

NOTAS CLÍNICAS

Inserción de una prótesis metálica autoexpandible como tratamiento de una neoplasia estenosante en una mujer embarazada

Noelia Alonso Lázaro¹, Marco Bustamante-Balén¹, Salvador Pous Serrano², Ana Braithwaite Flores¹, Marta Ponce Romero¹, Lidia Argüello Viudez¹, Eduardo García-Granero² y Vicente Pons Beltrán¹

¹Unidad de Endoscopia Digestiva. Servicio de Medicina Digestiva. Área de Enfermedades Digestivas. ²Unidad de Coloproctología. Servicio de Cirugía. Área de Enfermedades Digestivas. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

RESUMEN

El cáncer colorrectal (CCR) es el segundo tumor tanto en incidencia como en mortalidad en mujeres, sobre todo en mayores de 60 años. El diagnóstico en mujeres en edad gestacional es infrecuente por lo que su incidencia durante el embarazo es baja. Sin embargo, es posible que debido al aumento de la edad media de las gestantes se observe en los próximos años un incremento en el diagnóstico de esta patología.

En la mayoría de ocasiones el diagnóstico se retrasa debido a que la sintomatología derivada del CCR puede atribuirse al propio embarazo. Hasta en un 30 % de los casos el CCR puede debutar como una obstrucción intestinal. En este caso el objetivo principal es solucionar el cuadro agudo de la forma más segura posible para madre y feto y realizar una aproximación diagnóstica adecuada para plantear el mejor manejo terapéutico, con las limitaciones y dificultades que supone la gestación. La prótesis metálica autoexpandible puede ser particularmente útil en la obstrucción de colon por CCR en la paciente embarazada ya que permite solucionar el cuadro agudo y proporciona el tiempo necesario para el estudio de extensión y preparación para la cirugía, reduciendo la morbimortalidad derivada de la misma.

Presentamos el caso de una paciente que al inicio del segundo trimestre de gestación presentó un cuadro obstructivo secundario a una neoplasia de sigma que se resolvió satisfactoriamente con la colocación de una prótesis autoexpandible metálica.

Palabras clave: Cáncer colorrectal. Embarazo. Prótesis autoexpandible.

ABSTRACT

Colorectal cancer (CRC) is the second most frequent cancer both in incidence and mortality in women, especially in those over 60 years of age. Diagnosis in women at gestational age is rare, so its incidence during pregnancy is low. However, an increase in its diagnosis is expected during the next years because of the raise in the average age of pregnancy.

In most cases, the diagnosis is delayed because symptoms related to CRC can be attributed to pregnancy itself. Up to 30 % of CRC cases may present as an intestinal obstruction. In this situation, the main objective is to solve the clinical emergency in the safest way for mother and fetus, together with performing an accurate diagnostic approach to offer the best possible therapeutic management knowing the limitations and difficulties related to pregnancy. The self-expanding metallic stent (SEMS) can be particularly useful in colon obstruction in a pregnant patient with CRC because it allows solving the acute condition providing time to perform a more accurate staging study and to prepare the patient for surgery, thus reducing both post-surgical morbidity and mortality.

We report on the case of a patient who early in the second trimester of pregnancy presented with an acute colonic obstruction due to CRC which was successfully managed with the placement of a self-expanding metal stent.

Key words: Colorectal cancer. Pregnancy. Self-expanding metal stent (SEMS).

Recibido: 06-05-2013
Aceptado: 15-07-2013

Correspondencia: Noelia Alonso Lázaro. Unidad de Endoscopia Digestiva. Servicio de Medicina Digestiva. Área de Enfermedades Digestivas. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Bulevar Sur, s/n. 46026 Valencia
e-mail: noelia_al84@hotmail.com

Alonso Lázaro N, Bustamante-Balén M, Pous Serrano S, Braithwaite Flores A, Ponce Romero M, Argüello Viudez L, García-Granero E, Pons Beltrán V. Inserción de una prótesis metálica autoexpandible como tratamiento de una neoplasia estenosante en una mujer embarazada. Rev Esp Enferm Dig 2014;106:216-219.

