

CÁNCER DE PULMÓN EN GESTANTE

A. Álvarez Blanco; I. Herrador Garcia; R. Vazquez Gonzalez; M. Hernández Hernández; M. Catalina Coello; L. Feijoo Rodriguez.
Hospital Virgen de la Concha de Zamora

INTRODUCCIÓN

La complicación de un embarazo por una neoplasia maligna, tiene una escasa incidencia (0,07-0,01%) y se define como aquel que se diagnostica durante la gestación o durante los 6-12 primeros meses del puerperio. Los tipos más frecuentes son el de cérvix y mama, tiroides, melanomas, Hodgking, ovario y leucemias. Plantea una situación muy compleja, tanto desde el punto de vista de la tardanza en el diagnóstico, que en muchas ocasiones se realiza de forma casual, ya sea por presentar escasos síntomas, o que estos encubren los habituales de la gestación, como por el componente psicológico, enfrentándose la alegría de una nueva vida, con la amenaza, en muchas ocasiones de muerte de otra.

METODOLOGÍA

Se revisa a través de un caso clínico los motivos y las enfermedades médicas asociadas a astenia en las gestantes:

42 años. No fumadora. Dos miomectomías histeroscópicas.

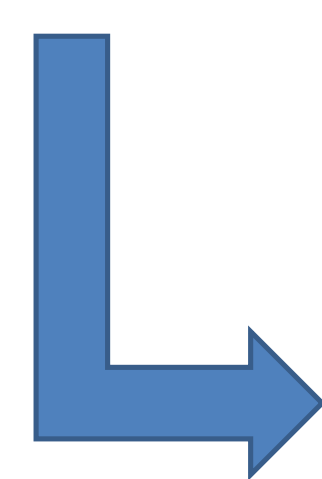
Estudio completo a los 40 años por esterilidad primaria.

G2A1P0. Screening primer trimestre: Bajo riesgo.

Ecografía morfológica 20s:

- Mioma subseroso cara posterior-istmo, de 113x73mm, con necrosis central.
- Ecocardiografía fetal: dilatación ápex del VI, sin malformación estructural evidente.
- Confirmado en C. Referencia, sin poder precisar causa (**aneurisma/divertículo cardiaco**).

Los padres son informados del pronóstico incierto, dependiendo de la función cardiaca durante su seguimiento.



Con 27 semanas, consulta de revisión refiriendo **CANSANCIO y dolor torácico asociado a disnea ocasional**. Sin mejoría a pesar de analgesia pautada en urgencias, ni fisioterapia.

Se decide ingreso para estudio:

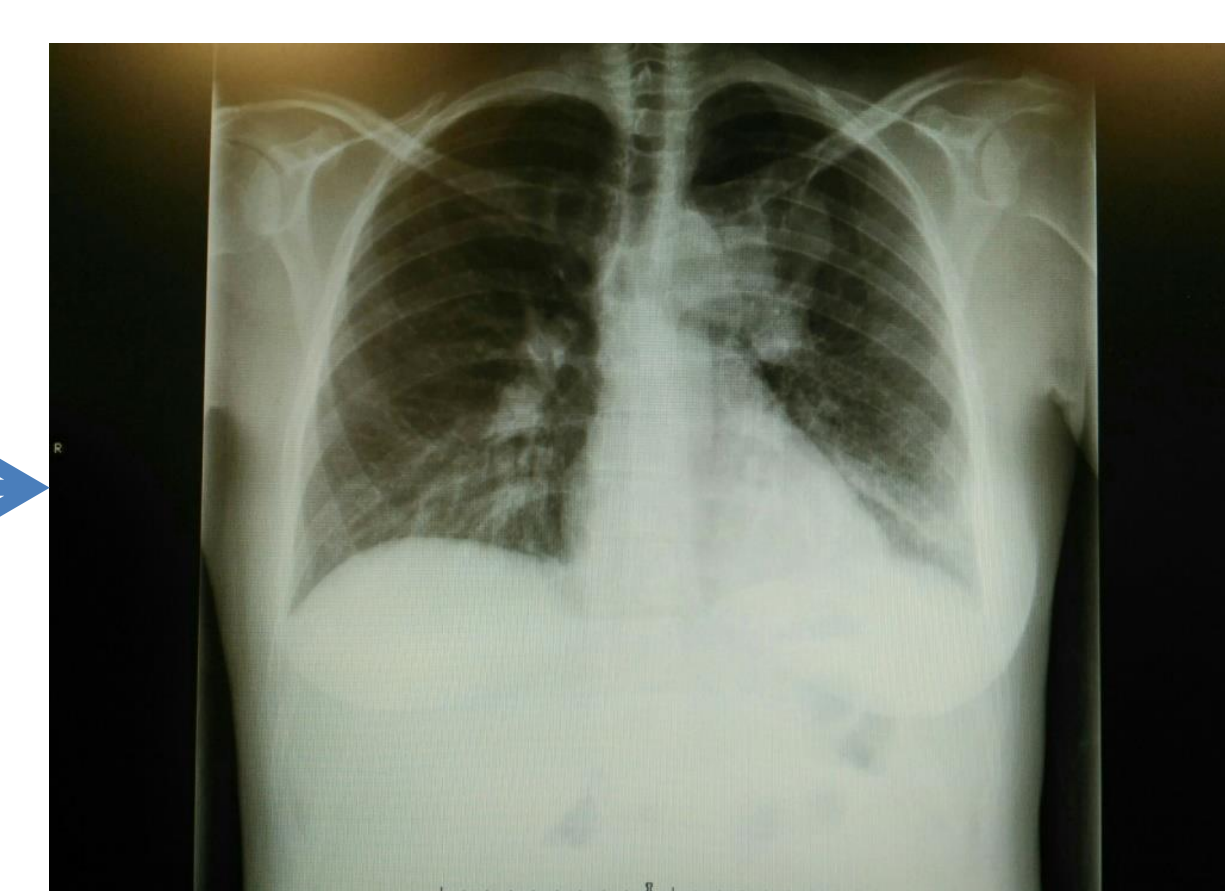
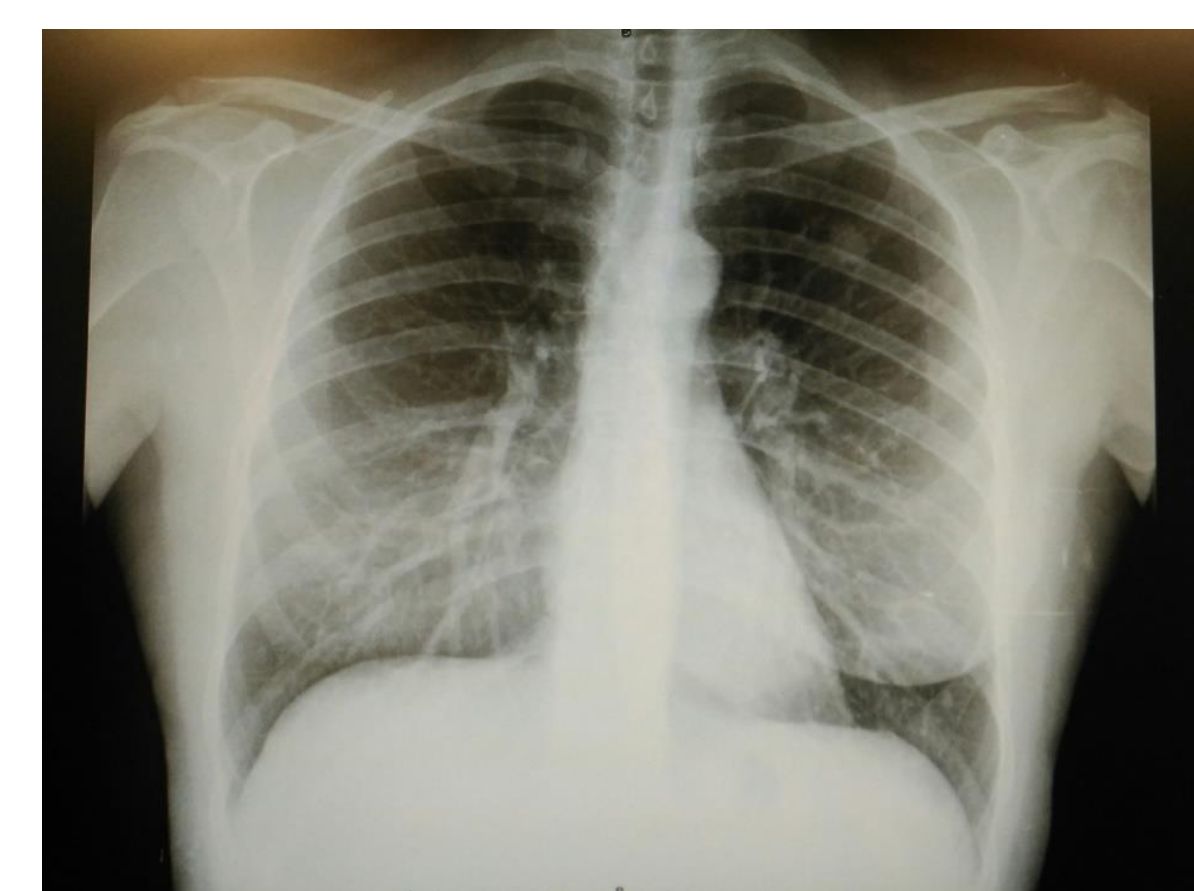
- Palidez cutáneo mucosa, taquipnea y disnea a moderados esfuerzos, dolor torácico a la movilización.
- Gasometría: pH 7.50. pCO2 28.0 pO2 78.0 Diferencia pO2 ALV-ART 37.0. lactato 1.4.
- Analítica al ingreso: Hb 9,7 g/dl. Resto normal. Se repite al **tercer día** y disminuye hasta **Hb 7,9 g/dl.**, por lo que se solicita interconsulta con medicina interna. **Descartan TEP** como causa de disnea.
- Gastroscofia: lesiones agudas en mucosa gastroduodenal.
- Diagnosticada por Psiquiatría de **trastorno de adaptación**, en el contexto de distintos estresores (embarazo, dolor, malformación fetal...)

