCa; ³Chefe do Serviço de Ginecologia do Hospital de Oncologia - INCa; ⁴Ginecologistas do Hospital de Oncologia - INCa. Endereço do autor para correspondência: Rua Equador, 831 - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20220-410

tos. Todos os implantes ressecados e líquido ascítico foram metastáticos.

A paciente foi submetida a quimioterapia pós-operatória com cisplatino na dose de 50 mg/m² e ciclofosfamida com 500 mg/m² por 3 ciclos, quando abandonou o tratamento. Retornou após sete meses com ascite volumosa, emagrecimento acentuado, linfadenomegalia inguinal bilateral e diminuição da função renal. Reiniciou quimioterapia com carboplatino 300 mg/m² e ciclofosfamida 500 mg/m². No 4º ciclo a paciente apresentava acentuada melhora do estado geral, diminuição de 50% do tamanho dos linfonodos inguinais e ausência de ascite. No 6º ciclo ocorreu acentuada toxicidade hematológica e notava-se massa endurecida de aproximadamente 10 cm de diâmetro em hipocôndrio esquerdo. Optou-se por uma laparotomia exploradora, na qual evidenciou-se cerca de 300 ml de líquido ascítico e massa com cerca de 15 cm de diâmetro infiltrando ângulo esplênico do cólon transversal e pólo inferior do baço. Realizou-se, com fins de citorredução tumoral, colectomia segmentar de cólon transversal e esplenectomia. O laudo histopatológico do implante foi de adenocarcinoma papilífero metastático.

Discussão

A faixa etária predominante da neoplasia de trompa uterina é de 50 a 70 anos [16], com média de idade de 55 e 63 anos [10, 13, 16, 25]. As mulheres brancas são mais acometidas que as negras [24]. McMurray [17] mostrou que 89% de suas pacientes haviam tido no máximo dois filhos. A incidência entre as nulíparas é mais freqüente [23], com taxas de até 59% [11] e 71% dos casos em alguns trabalhos [3]. Não existe uma associação entre infertilidade, doenças venéreas, endometriose ou tuberculose pélvica com neoplasia de trompa uterina [23].

A maioria das pacientes cursa com hemorragia, fluxo vaginal aquoso, dor abdominal ou pélvica, distensão ou massa abdominal. A bilateralidade incide em 8 a 26% [17]. Têm sido relatado obstrução intestinal [16], insuficiência renal por obstrução ureteral bilateral [27] ou fístula tubo-vaginal simulando uma fístula vésico-vaginal [19] como primeiro sintoma.

Aproximadamente 50% a 60% das pacientes apresentam hemorragia transvaginal, causada pelo acúmulo de sangue na trompa [10, 15, 16, 23]. A dor incide em 30% dos casos, geralmente em cólica pélvica ou abdominal, decorrente de uma distensão da parede tubária associada a estimulação peristáltica, podendo aliviar com a saída de sangue ou fluxo aquoso [15, 17].

O fluxo vaginal aquoso é produzido pelo exsudato tumoral que se acumula no interior da trompa, levando à distensão e, conseqüentemente, dor [17]. O tumor palpável tende a reduzir com o fluxo vaginal aquoso [8].

Hydrosalpinx intermitente é considerado patognômico. Sua ocorrência é rara e consiste de uma descarga aquosa, serosa, amarelada, profusa, precedida de dor pélvica em cólica [16, 19].

A distensão ou massa abdominal é a principal queixa em 50% dos casos, devendo ser encontrada ao exame físico em 67% [15, 17, 23] e associada com ascite em 23% [17]. Nódulo no fundo de saco pode ser detectado em 15% dos pacientes [16].

A colpocitologia pode ser anormal em até 18% dos casos de câncer de trompa. Quando presente a célula tumoral é indistinguível da célula neoplásica endometrial [7].

A radiografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética nuclear e ultra-sonografia da pelve não são específicos e, muitas vezes, revelam apenas um tumor pélvico [8, 14]. A histerossalpingografia é útil no diagnóstico de anormalidades tubárias, mas tem o risco de disseminar células malignas na cavidade peritoneal [8].