INTRODUCCIÓN

En las mujeres el CCR es el segundo tumor tanto en incidencia (22,9 casos/100.000 habitantes) como en mortalidad (9,5 casos/100.000 habitantes) tras el cáncer de mama. Se trata de una neoplasia infrecuente a edades tempranas. Mientras que la incidencia en mujeres de 60-69 años es de 103 casos/100.000 habitantes, su diagnóstico en mujeres de menos de 30 años es excepcional (1).

La incidencia de neoplasias malignas durante el embarazo es extremadamente baja (0,07 %-0,1 %). El CCR es el séptimo en frecuencia, con una incidencia de 1 caso cada 13.000 gestaciones (2,3). Sin embargo, es probable que la frecuencia del diagnóstico de CCR en gestantes vaya aumentando dado que las mujeres tienden a quedarse embarazadas a edades más avanzadas. En España, en el año 2011 la edad media de embarazo fue de 31,7 años (4), rango de edad en el que la incidencia de CCR es de 5-6 casos/100.000 habitantes (1).

Los síntomas derivados del CCR (molestias abdominales, náuseas, vómitos, alteración del hábito intestinal o incluso sangrado rectal) podrían ser fácilmente atribuidos al propio embarazo o a sus complicaciones provocando retraso en el diagnóstico de la enfermedad y por tanto empeorando el pronóstico. En el 7-30 % de los casos el CCR puede presentarse como una obstrucción aguda (5) debida a una estenosis que se sitúa con mayor frecuencia en colon izquierdo, distal al ángulo esplénico.

El tratamiento va a depender de varios factores como la edad gestacional, la localización del tumor, las complicaciones derivadas del mismo y del embarazo y la decisión de la paciente. Es muy importante el modo de presentación, ya que en los casos de obstrucción aguda lo fundamental es resolver el cuadro obstructivo. En esta situación la colocación de una prótesis autoexpandible como puente a la cirugía ha mostrado en algunos estudios buenos resultados, sobre todo en términos de morbilidad, comparado con la cirugía urgente (6).

Presentamos el caso de una mujer en el segundo trimestre de la gestación, que tras presentar una sintomatología inespecífica durante algunas semanas que fue atribuida al embarazo ingresó con un cuadro de obstrucción intestinal. Diagnosticada de neoplasia estenosante de sigma, el cuadro agudo se resolvió con la inserción de una prótesis metálica autoexpandible.

CASO CLÍNICO

Paciente de 39 años gestante de 15 semanas remitida a nuestro centro por cuadro oclusivo secundario a estenosis de colon. La paciente acudió a su hospital de referencia por cuadro de estreñimiento asociado a vómitos. Se le realizó una ecografía abdominal donde se observó un engrosamiento a nivel de ángulo esplénico-colon descendente, con

estenosis de la luz y dilatación de intestino proximal, y con presencia de líquido libre.

Ya en nuestro centro se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal sin contraste y con protección radiológica pélvica en la que se visualizó una tumoración en colon descendente distal de 3-4 cm de longitud (Fig. 1), con infiltración de la grasa adyacente y un nódulo en la gotiera paracólica izquierda. Se diagnosticó de neoplasia de colon descendente estadio T4a sin poder proporcionar más información debido a que la prueba se realizó sin contraste radiológico.