Ante persistencia clínica se realiza **RX tórax**: Masa en segmento 1-3 de LSI con ocupación de ventana aortopulmonar sugestivo de **PROCESO NEOPROLIFERATIVO CON ADENOPATÍAS MEDIASTÍNICAS**. Aumento de densidad en base pulmonar izquierda adyacente a ángulo costofrénico izquierdo con probables líneas B, a descartar nódulo pulmonar con linfangitis.

Cambios en la Rx Tórax respecto a previa un año antes:

Estudio de extensión:

- **Marcadores tumorales**: CEA: 2378; β2metaglobulina 1764; Ca 125: 9961.; Ca 15.3 823.
- **ECOGRAFÍA ABDOMINAL**: Sin hallazgos.
- **ECOGRAFIA DE CUELLO**: Multitud de ganglios, más numerosos en el lado izquierdo, de distribución supraclavicular, y menos, pero presentes, en el eje yugulocarotídeo, sin poder descartar afectación. En el lado derecho se visualizan también, menos numerosos, siendo mayor de aproximadamente 4,3 mm de eje corto.
- **BAG DE ADENOPATÍA PRINCIPAL**, adyacente a la vena subclavia y BAG ecoguiada de adenopatía en la confluencia de yugular interna y subclavia.
- AP AMBAS: **GANGLIO LINFÁTICO CON METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA DE ORIGEN PULMONAR, CON PATRÓN MUCINOSO. ALK: Positivo.**



RESULTADOS

Se comenta el caso con centro de referencia y ante la necesidad del seguimiento de la alteración cardiaca fetal, se decide traslado de la paciente con 29+5 s. para realizar su asistencia conjunta.

En este centro se realiza cesárea a la 32 semana de gestación, y se inicia el tratamiento de la paciente.

En la fecha de realización de esta comunicación el niño se encuentra asintomático, sin afectación de ningún tipo, y la madre continúa en tratamiento, con una respuesta parcial.

CONCLUSIONES

La demora en la consulta durante el embarazo por síntomas que se consideran «normales», junto con la reticencia a la realización de algunas pruebas diagnósticas, favorecen que el **diagnóstico de las neoplasias malignas durante el embarazo se realice con frecuencia de forma tardía, en un estado avanzado**.

En sí misma, la gestación no parece alterar la historia natural de la enfermedad, sin encontrarse diferencias significativas en las tasa de supervivencia entre gestantes y no gestantes. Tampoco parece que el tumor tenga un efecto importante en el feto ni en la evolución del embarazo, siendo muy raro la afectación de la unidad feto-placentaria con metástasis.

El 97% de los cánceres de pulmón se han diagnosticado en gestantes con enfermedad metastásica a ganglios linfáticos y pleura, principalmente, y la extirpe más frecuente es el adenocarcinoma (80%). Sólo el 35% eran fumadoras. En la mayoría de los casos los recién nacidos han sido sanos, pero la esperanza de vida materna ha sido muy baja, observándose pobres tasas de respuesta a los diferentes esquemas terapéuticos.

El tratamiento se debe ajustar siempre a la situación particular de cada caso, teniendo en cuenta el momento de la gestación, y debiendo primar el estado materno. Es la madre quien en último término, después de ser cuidadosamente informada de las posibles opciones, debe adoptar la decisión que considere mejor, de acuerdo con sus creencias y valores.

BIBLIOGRAFÍA

- Lung cancer during pregnancy: A narrative review. Sotirios Mitrou. Cairo University, Journal of Advanced Research. Elsevier. July 2016.
Cáncer en mujeres embarazadas y su extensión a la unidad fetoplacentaria. Eugenia Corredor-Sánchez, M.D., Marcos Castillo M.D. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol 58 N°3, 2007: 232-236.
J. Monleón, L. Goberna, F.J. Monleón. Cáncer y gestación. Clin Invest Gin Obst. 2006;33(3):80-92