

Casos Clínicos

Cáncer de colon metastásico diagnosticado durante el tercer trimestre de la gestación

Yasmina José G.¹, Oscar Gil L.¹, María Lapresta M.^{1,2}, Esther Cruz G.¹, José Manuel Campillos M.^{1,2}, Javier Tobajas H.¹

¹ Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Miguel Servet. ² Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza, España.

RESUMEN

El cáncer de colon durante la gestación es una patología poco frecuente, con una incidencia entre el 0,07 y el 0,1%. El diagnóstico precoz es complejo y el pronóstico suele ser malo por tratarse con frecuencia de procesos en estado avanzado. Presentamos el caso de una paciente de 38 años, diagnosticada de adenocarcinoma de colon transversal metastásico en la semana 31 de gestación. Realizamos una revisión en relación al diagnóstico y manejo de esta patología.

PALABRAS CLAVE: *Cáncer de colon, embarazo, metástasis, pronóstico*

SUMMARY

Colonic cancer during pregnancy is a rare event, with incidence between 0.07 and 0.1%. Early diagnosis is difficult and prognosis is severe as it generally made at an advanced stage. We report a case of metastatic adenocarcinoma of the transverse colon in a 38-year-old pregnant patient diagnosed at 31 weeks of gestation. The problem of diagnosis as well as management of this pathology is discussed.

KEY WORDS: *Colorectal carcinoma, pregnancy, metastasis, prognosis*

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal es el tercer tumor maligno más frecuente a nivel mundial, tras el cáncer de pulmón en los hombres y de mama en las mujeres (1). En España es la primera causa de muerte por cáncer y representa el 10,7% de los tumores, con una incidencia de 21.000 nuevos casos por año y 11.900 defunciones (1). En nuestro sector sanitario es el tumor más frecuente y la primera causa de muerte por cáncer, considerando ambos sexos, tras los tumores de piel. La asociación con el em-

barazo es infrecuente, con una incidencia del 0,07-0,1% (2), ya que la mayoría de estos tumores se diagnostican en mujeres de más de 40 años. Se ha observado una tendencia al aumento de esta incidencia, posiblemente en relación con el retraso de la gestación a edades más avanzadas, así como la mejoría de las técnicas diagnósticas.

En las gestantes es frecuente el retraso diagnóstico de la enfermedad debido a que los síntomas iniciales como dolor abdominal, distensión, anemia, náuseas, vómitos, estreñimiento y rectorragia, que pueden atribuirse a un embarazo normal

(3). Este retraso en la detección puede llevar a una obstrucción, perforación intestinal o presencia de metástasis a distancia al momento del diagnóstico. El estadio de Duckes más frecuente en los adenocarcinomas de colon diagnosticados en gestantes es el C; esto podría deberse a una existencia previa del tumor que durante el embarazo proliferaría debido a los altos niveles de estrógenos y progesterona. En igualdad de edad y de estadio tumoral, no existen diferencias en la supervivencia a 5 años respecto a las pacientes no embarazadas, aunque en estas últimas son más frecuentes las metástasis ováricas (4).

En este artículo se expone el caso de una gestante de 38 años en la que se diagnosticó un adenocarcinoma de colon transverso metastásico en la semana 31 de gestación. Realizamos una revisión bibliográfica en relación con esta patología infrecuente.

Caso clínico

Segundigesta de 38 años. Gestación actual tras FIV-TE. Como antecedentes médico-quirúrgicos destacables únicamente refería una miomectomía en 2007. No presentaba hábitos tóxicos. El curso de la gestación hasta el momento había sido normal. Los controles ecográficos eran normales y aportaba una amniocentesis con cariotipo 46 XY normal.