Ante la voluntad de la paciente de proseguir el embarazo a pesar del diagnóstico y pronóstico inicial se decidió colocar una endoprótesis para solucionar el cuadro oclusivo, como puente a la cirugía resectiva. En la colonoscopia se visualizó a unos 35 cm de margen anal una masa excrecente y friable de aspecto neoplásico que ocupaba toda la circunferencia y estenosaba la luz (Fig. 2). Con la mínima irradiación posible se pasó a través de la estenosis una guía hidrofílica y posteriormente se colocó bajo control endoscópico una prótesis autoexpandible metálica tipo TTS Wallflex 25x90 mm (Boston Scientific, Natick, MA) a través del canal de trabajo de un endoscopio Olympus CF-H180AL (Olympus, Hamburgo, Alemania) con éxito técnico inmediato (Fig. 3).

Durante el ingreso, la paciente presentó buena evolución clínica tanto desde el punto de vista digestivo como obstétrico. Se intervino a los 12 días de colocarse la endoprótesis realizándose una hemicolectomía izquierda con anastomosis colorrectal mecánica con técnica de doble grapado y una omentectomía completa, al evidenciar la

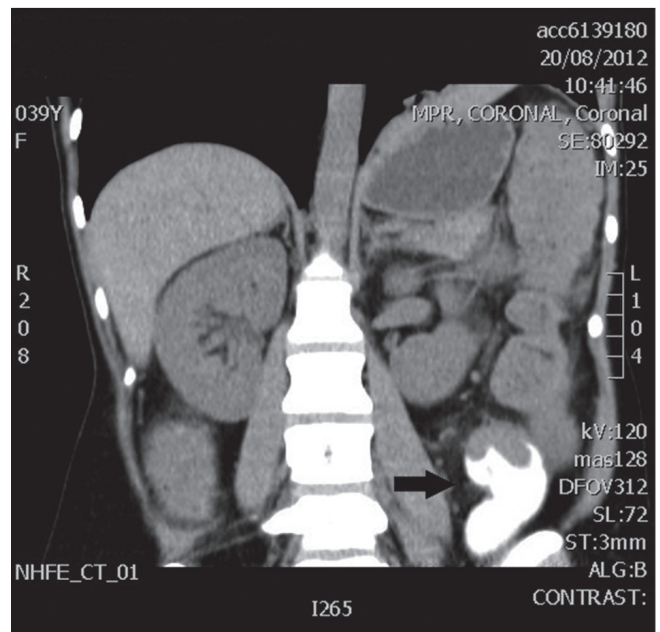


Fig. 1. TC abdominal: tumoración estenosante del tercio distal del colon descendente (flecha).

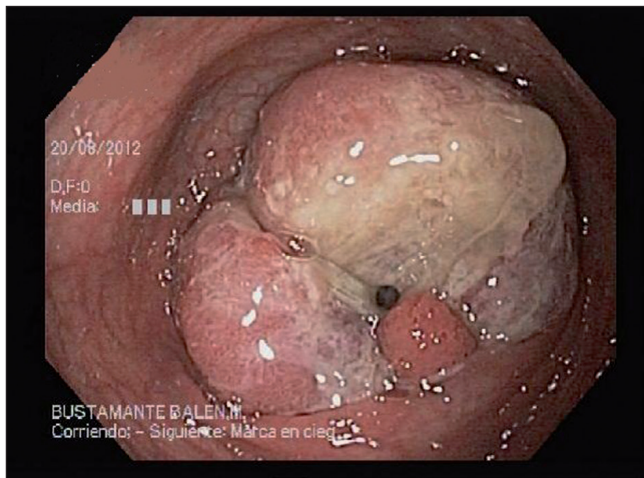


Fig. 2. Colonoscopia: neoformación estenosante de sigma.

