
Casos clínicos

118 M. Salado Fuentes

J.M. López-Cepero Andrada^a

M.C. Troncoso Miranda

J.A. Rueda Rueda

J.C. Díaz Monroe^b

F. Carboneros^a

J.A. Herreros López

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Servicios de
aMedicina interna y bCuidados Críticos y Urgencias.

Hospital de Jerez. Cádiz.

Correspondencia:

Dra. M Salado Fuentes.

Urb. "El Bosque", 1, 3, 3.^o D.

11405 Jerez. Cádiz.

Correo electrónico: merychus@wanadoo.es

Fecha de recepción: 5/3/01

Aceptado para su publicación: 9/1/02

Derrame pleural en gestante de 26 semanas: linfoma linfoblástico

*Pleural effusion at the 26th week of pregnancy:
lymphoblastic lymphoma*

*M. Salado Fuentes, J.M. López-Cepero Andrada,
M.C. Troncoso Miranda, J.A. Rueda Rueda, J.C. Díaz Monroe,
F. Carboneros, J.A. Herreros López. Derrame pleural en gestante
de 26 semanas: linfoma linfoblástico. Prog Obstet Ginecol
2002;45(3):118-121.*

RESUMEN

La hemopatía maligna más frecuente en la gestación es el linfoma de Hodgkin, y es la cuarta causa de enfermedad neoplásica maligna en el embarazo. La aparición de un linfoma no hodgkiniano es, sin embargo, excepcional y sólo han sido descritos un centenar de casos.

Describimos un nuevo caso que recuerda la gran variabilidad en la forma de presentación de estos tumores, así como las dificultades diagnósticas y terapéuticas que se plantean ante el clínico que atiende estos pacientes.

PALABRAS CLAVE

Derrame pleural. Gestación. Linfoma linfoblástico.

ABSTRACT

The most frequent malignant hematologic disease in pregnancy is Hodgkin's lymphoma, which is the fourth cause of malignant neoplastic disease in pregnancy. The development of non-Hodgkin's lymphoma is, however, exceptional and only approximately one hundred have been described. We describe a new case that illustrates the wide variability in the form of presentation of these tumors as well as the diagnostic and therapeutic difficulties faced by clinicians who manage these patients.

KEY WORDS

Pleural effusion. Gestation. Lymphoblastic lymphoma.



Figura 1.



Figura 2.

INTRODUCCIÓN

La asociación de una enfermedad neoplásica maligna y un embarazo es infrecuente, con una incidencia aproximada de 1/1.000-1.500 gestaciones¹. El cáncer de cuello uterino, así como el carcinoma de mama, son los tumores sólidos más frecuentes en la mujer gestante. Por orden de frecuencia, la enfermedad de Hodgkin es la cuarta causa tumoral en mujeres gestantes, y la hemopatía maligna más frecuente; sin embargo, el linfoma no hodgkiniano es excepcional, con menos de 100 casos comunicados en la literatura médica mundial².

Describimos un caso de linfoma no hodgkiniano (LNH) en una mujer gestante de 26 semanas cuya primera manifestación clínica fue la aparición de un derrame pleural, como representación de la gran variabilidad clínica de esta entidad.

CASO CLÍNICO

Mujer de 37 años de edad, primigesta de 26 semanas, fumadora habitual, sin antecedentes medicos quirúrgicos de interés. Ingresó tras acudir al área de urgencias de nuestro hospital en varias ocasiones a causa de una dificultad respiratoria de varios meses de evolución, que en las últimas semanas se había acentuado de forma progresiva y que se acompañaba de dolor costal derecho de características pleuríticas. En la exploración física inicial se puso de manifiesto una obesidad mórbida y edemas en los miembros inferiores. La auscultación cardiorrespira-