La paciente debutó en la semana 31 de gestación con la presencia de una masa dolorosa a nivel laterocervical de unos 6 cm. También refería dolor en el flanco derecho de 2 o 3 días de evolución, astenia, febrícula vespertina y sudoración nocturna. El dolor se había exacerbado en las últimas 24 horas. En la exploración física inicial presentó: constantes normales, saturación de oxígeno del 97%; palpación abdominal con hepatomegalia dolorosa de 3 traveses subcostales desde epigastrio a flanco derecho; auscultación respiratoria con crépitos inspiratorios en la base pulmonar izquierda; palpación cervical con conglomerado adenopático duro y móvil de 6 cm en zona laterocervical izquierda baja. Los análisis revelaron: hemograma con hemoglobina de 11,4 g/dL, leucocitos $12,2 \times 10^3/\text{mm}^3$, plaquetas $323.000 \times 10^3/\mu\text{L}$; pruebas de coagulación normal; proteínas: 5,8 g/dL; albúmina 2,8 g/dL; GGT 169 U/L; LDH 366 U/L; marcadores tumorales: alfafetoproteína 292 UI/L, antígeno carcinoembriionario 19 UI/L; CA 19-9:4,577 UI/L, CA 15-3: 6 UI/L y CA 125: 10 UI/L.

Radiografía de tórax: atelectasias laminares basales izquierdas. **Ecografía abdominal:** hepatomegalia heterogénea con múltiples nódulos, sugestivos de metástasis, entre 1 y 5 cm, conglomerado

adenopático a nivel de tronco celíaco, páncreas, bazo y riñones normales.

TAC toraco-abdominal: hígado metastásico (Figura 1) a valorar entre otros primarios el cáncer de colon; adenopatías en cadena del tronco celíaco-mesentérica superior; lesiones focales en columna dorsal inespecíficas.

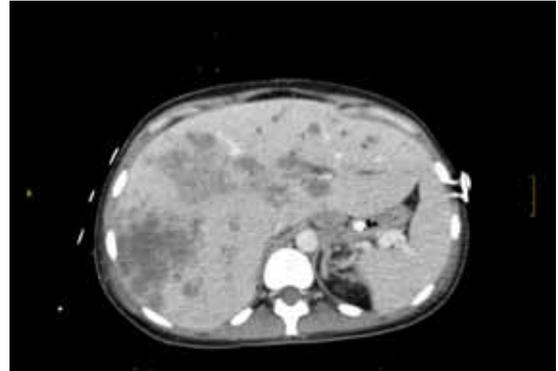


Figura 1. Hígado metastásico.

Ecografía obstétrica: feto en cefálica con biometría acorde a edad gestacional, índice de líquido amniótico normal, placenta normoinserta.

Se indicó biopsia de la adenopatía cervical con el siguiente resultado anatomopatológico: Ganglio linfático con metástasis de adenocarcinoma de tipo intestinal moderadamente diferenciado de origen digestivo. El origen más probable por este orden: intestino grueso, estómago o páncreas. El patrón arquitectural fue tubulopapilar y el estudio inmunohistoquímico: CK20 (+), CK7 (-), CD45 (-), melanoma cóctel (-), vimentina (-).

Se comentó el caso en sesión clínica junto con los Servicio de Oncología y Cirugía, para valorar la estrategia diagnóstica y terapéutica a seguir. Ante el empeoramiento brusco del estado materno, se decidió finalizar la gestación, tras realizar maduración pulmonar fetal, con dos dosis de betametasona. Se realizó una cesárea programada con ligadura tubárica bilateral a petición de la paciente; recién nacido masculino de 1.980 gramos, Apgar 9/10. Tras la histerorrafia, los cirujanos realizaron una exploración completa de la cavidad abdominal en la que objetivaron un hígado aumentado de tamaño con múltiples implantes de aspecto metastásico. Las cúpulas diafragmáticas también parecían afectas. No se evidenció la presencia de ascitis. Estómago, bazo, e intestino delgado eran normales. En el colon transverso se evidenció una tumoración bien delimitada de unos 5-6 cm (Figura 2 y 3) e implantes peritoneales en epiplón. Ante estos



Figura 2. Identificación de la tumoración primaria en colon transverso.



Figura 3. Imagen macroscópica de la tumoración tras la apertura de la pieza.

hallazgos se decidió realizar una hemicolectomía con omentectomía y anastomosis laterolateral, en el mismo tiempo quirúrgico, que se efectuó sin incidencias (Figura 4).

El informe anatomopatológico definitivo de la pieza quirúrgica mostró: Adenocarcinoma vegetante e infiltrante de colon derecho próximo a ángulo esplénico de 6,5x5 cm, grado histológico I, que invade toda la pared y metastatiza en epiplón y lo microperfora. Metástasis en 2 de 16 ganglios linfáticos aislados, con invasión venosa y perineural. Clasificación: pT4pN1, metástasis en epiplón y en mesenterio ileocólico. Se solicita estudio de K-ras: nativo, no mutado. El tumor no sugiere inestabilidad de microsátelites para MLH1 y MSH2. p16 y p53: con expresión nuclear, ki67: alto índice proliferativo.

