



SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.
**GACETA MEXICANA
DE ONCOLOGÍA**

www.elsevier.es



CASO CLÍNICO

Linfoma y embarazo. Caso de Medicina Crítica en Obstetricia

José Antonio Viruez-Soto^{a,*}, Carla María Vallejo-Narváez^a, Froilán Tórrez-Morales^a,
Carlos Gabriel Briones-Vega^b, Francisco Javier Ochoa-Carrillo^c y Jesús Carlos Briones-
Garduño^d

^aUnidad de Terapia Intensiva de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", México D.F., México

^bJefatura de Atención Materno-Fetal, Instituto de Genética y Fertilidad, México D.F., México

^cMédico Oncólogo, Instituto Nacional de Cancerología, México D.F., México

^dJefatura de la Unidad de Terapia Intensiva de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", México D.F., México

PALABRAS CLAVE

Embarazo; Linfoma;
Muerte materna
indirecta; México.

Resumen La coexistencia de cáncer y embarazo tiene importantes connotaciones legales, éticas e incluso religiosas, así como problemas complejos en la terapéutica. El linfoma es el cuarto tipo de cáncer más frecuente durante el embarazo. El objetivo es exponer un caso de linfoma diagnosticado de forma incidental, en paciente puerpera en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" (HGM).

Se presenta paciente de 31 años de edad, primigesta, con antecedente de cesárea secundaria a desprendimiento de placenta normoinserta (DPPNI), con producto de 38 semanas de gestación, 7 días antes atendida en hospital público de la Ciudad de México, siendo dada de alta con evolución favorable; sin embargo a las 96 horas presenta alzas térmicas de hasta 38.5°C, por lo cual acude al HGM; se coloca catéter venoso central y se realiza radiografía de tórax encontrándose de forma incidental importante imagen radiopaca en campo pulmonar izquierdo, posteriormente se toma tomografía contrastada de tórax con mayor detalle de la tumoración. El estudio histopatológico es compatible con linfoma Hodgkin (LH) clásico variante esclerosis nodular.

Resulta interesante el mencionar que la paciente no presentó sintomatología importante relacionada al tumor torácico durante el embarazo, a pesar de su tamaño. El presente caso demuestra la importancia de la realización de un examen clínico exhaustivo y estudios auxiliares respectivos en pacientes obstétricas, lo cual permite iniciar el tratamiento de forma oportuna evitando un caso de muerte materna indirecta.

KEYWORDS

Pregnancy;
Lymphoma; Indirect
maternal death;
Mexico.

Lymphoma and pregnancy. Critical care obstetrics case report

Abstract The coexistence of pregnancy and cancer has important legal, ethical and even religious connotations, as many therapeutically difficulties. Lymphoma is the fourth most frequent type of cancer during pregnancy. The objective is report a case of lymphoma incidentally found in a puerperal patient in the Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" (HGM).

We present a 31-year old patient, primigest, with caesarean antecedent secondary to placental abruption at 38 weeks of pregnancy 7 days before at a Public Hospital in Mexico City, she had a favorable evolution, nevertheless 96 hours after that she had fever and was taken to HGM, central venous catheter was installed and incidentally an important radiopaque image was found, after that a thoracic tomography is performed. The histopathological study informed nodular sclerosis Hodgkin's lymphoma.

It results interesting that the patient didn't have important discomfort related to the thoracic tumor during the pregnancy, regarding its size. The case shows the importance about the realization of an adequate clinical examination and ancillary tests in obstetrics diseases, leading to initiate treatment at the right moment, avoiding an indirect maternal death.

1665-9201 © 2014 Gaceta Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

Introducción

Actualmente, se estima la presentación de cáncer durante el embarazo, en uno por cada 1,000 embarazos¹. Su ocurrencia presenta problemas complejos en la terapéutica para el paciente, oncólogo, hematólogo, obstetra y pediatra, así como conlleva importantes connotaciones legales, éticas y religiosas².

El linfoma es el cuarto tipo de cáncer más frecuente durante el embarazo, sin embargo la práctica clínica actual aún se basa en pequeños reportes de casos. Existe un déficit de datos específicos acerca de la presentación clínica, momento ideal de inicio del tratamiento, complicaciones maternas, eventos perinatales y resultados fetales y maternos¹.