toria evidenció unos tonos cardíacos rítmicos sin soplos y la anulación funcional completa del pulmón derecho. La exploración por aparatos no demostró otros datos de interés. En la analítica practicada al ingreso sólo es destacable una discreta leucocitosis (13.900/ μ l) con neutrofilia (10.700/ μ l) en el hemograma, y una leve hipoxemia con una saturación de oxígeno del 92% en una gasometría arterial. El resto de los parámetros habituales se encontraban dentro de los límites de normalidad. Se realizó una radiografía de tórax que puso de manifiesto un derrame pleural derecho junto a un engrosamiento pleural del mismo lado (fig. 1). La ecocardiografía demostró una función ventricular conservada. Se realizó una toracocentesis, extrayéndose 2.300 cm² de un líquido serohemático cuyo estudio bioquímico fue compatible con exudado con predominio linfocitario (92%), con LDH de 3.490 U/l (240-480) y ADA de 252 U/l (6,8-18,20). El Mantoux fue negativo, a pesar de lo cual, y ante la sospecha de tuberculosis pulmonar, se decidió el inicio empírico de tratamiento tuberculostático habitual. La ecografía obstétrica realizada al ingreso puso de manifiesto una gestación acorde a 26 semanas y evolutiva. A pesar de una evidente mejoría clínica inicial, la paciente volvió a presentar dificultad respiratoria a los pocos días del inicio del tratamiento, comprobándose la recidiva del derrame pleural. El estudio citológico del líquido pleural reveló hallazgos sugerentes de proceso linfoproliferativo T. Se realizó un nuevo control eco-

120

gráfico de la gestación que no evidenció crecimiento fetal y puso de manifiesto un Doppler patológico y una disminución del líquido amniótico (ILA 4), por lo que se procedió a la maduración pulmonar y la extracción fetales mediante cesárea electiva a las 30 semanas de gestación, extrayéndose un recién nacido de sexo femenino de 1.450 mg y un Apgar de 8/10. Posteriormente, se realizó una TC toracoabdominal, que evidenció un notable e irregular engrosamiento pleural junto a derrame pleural, así como masas pleurales generalizadas y adenopatías pleurales y subcarinales (fig. 2). Mediante minitoracotomía se practicó una biopsia pleural, que informó de un proceso linfoproliferativo tipo linfoma linfoblástico de precursores. Se inició tratamiento poliquimioterápico, a pesar de lo cual la paciente evolucionó desfavorablemente y sufrió un deterioro clínico rápido y progresivo. Falleció pocas semanas después de efectuarse el diagnóstico a causa de una insuficiencia respiratoria grave secundaria a una infección pulmonar nosocomial. Su hija contaba entonces con 7 semanas de vida, actualmente ha cumplido 3 meses y evoluciona satisfactoriamente.

DISCUSIÓN

La enfermedad neoplásica maligna en el embarazo es infrecuente². Las hemopatías malignas en la gestación ocupan el cuarto lugar en frecuencia, siendo el LNH una entidad extremadamente rara como consecuencia de una mayor incidencia descrita tras la edad fértil³. Teniendo en cuenta su excepcionalidad, la influencia del embarazo en el curso de su evolución es incierta¹. La creencia, aún generalizada, del agravamiento de esta entidad durante la gestación se sabe inexacta desde los años sesenta¹. Algunos estudios en modelos animales sugieren que el ambiente hormonal propio del embarazo podría ejercer una importante influencia en el curso de la enfermedad⁴. Por otra parte, los valores característicamente elevados de esteroides durante la gestación pueden inducir alteraciones celulares en los linfocitos, dando lugar a una situación de inmunosupresión que favorecería la progresión de la enfermedad⁵. En algunos casos se ha descrito un deterioro de la enfermedad en el posparto^{6,7}, que podría sugerir un re-

traso de su progresión durante la gestación³. A pesar de todo ello, los condicionantes hormonales e inmunológicos propios del embarazo tienen una influencia aún no aclarada sobre la evolución del cáncer.

