

Cáncer de colon y embarazo. A propósito de un caso.

Guirao Molina, F; Hernández Ros, M.I.; Jiménez Díaz, S.; Madrid Gómezde Mercado, M.D.; Martínez Espejo, A.; Martínez Gómez, A.; Martínez Real; M.C.

Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Javier

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias de colon y recto son las segundas en frecuencia entre las mujeres de todas las edades en Estados Unidos y Europa, sin embargo, su asociación con el embarazo es extremadamente infrecuente pues la mayoría de estos tumores se presentan en pacientes mayores de 40 años. La incidencia de cáncer de colon y recto durante el embarazo oscila entre 1 en 50.000 a 1 en 100.000 embarazos, en los últimos años ha aumentado a 1 en 13.000 embarazos. Es probable que la tendencia actual de las mujeres a postergar el embarazo hasta edades más avanzadas y las mejores técnicas diagnósticas hayan influido en este incremento. Los síntomas y signos más comunes del cáncer colorrectal incluyen dolor abdominal, distensión, anemia, náuseas y vómitos, estreñimiento y rectorragia. Con frecuencia estos síntomas y signos son atribuidos al embarazo normal o a la presencia de hemorroides, lo que determina un diagnóstico tardío y peor pronóstico. Por lo anterior, la presencia de metástasis, o complicaciones como perforación u obstrucción son más frecuentes durante el embarazo.

CASO CLÍNICO. Paciente de 27 años, sin antecedentes médicos, obesidad y sd. depresivo, gestante de 18 semanas. Antecedentes obstétrico: G3P2. Consulta por cuadro de 3 meses de evolución, desde el inicio de la gestación, de diarrea sanguinolenta, en principio atribuida a hemorroides que ha ido en aumento en frecuencia de hasta 20 deposiciones al día. Consiste en pujos de moco y sangre escasos restos fecales, A veces presenta cuadro de urgencia y tenesmo. No fiebre. Molestias en fosa renal derecha que irradia a hipogastrio. Pérdida de 13 Kg. y disminución progresiva de capacidad funcional. Existe antecedente familiar de primer grado (abuelo) con cáncer de colon diagnosticado a los 60 años. Al examen físico, destaca una paciente hemodinámicamente estable, levemente taquicárdica, palidez de piel y mucosas. Examen obstétrico y evaluación de la unidad feto placentaria

dentro de límites normales. Acorde a 18 semanas de embarazo.

Exámenes de control muestran anemia microcítica hipocrómica con hematocrito de 33% y hemoglobina de 11.1g/dL. Se realiza colonoscopia que evidencia una neoformación que se extiende sobre un 70% de la circunferencia de la luz, que comienza a 14 cm del margen anal y llega longitudinalmente hasta unos 18 cm, mamelonada, desestructurada, friable y de consistencia aumentada en su zona central. Todo ello compatible con neoformación degenerada, lo cual permite paso a través de ella, alcanzando el ciego. Sin evidencia de más lesiones. A espera del estudio anatomopatológico.

Ecografía de abdomen: Sin evidencia de lesiones a distancia. Mioma en cara posterior de útero.

Anatomía patológica: **ADENOCARCINOMA COLORECTAL INFILTRANTE.**

Dada la gravedad del cuadro y la necesidad de realizar quimio-radio neoadyuvante se plantea la interrupción legal de la gestación.

TAC tórax-abdomen-pelvis con contraste. sin signos de enfermedad a distancia.

PET-TAC con gadolinio: Micronódulo pulmonar izquierdo LSI ametabólico de dudosa etiología. **Addendum** adenopatías mesentérica con leve incremento metabólico, posibles lesiones adenopáticas incipientes.

Intervención quirúrgica: acceso suprainfraumbilical, se halla gran masa pélvica que la bloquea pero no la congela. Se realiza exoneración posterior modificada con resección de rectosigma y útero y anejos en bloque. La masa depende de ovario izquierdo. Cierre del muñón vaginal

Estadaje del tumor: (AP: rectosigma con adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado con numerosos depósitos tumorales en mesorrecto y múltiples imágenes de invasión vascular que contacta con serosa uterina sin invadirla. Fenotipo inmunohistoquímico de p53 "NULL": CDX2 y CK20 negativo con positividad para SATB2 y p53. Márgenes libre.

Quiste lúteo benigno en ovario derecho, quiste folicular benigno en ovario izquierdo).

CONCLUSIONES:

- El cáncer colorrectal durante el embarazo es una entidad clínica diferente a la población general, respecto a la presentación clínica, diagnóstico, evaluación, tratamiento y pronóstico de la enfermedad.
- Suele tener peor pronóstico por un diagnóstico tardío, y el hallazgo de una enfermedad más avanzada.
- Confusión con otros síntomas propios del embarazo.
- La anemia aparece en el 50% de los pacientes, hallazgo más probable en el contexto del embarazo
- La rectorragia es un signo de ALARMA y no debe atribuirse nunca al embarazo o hemorroides sin una mayor evaluación.
- Estudio importante de antecedentes familiares asociada a síndromes (Peutz-Jeghers, Sd de Gardner, cáncer hereditario familiar no poliposos).
- Baja frecuencia, lo que hace asociación de cáncer colorrectal y embarazo algo anecdótico.
- El tratamiento del cáncer colorrectal durante el embarazo involucra una serie de aspectos éticos y médico-legales, siendo variable según la localización del tumor, edad gestacional al momento del diagnóstico y la necesidad de cirugía de urgencia o electiva.