Durante el embarazo, suele ser más frecuente el linfoma de Hodgkin (LH) que el linfoma no Hodgkin (LNH), el cual afecta a mujeres con edad promedio de 30 años (rango 18 a 44 años), el diagnóstico suele realizarse alrededor de la semana 24 de gestación, es posible llegar al término del embarazo y a su vez el tratamiento puede diferirse al posparto o administrarse de forma antenatal³. Sin embargo, Evens reportó que no existen diferencias en relación a las complicaciones maternas, eventos perinatales o peso promedio al nacimiento, ya sea con el tratamiento diferido o antenatal^{1,4,5}.

De todas maneras, a los 41 meses la sobrevida general materna se reporta de 97% para LH y 82% para LNH¹.

En relación al tratamiento, los regímenes estándares de quimioterapia para LH (lógicamente sin antimetabolitos) y LNH administrados durante el segundo y tercer trimestre de gestación, se asocian a mínimas complicaciones maternas y fetales. La administración de fármacos citotóxicos se encuentra restringida durante el primer trimestre, en relación a anomalías congénitas, aborto espontáneo y alteraciones del desarrollo, no obstante recientemente existen reportes que los beneficios en su administración inclusive desde el primer trimestre superan de forma amplia los riesgos².

En el caso del tratamiento antenatal, se recomienda interrumpir la quimioterapia 3 a 4 semanas antes del parto para evitar una posible granulocitopenia en el recién nacido^{1,2}.

El tratamiento del LH con el régimen doxorubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbacina (ABVD) se reporta seguro, sin embargo otras opciones terapéuticas son el manejo expectante así como el control de los síntomas con esteroides o el esquema únicamente con vinblastina⁶⁻⁸.

Presentación del caso

Paciente de 31 años de edad, G1C1, menarca 13 años, ciclo menstrual regular 24/4, inicio de vida sexual a los 18 años, realizó 6 controles prenatales durante el presente embarazo, sin otros antecedentes relevantes. Ingres a la Unidad de Cuidados Intensivos de Ginecoobstetricia (UCIGO) del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" (HGM), con antecedente de cesárea secundaria a desprendimiento de placenta normoinserta (DPPNI), con producto de 38 semanas de gestación, 7 días previos atendida en un hospital público de la Ciudad de México, siendo dada de alta con evolución favorable, sin embargo a las 96 horas de la mencionada alta presenta alza térmica de hasta 38.5°C, recibiendo ceftriaxona por prescripción particular sin mejoría, acudiendo entonces al HGM.

Mediante ultrasonografía se llega al diagnóstico de restos ovulares, se coloca catéter venoso central y se realiza radiografía de tórax encontrándose de forma incidental imagen radiopaca importante en campo pulmonar izquierdo (fig. 1); posteriormente se realiza tomografía contrastada de tórax con mayor detalle de la tumoración (figs. 2, 3 y 4). Durante su estadía destaca a su vez leucocitosis de 47,500/mm³ con eosinofilia 55% (26,130/mm³), neutrófilos 29% (13,780/mm³), linfocitos 6% (2,850/mm³), bandas 7% (3,325/mm³), monocitos 3% (1,415/mm³), hemoglobina 12.9 g/dL, hematocrito 39.5%, plaquetas 436,000/mm³, proteína C reactiva 93 mg/L (valor normal 0-8), deshidrogenasa



Figura 1 Imagen radiológica que demuestra la importante radioopacidad en campo pulmonar izquierdo, con el colapso del parénquima pulmonar correspondiente.

láctica 547 U/L (valor normal 98-192), beta-2-microglobulina 2.67 mg/L (valor normal 1.42-2.52), alfa-fetoproteína 20.26 ng/mL (valor normal 0-9), antígeno carcinoembrionario 0.92 ng/mL (valor normal 0-5.4), antígeno CA-125 361.5 U/mL (valor normal 0-35 U), antígeno CA15-3 36.6 U/mL (valor normal 0-31.3) y antígeno CA19-9 9.40 U/mL (valor normal 0-35). La monitorización hemodinámica mediante bioimpedancia torácica muestra índice cardiaco 3.2 L/min/m², gasto cardiaco 5.2 L/min, resistencia vascular sistémica 1,078 dyn/segundo/cm-5 y contenido de fluido torácico 46.

Se realiza legrado uterino sin complicaciones. Durante su estadía en la UCIGO la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con tendencia a alzas térmicas y leucocitosis persistente (con importante eosinofilia), a pesar del tratamiento antibiótico de amplio espectro.