O CA-125 eleva-se em 63 a 79% dos pacientes com recorrência tumoral [4, 5]. Desconhece-se outros marcadores tumorais relacionados com as lesões da tuba uterina [25].

Hu [13] propôs os seguintes critérios para se considerar um tumor como sendo primário da trompa uterina: 1) o tumor deve se originar na endossalpinx; 2) os achados histológicos devem reproduzir o padrão da trompa; 3) se a parede estiver envolvida, a transição entre epitélios benigno e maligno deve ser demonstrada; 4) a trompa deve conter mais tumor do que o útero e o ovário. O tipo histológico mais freqüente é o adenocarcinoma; entretanto, também podem ocorrer sarcoma, adenoacantoma, carcinoma adenoescamoso, escamoso endometrióide e células claras [8]. Foram descritos 35 casos de sarcoma e 100 de coriocarcinoma gestacional originário de gravidez ectópica [7].

Em 1991 a FIGO estabeleceu um estadiamento para câncer de trompa seguindo o de ovário (Tabela 1).

Os tipos de disseminação do carcinoma da trompa de Falópio são semelhantes aos encontrados nos tumores de ovário, ou seja, implantes intraperitoneais decorrentes de células esfoliativas e embolização linfática para sítios extraperitoneais. Os primeiros locais de disseminação são omento, peritônio, intestino e outros órgãos genitais [23].

O tratamento primário é cirúrgico e consiste de histerectomia total, anexectomia bilateral, omentectomia e citorredução tumoral quando possível [8]. A carcinomatose pode ser reduzida a menos de 1 cm de tumor residual em até 66% dos casos [23]. Deve-se incluir citologia com lavados da pelve e goteiras parietocólicas e biopsia de diafragma [17], onde se encontram células neoplásicas em até 45% das ocasiões [23]. A cirurgia é suficiente para tratar as lesões do Estágio I. As lesões mais avançadas requerem trata-

Tabela 1. Estadiamento sugerido para câncer de trompa de Falópio [23].

Estádio I	Crescimento limitado às trompas de Falópio
Estádio Ia	Doença unilateral; ausência de ascite.
Estádio Ib	Doença bilateral; ausência de ascite.
Estádio Ic	Tumor no estágio Ia e Ib com ascite e/ou células neoplásicas no lavado peritoneal.
Estádio II	Crescimento além das trompas, confinados à pelve.
Estádio IIa	Extensão ou metástases para o útero e/ou ovários.
Estádio IIb	Extensão a outros órgãos pélvicos.
Estádio IIc	Tumor IIa ou IIb com ascite e/ou células malignas no lavado peritoneal.
Estádio III	Tumor compromete além da pelve, mas confinado à cavidade abdominal.
Estádio IIIa	Tumor \leq 2 cm
Estádio IIIb	Tumor $>$ 2 cm
Estádio IV	Comprometimento de uma ou ambas as trompas com metástases à distância.

mento adicional [17]. O *second look* é utilizado para avaliar o comportamento da doença pós-tratamento e tem um papel importante no manuseio desses pacientes [9].

Não existe um tratamento quimioterápico padronizado e as combinações de agentes são as mais variadas, com resultados inconclusivos devido ao pequeno número de casos.

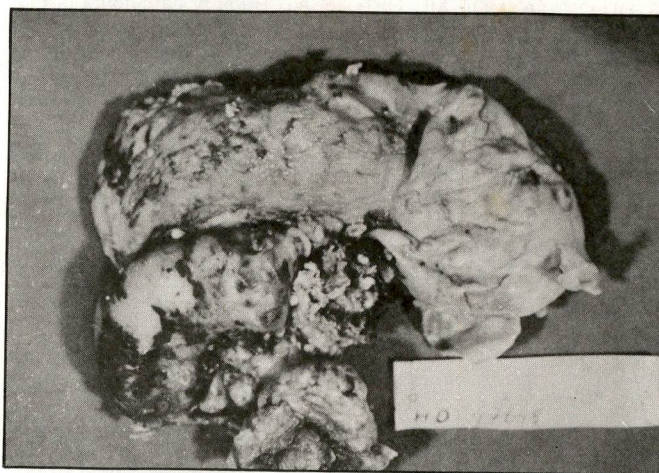
Uma combinação de agentes, tendo como base o cisplatino, parece ser mais efetiva, sendo utilizada em doença metastática e lesões de alto risco no Estágio I [2, 6, 23]. Muntz [18] obteve remissão nos estágios III e IV em 68% dos casos, seis em nove pacientes, confirmados por laparotomia de *second look*, sendo remissão total em quatro e parcial duas pacientes.