existencia de una lesión metastásica única de epiplón que se confirmó mediante anatomía patológica extemporánea (pT3N2M1). Ante los resultados de la cirugía y la estadiación anatomopatológica, se explicó a la paciente el alto riesgo de progresión tumoral y las dos alternativas existentes, por una parte interrupción voluntaria del embarazo (IVE) e inicio de quimioterapia (QT) a las 6 semanas de la intervención; o bien continuar con la gestación modificando el régimen quimioterápico para evitar en lo posible la toxicidad fetal. Finalmente la paciente decidió la IVE. Se completó estudio de extensión con una TC de tórax donde apareció un nódulo pulmonar catalogado posteriormente de ametabólico en el PET-TC, y para el que se decidió control evolutivo. La paciente inició QT a los dos meses de la intervención con esquema oxaliplatino, ácido fólico y 5-fluorouracilo (FOLFOX) que ha mantenido durante 8 meses con frecuentes interrupciones temporales por citopenias y con neurotoxicidad moderada por oxaliplatino. Actualmente la paciente lleva 10 meses de seguimiento, la colonoscopia y las TC de control no muestran recidiva tumoral y está pendiente de evaluación para la posible realización de quimioterapia hipertérmica intraperitoneal.

DISCUSIÓN

El CCR durante el embarazo es una entidad muy poco frecuente (7). Sin embargo es una causa importante de mortalidad durante el mismo y sus consecuencias son relevantes, no sólo para la madre sino también para el feto.

El manejo del CCR durante el embarazo supone un reto para el clínico. En primer lugar, existen problemas en el diagnóstico ya que los síntomas son muchas veces inespecíficos y se confunden con cierta facilidad con la sintomatología derivada del propio embarazo, como ocurrió en nuestro caso. Una vez sospechado el diagnóstico se presentan problemas para decidir las técnicas confirmato-

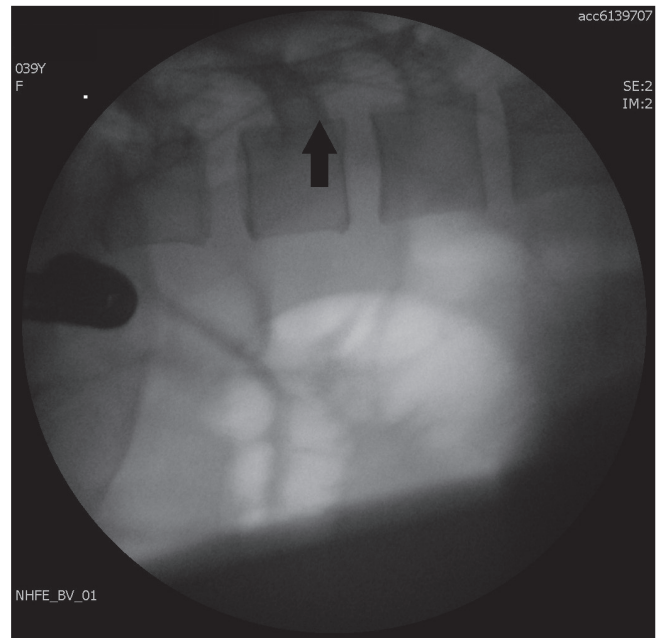


Fig. 3. Imagen radiológica de la prótesis autoexpandible recién insertada.

rias que se pueden utilizar teniendo en cuenta sobre todo el tiempo de gestación, que en nuestra paciente se situaba en la semana 15. La colonoscopia, aunque es preferible retrasarla al 2.º trimestre del embarazo, puede realizarse si lo que se va a obtener es un beneficio potencial para la madre y/o el feto (8). Además en la mayoría de pacientes los tumores tienden a situarse en el recto (7) por lo que muchas veces no es necesario realizar colonoscopia completa, sino únicamente una rectosigmoidoscopia para la toma de biopsias. No fue este el caso de nuestra paciente, cuyo tumor se situó en colon izquierdo distal. En cuanto al resto de técnicas de imagen, es preferible la ecografía o resonancia magnética (RM) a la tomografía computarizada (TC), debido a la elevada radiación de esta última. Sin embargo si se considera clínicamente que el beneficio de utilizar esta técnica supera al riesgo, utilizando la mínima radiación posible puede realizarse la TC abdomino-pélvica (8), como se hizo en el caso que presentamos.