Es valorada por el Servicio de Hematología, el aspirado de médula ósea no reporta células malignas.

Se programa biopsia excisional, obteniéndose muestra de 3.8 x 2.6 x 1 cm de ganglio linfático mediastinal de superficie irregular, color blanco-grisáceo de consistencia firme, cuyo reporte histopatológico informa neoplasia maligna de estirpe linfoide compuesta por escasas células grandes de tipo Reed-Sternberg y células mononucleadas, en el fondo de la lesión se observan bandas de esclerosis que se extienden de la cápsula hasta los senos dividiendo el parénquima linfoide en nódulos, el fondo inflamatorio es escaso constituido por linfocitos maduros, eosinófilos abundantes, neutrófilos y células plasmáticas, también se observan microgranulomas constituidos por histiocitos y células epiteloideas escasas, compatible con LH clásico variante esclerosis nodular.

La paciente es dada de alta y se inicia tratamiento respectivo pautado por Servicio de Oncología.

Discusión

Resulta interesante el mencionar que la paciente no presentó sintomatología importante relacionada al tumor torácico durante el embarazo, detectándose el mismo de forma

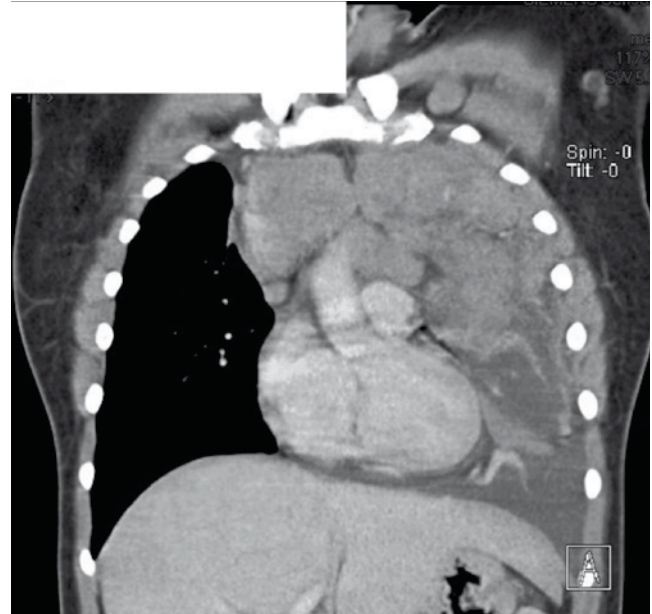


Figura 2 Tomografía donde se observan los conglomerados ganglionares mediastínicos que colapsan parénquima pulmonar izquierdo y desplazan mediastino hacia hemitórax derecho.

incidental durante la realización de radiografía de tórax solicitada para confirmar la posición, así como descartar complicaciones inherentes a la colocación de catéter venoso central y habiéndose internado a la paciente con datos de sepsis puerperal.

Cabe mencionar que según la literatura médica revisada, de todas maneras en las pacientes con condiciones de bajo riesgo (cuadro asintomático o diagnóstico tardío del linfoma durante embarazo), se puede considerar diferir el tratamiento al periodo posparto, por lo que la conducta probablemente habría sido similar en caso de detectarse el tumor durante las semanas previas, además de los resultados similares reportados en relación al inicio del tratamiento antenatal o posparto^{4,9}.

Es importante mencionar que en pacientes jóvenes, en relación a las posibilidades de embarazo luego del tratamiento quimioterapéutico, existen reportes donde se evidencia que las mujeres que reciben agentes alquilantes tienen un alto riesgo de insuficiencia ovárica primaria a partir de los 30 años, así como más de 25 años al momento de la administración de quimioterapia en altas dosis, por ello se recomiendan los regímenes que incluyen pocos agentes alquilantes o incluso la criopreservación de embriones si el caso lo permite¹⁰.

Conclusión

El presente caso demuestra la importancia en la realización de un examen clínico exhaustivo y estudios auxiliares respectivos en pacientes obstétricas, lo cual permite iniciar el tratamiento de forma oportuna durante el puerperio de la paciente, buscando así mejorar las posibilidades de supervivencia de la paciente y como consecuencia, las condiciones del primogénito recién nacido.