O uso de radioterapia pós-operatória é controverso. Os autores [7, 17, 23] que a preconizam utilizam-na numa dose total de 36 a 50 Gys, com dose de 180 a 200 cGys/dia em 5 aplicações semanais. O grupo da "Mayo Clinic" [23] tem utilizado a irradiação abdominopélvica para lesões intraperitoneais extrapélvicas, apenas se as mesmas forem microscópicas, ou doença residual mínima ($<$ 1 cm) localizada na pelve ou sítios paraórticos. No momento, há estudos investigando o uso combinado de radioterapia e quimioterapia [7].

A recorrência tumoral na cavidade peritoneal ocorre em 50% a 88% dos pacientes [17, 23], surgindo nos primeiros 12 e 24 meses em 61% e 84% das ocasiões [23] e, frequentemente, é simultânea com a recidiva extraperitoneal, sendo algumas vezes com múltiplos implantes [17]. Os principais sítios extraperitoneais são fígado, pleura, pulmão, vagina [17], vértebra e linfonodos retroperitoneais [23], seguidos de rins, cérebro e axila [17].

A sobrevivência de cinco anos é de 56% [17] a 80% [2, 12] para o estágio I, 27% e 14% para os estágios II e III, respectivamente, e 0% para o estágio IV [17]. De 50%, 42% e 39% para pacientes com padrão papilar (GI),

papilo-alveolar (GII) e alvéolo-medular (GIII), respectivamente [13, 23]. São de importância prognóstica a doença residual, a profundidade de invasão da parede da trompa e a citologia peritoneal positiva [21]. Não há correlação entre o prognóstico e a bilateralidade do tumor [16, 23]. A sobrevivência em 2 e 5 anos para pacientes com doença residual menor que 1 cm é de 80% e 57%, de 90% e 67% para aqueles com citologia peritoneal negativa e de 30% e 20% para os com citologia positiva, respectivamente [23].

**Figura 1.** Trompa de Falópio e ovário direito.

Summary

The adenocarcinoma of Fallopian tube is the most uncommon of malignant tumor of the female genital tract. This is the reason for the limited medical experience. We present a clinical case of adenocarcinoma of Fallopian tube and also a large literature review which contains clinical, pathological, therapeutical and prognosis features.

Key words: Fallopian tube carcinoma, treatment; pathological, prognosis, and clinical features