Tras la cirugía la paciente fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos donde permaneció 8 días, con clínica de íleo paralítico y con necesidad de nutrición parenteral. Posteriormente, la paciente fue trasladada a Oncología donde se inició tratamiento con quimioterapia, inicialmente con 5-fluorouracilo en monoterapia a dosis de 200 mg/m²/día en infusión continua para posteriormente recibir Oxaliplatino a dosis de 40 mg/m² y Cetuximab a dosis inicial 400 mg/m² y posteriormente 250 mg/m², manteniendo la infusión continua de 5-fluorouracilo. La tolerancia al tratamiento fue buena sin presentar toxicidades destacables. Ante la progresiva mejoría del estado general así como de la función hepática se decidió dar el alta a la paciente para proseguir con controles y tratamiento ambulatorio. Actualmente, tras un año desde la intervención quirúrgica, la paciente continúa en seguimiento por el servicio de Oncología.

El recién nacido presentó una evolución satisfactoria, recibiendo el alta a los 15 días de su

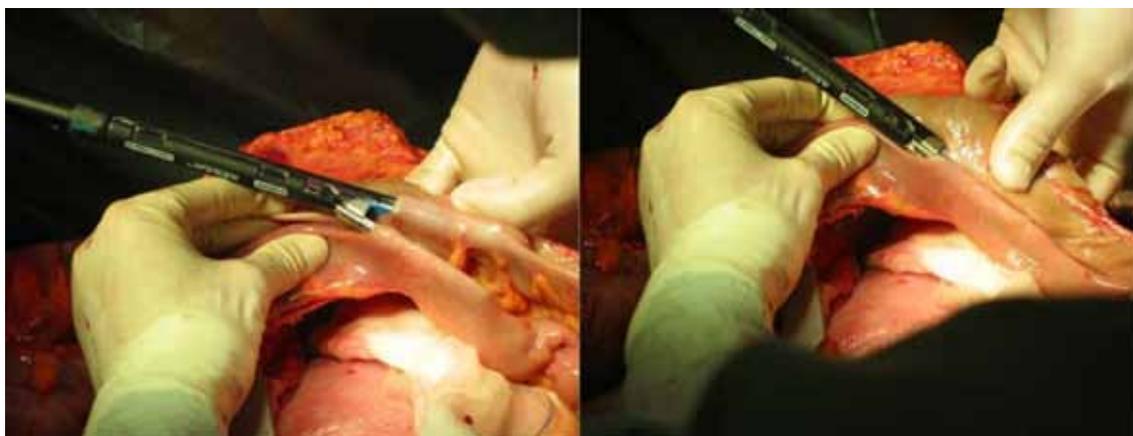


Figura 4. Hemicolectomía, anastomosis latero-lateral

nacimiento con un peso de 2.200 gramos y sin la presencia de complicaciones en relación a la prematuridad.

DISCUSIÓN

El cáncer de colon sincrónico con la gestación es una patología muy infrecuente, que a menudo se diagnostica en estadios avanzados por atribuir los síntomas tumorales a los propios de una gestación normal (5-6). Las pruebas diagnósticas en ocasiones se difieren por los potenciales riesgos fetales, sobre todo en las primeras 12 semanas de gestación. La incidencia de esta patología posiblemente está en aumento por el retraso de la edad de gestación al final de la 3ª década y principios de la 4ª.

En la prevención primaria de este tipo de tumores se ven implicados hábitos higiénico-dietéticos (7). Los grupos de alto riesgo de presentar un cáncer de este tipo son: poliposis adenomatosa familiar, síndrome de Peutz-Jeghers, síndrome de Gardner, cáncer colorrectal hereditario no poliposo, enfermedad inflamatoria intestinal y aquellos con antecedentes familiares de cáncer colorrectal. Aunque estos grupos representan únicamente el 5-10% de los cánceres de colon, es aquí donde es más frecuente ubicar a las gestantes (8).