Finalmente el tratamiento va a depender de la clínica, del estadio tumoral, y de la edad gestacional. Nuestra paciente se presentó con clínica de obstrucción intestinal aguda por lo que se decidió inicialmente la colocación de una prótesis metálica autoexpandible como puente a la cirugía. Sólo hemos encontrado en la literatura un caso de colocación de prótesis autoexpandible de colon para solucionar una obstrucción intestinal aguda por CCR en una paciente embarazada como puente a la cirugía (9). La paciente se encontraba en el 3.º trimestre del embarazo y la prótesis permitió ganar tiempo para inducir la maduración fetal con corticoides e inducir el parto a las 32 semanas de gestación. Posteriormente la paciente se sometió a cirugía y a quimioterapia. Nuestra paciente sin embargo se

encontraba al comienzo del 2.º trimestre de gestación lo que hacía inviable esperar a conseguir la maduración fetal.

En la población general con CCR el tratamiento inicial de la obstrucción aguda neoplásica (prótesis autoexpandible frente a cirugía) sigue siendo un tema controvertido. Ante el diagnóstico de un CCR no obstructivo en una paciente gestante la cirugía es una buena opción de tratamiento especialmente antes de la semana 20 ya que existe menor riesgo para el feto. Sin embargo, si el embarazo está más avanzado se aconseja retrasar la intervención más allá de la semana 32 para conseguir una mayor supervivencia fetal. Si la presentación es con clínica obstructiva la cirugía podría añadir riesgos de complicaciones maternas y fetales por lo que resulta atractiva la colocación de una prótesis autoexpandible para superar el episodio obstructivo agudo y realizar una intervención programada. En la población general los estudios que comparan ambas opciones tienen resultados muy variables. Los meta-análisis y revisiones sistemáticas no aclaran el panorama debido a la gran heterogeneidad del diseño de los estudios incluidos (10,11). En una editorial reciente se sugiere que los estudios que describen una mayor proporción de éxito técnico son a la vez los que tienen una menor tasa de complicaciones derivadas de la inserción de la prótesis en comparación con la morbilidad quirúrgica, por lo que la capacidad para colocar una prótesis de forma segura y con altas probabilidades de éxito es lo que debe determinar la elección de esta modalidad terapéutica (12). En el caso concreto de nuestra paciente se eligió la colocación de una prótesis para avanzar un poco más en el segundo trimestre de gestación y disminuir la tasa de complicaciones derivadas de una cirugía urgente de colon, buscando una mayor seguridad para madre y feto (13). La técnica de inserción de la prótesis por el canal de trabajo del endoscopio (*through the scope*, TTS) permite el control endoscópico de su colocación minimizando la irradiación de la paciente y el feto. El diámetro de la prótesis montada en el introductor es de 10 F (3,3 mm) y el canal de trabajo del colonoscopio mide 3,7 mm. Una vez solucionado el cuadro obstructivo agudo, nuestra paciente se decidió inicialmente por la cirugía resectiva sin IVE. La realización en un segundo tiempo de la cirugía programada permitió además afinar la estadificación local con la pieza quirúrgica, catalogándose el tumor como estadio IVB.

El tratamiento con quimioterapia también plantea retos en la paciente embarazada. Aunque no se conoce con exactitud los efectos de los fármacos quimioterápicos en el embarazo, parecen tener efectos deletéreos importantes sobre el feto especialmente en el 1.º trimestre del embarazo (13). La paciente tenía un CCR estadio TNM IVB, por lo que se planteó tratamiento intensivo con el esquema FOLFOX (14). Hay casos descritos de utilización de oxaliplatino integrado en el régimen FOLFOX durante 2.º-3.º trimestre, sin causar malformaciones fetales, y con crecimiento y desarrollo normal de los niños tras el nacimiento (15). Sin embargo, durante el 1.º trimestre, no se utiliza

este esquema por su elevada probabilidad de causar malformaciones fetales. Una vez conocido el estadio pTNM del tumor e informada de la necesidad de QT la paciente decidió interrumpir el embarazo.