La presentación clínica de esta entidad es muy inespecífica y a menudo se superpone a los síntomas propios del embarazo; no obstante, en la mayor parte de las ocasiones se inician con la aparición de adenopatías en regiones cervicales, supraclaviculares y axilares, o con una masa mediastínica frecuentemente asociada a derrame pleural. La primera manifestación de la enfermedad en nuestra paciente fue la aparición de un derrame pleural importante que provocó la dificultad respiratoria desde el inicio de la gestación. En una revisión realizada por Moore y Taslimi⁸ se puso de manifiesto que la baja incidencia del LNH durante el embarazo junto a la variabilidad clínica de esta entidad, que en ocasiones se superpone a los síntomas propios del embarazo, podría retrasar el diagnóstico. Es posible que como consecuencia de ello el pronóstico sea muy desfavorable, habiendo sido comunicada una mortalidad próxima al 70%^{3,9}.

La elección terapéutica debe orientarse en función del pronóstico, cuyos factores determinantes están definidos por el estadio y el tipo histológico del LNH y no por los derivados del propio embarazo ni del tiempo de gestación¹⁰. El tratamiento de los LNH de alto grado se basa en la quimioterapia, que puede administrarse desde el segundo trimestre con buenos resultados^{5,9}. El embarazo excluye la posibilidad de radioterapia y de quimioterapia en el primer trimestre, por lo que en estos casos sólo se podría considerar la interrupción de la gestación o el retraso del inicio del tratamiento hasta el segundo trimestre. En cualquier caso, han sido descritos tratamientos quimioterápicos en el primer trimestre sin consecuencias aparentes para el feto⁹. En ocasiones, y cuando el diagnóstico de la enfermedad se ha obtenido en el tercer trimestre, antes de la madurez fetal, se ha optado por iniciar el tratamiento después del parto sin cambios en la evolución de la enfermedad¹¹.

En definitiva, la asociación de un cáncer con un embarazo presenta problemas oncológicos y obstétricos de difícil manejo que exigen decisiones terapéuticas individualizadas no exentas de elementos humanos y emocionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Querleu D, Crepin G, Verhaeghe M. Cancers du sein et grossesse: quelle attitude adopter en 1985? En: Les maladies du sein en 1985. Paris: Masson, 1985; p. 286-92.
2. Ferlito A, Devaney SL, Devaney KO, Carbone A, Rinaldo A, Maio M, et al. Clinicopathological consultation: pregnancy and malignant neoplasms of the head and neck. Ann Otol Rhinol Laryngol 1998;107:991-8.
3. Ward FT, Weiss RB. Lymphoma and pregnancy. Sem Oncol 1989;16:397-409.
4. Ioachim HL, Moroson H. Protective effect of pregnancy against transplantation of lymphoma in rats. J Natl Cancer Inst 1986;77:809-14.
5. Banks PM. Pregnancy and lymphoma. Arch Pathol Lab Med 1985;109:802.
6. Steiner-Salz D, Yahalom J, Samuelov A, Polliack A. Non-Hodgkin's lymphoma associated with pregnancy: A report of six cases, with a review of the literature. Cancer 1985;56:2087-91.
7. Kurtin PJ, Gaffey TA, Habermann TM. Peripheral T-cell lymphoma involving the placenta. Cancer 1992;70:2963-8.
8. Moore DT, Taslimi MM. Non-Hodgkin's lymphoma in pregnancy: a diagnostic dilemma, case report and review of the literature. J Tenn Med Assoc 1992;85:467-9.
9. Avilés A, Díaz-Maqueo JC, Talavera A. Growth and development of children of mothers treated with chemotherapy during pregnancy: current status of 43 children. Am J Hematol 1991;36:243-8.
10. The International Non-Hodgkin's Lymphoma Prognostic Factors Project. A predictive model for aggressive non-Hodgkin's lymphoma. N Eng J Med 1993;329:987-94.
11. Gelb AB, Van deRijn M, Warnke RA, Kamel OW. Pregnancy-associated lymphomas. Cancer 1996;78:304-10.