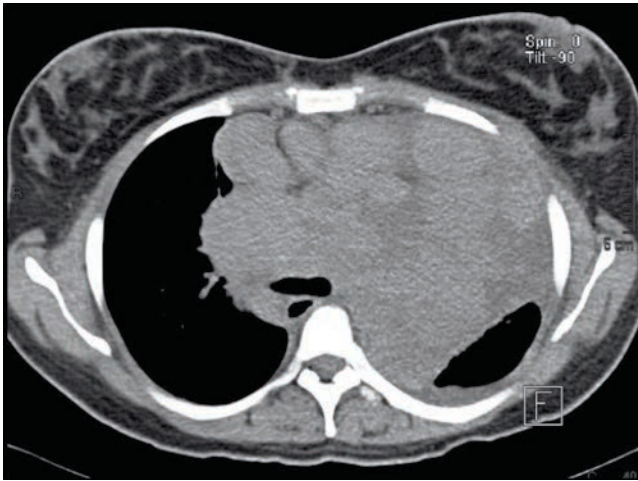


Figura 3 Tomografía, corte axial que demuestra la distribución de los conglomerados que invaden campo pulmonar izquierdo.

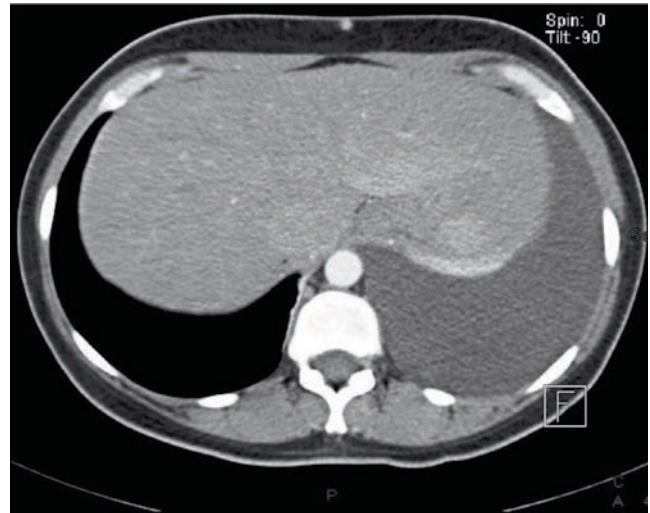


Figura 4 Tomografía, corte axial que demuestra la presencia de importante derrame pleural izquierdo que a pesar de la magnitud no provocó importante clínica en la paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Referencias

1. Evens AM, Advani R, Press OW, et al. Lymphoma Occurring During Pregnancy: Antenatal Therapy, Complications, and Maternal Survival in a Multicenter Analysis. *J Clin Oncol* 2013;31(32):4132-4139.
2. Aviles A, Neri N, Nambo MJ. Hematological malignancies and pregnancy: Treat or no treat during first trimester. *Int. J Cancer* 2012;131,2678-2683.
3. Van Calsteren K, Heyns L, De Smet F, et al. Cancer During Pregnancy: An Analysis of 215 Patients Emphasizing the Obstetrical and the Neonatal Outcomes. *J Clin Oncol* 2010;28:683-689.
4. Pavlidis NA. Coexistence of Pregnancy and Malignancy. *The Oncologist* 2002;7:279-287.
5. Pereg D, Koren G, Lishner M. The treatment of Hodgkin's and non-Hodgkin's lymphoma in pregnancy. *Haematologica* 2007;92:1230-1237.
6. Townsend W, Linch D. Hodgkin's lymphoma in adults. *Lancet* 2012;380:836-847.
7. Armitage JO. Early-Stage Hodgkin's Lymphoma. *N Engl J Med* 2010;363:653-662.
8. Burnette B, Jentoft MA, Porrata LF, et al. Single-Agent Rituximab for Primary CNS Lymphoma During Pregnancy As a Bridge to Definitive Management. *Journal of Clinical Oncology* 2014;32(7):14-17.
9. Vermoolen MA, Kwee TC, Nijelstein RA. Whole-body MRI for staging Hodgkin lymphoma in a pregnant patient. *Am J Hematol* 2010;85:44.
10. Franchi-Rezgui P, Rousselot P, Espie M, et al. Fertility in young women after chemotherapy with alkylating agents for Hodgkin and non-Hodgkin lymphomas. *Hematology Journal* 2003;4:116-120.