En cuanto al tratamiento (9-11), en el primer trimestre es similar al de la paciente no gestante, la cirugía radical con frecuencia se asocia a aborto. Es posible extirpar las trompas, ovarios y útero según los deseos de la paciente y los hallazgos en el momento de la laparotomía. En las gestaciones más avanzadas, el tratamiento es controvertido. Hay autores que opinan que con una exploración adecuada es posible extirpar la neoplasia sin afectar al útero y su contenido (12). Otros, por el contrario piensan que la extirpación debe realizarse dos semanas tras la cesárea o el parto, cuando la paciente esté recuperada y la vascularización pélvica presente menos problemas al cirujano (13).

Las pacientes con cáncer de colon presentan una incidencia de metástasis ováricas del 3-11% en el momento de la cirugía (14), esta cifra puede alcanzar el 25% en las menores de 40 años. La resección de la enfermedad ovárica micrometastásica no ha demostrado aumentar la supervivencia, por lo que algunos autores únicamente recomiendan la ooforectomía en los casos de presencia macroscópica de metástasis ováricas. Otros autores por el contrario recomiendan la ooforectomía de forma rutinaria. En nuestro caso se optó por conservar los ovarios, ya que ambos presentaban un aspecto completamente normal.

El cáncer colorrectal no tiene efectos conocidos sobre el feto, por lo que si se alcanza una edad gestacional suficiente al nacimiento no son esperables demasiadas complicaciones, salvo las derivadas de la prematuridad en los casos en los que la situación clínica haga necesaria la finalización de la gestación antes de las 37 semanas. En nuestro caso, el recién nacido presentó una evolución favorable, no habiendo sido detectadas por el momento secuelas en relación a su prematuridad o a la patología materna.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de un cáncer de colon durante la gestación es muy poco frecuente y a menudo se realiza tardíamente, por la confusión de la sintomatología con las molestias propias del embarazo. Ante pacientes con clínica digestiva muy severa o persistente, deberíamos estar alerta para descartar esta grave patología.

BIBLIOGRAFÍA

- Ocampo Molano LF, Ocampo Molano L, Martínez Oviedo A, García Dinbier A, Gallardo Ganuza MC. Cáncer colorrectal. *Boletín Oncológico* 2007;24(1):14-20.
- Woods JB, Martin JN Jr, Ingram FH, Odom CD, Scott-Conner CE, Rhodes RS. Pregnancy complicated by carcinoma of the colon above de rectum. *Am J Perinatol* 1992;9:102-10.
- Chourak M, Tahiri MH, Majbar A, Allala M, Najih M, Iraki H, Yaka M, Ehrichov A, Alkandry S. Colorectal cancer discovered during pregnancy. *Gastroenterol Clin Biol* 2009;33:1118-23.
- Bernstein MA, Madoff RD, Caushaj PF. Colon and rectal cancer in pregnancy. *Dis Colon Rectum* 1998; 41:172-8.
- Heinse RH, Van Winter JT, Wilson TO, Ogbum PI. Colonic cancer during pregnancy: case report and review of the literature. *Mayo Clin Proc* 1992;67:1180-4.
- Colecchia G, Nardi M. Colorectal cancer in pregnancy. A case report. *G Chir* 1999;20:159-61.
- Kazadi Buanga J, Alcañiz JJ, Acosta MJ, Jurado M. Advanced cancer of the rectum and pregnancy. Review of the literature apropos of a case. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1993;22:81-3.
- Larraín D, Reyes J, Sanhueza M, Nuñez A, Nien JK, Carstens M, Vergara A, Orrego N, Aguayo G, Varela S. Cáncer de colon y embarazo: reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008;73:51-7.
- Harma M, Harma M, Uzukoy A. Colorectal cancer presenting with uncommon soft tissue invasion during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;8:491-3.
- Echery J, Ikkena SE. Cancer of the descending colon during pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2007;27:311-2.
- Vitoratos N, Salamalekis E, Makrakis E, Creatsas G.

-
- Sigmoid colon cancer during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;104:70-2.
12. Cappell MS. Colon cancer during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 2003;32:341-83.
13. Dunkelberg JC, Barakat J, Deutsch J. Gastrointestinal, pancreatic, and hepatic cancer during pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2005;32:641-60.
14. Komuru S, Ozet A, Oztuk B, Arpaci FF, Altundag MK, Tezcan Y. Colon cancer during pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 2001;46:75-8.
-