En conclusión, el CCR es poco frecuente durante el embarazo pero puede aparecer en cualquier trimestre del mismo requiriendo un elevado índice de sospecha para su diagnóstico. En los casos en los que se presenta como obstrucción aguda la colocación de una prótesis metálica autoexpandible como puente a la cirugía es una técnica factible, muy poco invasiva y eficaz para resolver el episodio agudo, preparar a la paciente para la cirugía y ganar tiempo para tomar la decisión terapéutica más adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

- Merrill RM, Anderson AE. Risk-adjusted colon and rectal cancer incidence rates in the United States. *Dis Colon Rectum* 2011;54:1301-6.
- Pavlidis NA. Coexistence of pregnancy and malignancy. *The Oncologist* 2002;7:279-87.
- De Carolis S, Grimolizzi F, Garofalo S, Fatigante G, Ferrazzani S, Carducci B, et al. Cancer in pregnancy: Results of a series of 32 patients. *Anticancer Res* 2006;26:2413-8.
- Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Disponible en: http://www.ine.es/buscar/searchResults.do?searchString=nacimientos+a%F1o+2011&Menu_botonBuscador=Buscar&searchType=DEF_SEARCH&startat=0&L=0. Acceso en Marzo 2013.
- Cirocchi R, Farinella E, Trastulli S, Desiderio J, Listorti C, Bose-lli C, et al. Safety and efficacy of endoscopic colonic stenting as a bridge to surgery in the management of intestinal obstruction due to left colon and rectal cancer: A systematic review and meta-analysis. *Surg Oncol* 2012;22:14-21.
- Cennamo V, Luigiano C, Manes G, Zagari RM, Ansaloni L, Fabbri C, et al. Colorectal stenting as a bridge to surgery reduces morbidity and mortality in left-sided malignant obstruction: A predictive risk score-based comparative study. *Dig Liver Dis* 2012;44:508-14.
- Bernstein MA, Madof RD, Caushai PF. Colon and rectal cancer in pregnancy. *Dis Colon Rectum* 1993;36:172-8.
- ASGE guideline for endoscopy in pregnant and lactating women. *Gastrointest Endosc* 2012;76:18-24.
- Healey AJ, Bansal D, Dhanjal MK, Blunt D, Dawson P, Buchanan GN. Colorectal stenting: A bridge to both Caesarean section and elective resection in malignant large-bowel obstruction in pregnancy: A multidisciplinary first. *Colorectal Dis* 2011;13:e248-9.
- Tan CJ, Dasari BV, Gardiner K. Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials of self-expanding metallic stents as a bridge to surgery versus emergency surgery for malignant left-sided large bowel obstruction. *Br J Surg* 2012;99:469-76.
- Zhang Y, Shi J, Shi B, Song CY, Xie WF, Chen YX. Self-expanding metallic stent as a bridge to surgery versus emergency surgery for obstructive colorectal cancer: A meta-analysis. *Surg Endosc* 2012;26:110-9.
- Dayyeh BKA, Baron TH. Endoscopic stent placement as a bridge to surgery in malignant colorectal obstruction: A balance between study validity and real-world applicability. *Am J Gastroenterol* 2011;106:2181-2.
- Moran BJ, Yano H, Zahic NA, Farquharson M. Conflicting priorities in surgical intervention for cancer in pregnancy. *Lancet Oncol* 2007;8:536-44.
- NCCN clinical practice guidelines in Oncology [Internet]. Colon cancer. Version 3.2013. Disponible en: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#colon. Acceso junio 2013.
- Jeppesen J, Sterlind K. Successful twin pregnancy outcome after in utero exposure to FOLFOX for metastatic colon cancer: A case report and review of the literature. *Clin Colorectal Cancer* 2011;10:348-52.