Referências bibliográficas

1. AYIOMAMITIS A. The Epidemiology of malignant neoplasms of the ovary, Fallopian tube and broad ligament in Canada: 1950-1984. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 1017-1021.
2. BARAKAT RR, RUBIN SC, SAIGO PE e cols. Cisplatin-based combination chemotherapy in carcinoma of the Fallopian tube. *Gynecol Oncol* 1991; 42: 156-160.
3. BOUTSELIS JG, THOMPSON JW. Clinical aspects of primary carcinoma of the Fallopian tube: A clinical study of 14 case. *Am J Obstet Gynecol* 1971; 111: 98-101.
4. CROMBACH G, SCHARL A, WURZ H. CA-125 in normal tissues and carcinomas of the uterine cervix, endometrium and Fallopian tube. *Arch Gynecol Obstet* 1989; 244: 113-122.
5. DAVIES AP, FISH A, WOOLAS R, ORAM D. Raised serum CA-125 preceding the diagnosis of carcinoma of the Fallopian tube: two cases report. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98: 602-603.
6. DEPPE G, BRUCKNER HW, COHEN CJ. Combination chemotherapy for advanced carcinoma of the Fallopian tube. *Obstet Gynecol* 1980; 56: 530.
7. DEPPE G, MALONE JM, LAWRENCE WD. Cancer of the Fallopian tube. In *Female Genital Cancer*, Gusberg SB, Shingleton H, Deppe G (Ed.), Churchill Livingstone.
8. DISAIA PJ, CRASMAN WT. Carcinoma de las trompas de Falópio. In *Ginecologia Oncológica*, 3ª ed., The C V Mosby Company, St Louis, Missouri 1989.
9. EDDY GL, COPELAND LJ, GERSHENSON DM. Second-look in Fallopian tube carcinoma. *Gynecol Oncol* 1984; 19: 182-186.
10. HACKER NF. Tubal Cancer, 385-390. In *Practical Gynecologic Oncology*, Breek JS, Hacker NF (Ed.), Williams & Wilkins, 1989.
11. HANTON EM, MALKASIAN GD, DAHLIN DC, PRATH JH. Primary carcinoma of the Fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 1966; 94: 832-839.
12. HIRAI Y, KAKU S, TESHIMA H e cols. Clinical study of primary carcinoma of the Fallopian tube: experience with 15 cases. *Gynecol Oncol* 1989; 34: 20-26.
13. HU CY, TAYMOR ML, HERTIG AT. Primary carcinoma of the Fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 1950; 59: 58-67.
14. KAWAKAMI S, TOGASHI K, KIMURA I e cols. Primary malignant tumor of the Fallopian tube: appearance at CTMR imaging. *Radiology* 1993; 186: 503-508.
15. KING A, SERAJ IM, THRASHES T, SLATER J, WAGNER RJ. Fallopian tube carcinoma: a clinical study of 17 cases. *Gynecol Oncol* 1989; 33: 351-355.
16. KINZEL GE. Primary carcinoma of the Fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 125: 816-820.
17. McMURRAY EH, JACOBS AJ, PEREZ CA, CAMEL HM, KAO M, GALAKATOS A. Carcinoma of Fallopian tube - Management and sites of failure. *Cancer* 1986; 58: 2070-2075.
18. MUNTZ HG, TARRAZA HM, GOFF BA, GRANAI GO, RICE LW, NIKRUI N, FULLER AF. Combination chemotherapy in advanced adenocarcinoma of the Fallopian tube. *Gynecol Oncol* 1991; 40: 268-273.
19. MUNTZ HG, GOFF BA, THOR AD, TARRAZA HM. Post-hysterectomy carcinoma of the Fallopian tube mimicking a vesicovaginal fistula. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 853-856.
20. NILOFF JM. Tumor Makers 137-150. In *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*, Hoskins WJ, Perez CA, Young RC (Ed.), J.P. Lippincott Company.
21. PETERS WA, ANDERSON WA, HOPKINS MD et al. Prognostic factors of carcinoma of Fallopian tube. *Obstet Gynecol* 1988; 71: 757.
22. PFEFFER P, MOGENSE H, AMTRUP F, HONORE E. Primary carcinoma of the Fallopian tube. A retrospective study of patients reported to the Danish Cancer Registry in a five-year period. *Acta Oncol* 1989; 28: 7-11.
23. PODRATZ KC, PODCZASKI ES, GAFFEY TA, O'BRIEN PC, SCHRAY MF, MALKASIAN GD. Primary carcinoma of the Fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 154: 1319-1326.
24. ROSEMBLATT KA, WEISS NS, SCHATZ SM. Incidence of malignant Fallopian tube tumors. *Gynecol Oncol* 1989; 35: 236-239.
25. SHOLAPURKAR SL. A plea for early diagnosis of the Fallopian tube carcinoma: Can hysteroscopy be of use? *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 483.
26. SOPER JT, HAMMOND CB, LEWIS LJ. Carcinoma of the Fallopian tube. (pp. 783-794). In *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*, Hoskins WJ, Perez CA, Young RC (Ed.), J.P. Lipincott Company.
27. AZALEV AH, TREDEAU ME. Carcinoma of the Fallopian tube presenting as renal failure: case report. *Can Assoc Radiol J* 1989; 40: 112-113.