

Cáncer de recto y embarazo

Dr. Juan Manuel Ruíz Molina,* Dr. Carlos Manuel Ortiz-Mendoza,* Dr. Ricardo J. Mondragón Sánchez,*
Dr. Vincenzo Aiello Crocifoglio,* Dr. Luis Fernando Oñate Ocaña,* Dr. Horacio N. López Basave*

* Departamento de Gastroenterología, Subdirección de Cirugía Oncológica del Instituto Nacional de Cancerología, México.

Correspondencia: Dr. Juan Manuel Ruíz Molina. Jefatura del Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Cancerología México. Av. San Fernando número 22, C.P. 14080, Col. Sección XVI, México, D.F.

Recibido para publicación: 12 de septiembre de 2003.

Aceptado para publicación: 28 de noviembre de 2003.

RESUMEN Objetivo: presentar la experiencia del Servicio de Gastroenterología del Instituto Nacional de Cancerología de México en el manejo del cáncer de recto que complica al embarazo a través de un estudio retrospectivo de revisión de casos. **Presentación de los casos:** se identificaron dos pacientes, de 25 y 34 años de edad; los dos adenocarcinomas fueron diagnosticados en el tercer trimestre del embarazo, en estadio Dukes D, sus manifestaciones principales fueron dolor pélvico, hematoquezia y pérdida de peso. Ambas pacientes murieron por progresión de la enfermedad. **Conclusiones:** el cáncer de recto que ocurre durante el embarazo es una entidad generalmente avanzada al momento del diagnóstico.

Palabras clave: cáncer de recto, embarazo, embarazo/complicaciones, cáncer.

SUMMARY Objective: To present Instituto Nacional de Cancerología de México, Gastroenterology Service management of rectal cancer in pregnant patients in a retrospective case study. **Case report:** Two patients were found, 25 and 34 years of age; both adenocarcinomas presented in Dukes D stage and manifested in third trimester of pregnancy. Main clinical manifestations were pelvic pain, hematochezia, and weight loss. Both patients died due to disease progression. **Conclusions:** Rectal cancer in pregnant patients is generally an advanced disease at diagnosis.

Key words: Rectal cancer, pregnancy, complications of pregnancy, cancer.

INTRODUCCIÓN

La presencia de cáncer durante el embarazo es una condición grave, pero poco frecuente, con una incidencia reportada de 0.1%.¹ A su vez, la asociación del cáncer de recto y el embarazo es rara,² pues la mayor parte de los 250 casos publicados son resultado de reportes aislados. Su manejo depende fundamentalmente del estadio clínico de la neoplasia y de las semanas de gestación del embarazo.

Este trabajo presenta la experiencia del Servicio de Gastroenterología del Instituto Nacional de Cancerología de México en el manejo de los pacientes con cáncer de recto que ocurre durante el embarazo, atendidos desde 1998 a 2001, definidos como la existencia de cáncer de recto en pacientes embarazadas o que se encontraran en su puerperio inmediato.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Mujer de 25 años, a la semana 30 de gestación fue valorada por constipación, hematoquezia y dolor pélvico de dos semanas de evolución. Se detectó un tumor a 6 cm del margen anal, circunferencial, con estenosis de 90%, fijo a la pared pélvica; una rectosigmoidoscopia no demostró pólipos u otra anormalidad. El estudio histopatológico mostró un adenocarcinoma poco diferenciado con invasión vascular y linfática. A las 34 semanas de gestación fue sometida a cesárea en el Instituto Nacional de Perinatología. En una TAC se encontró la presencia de adenomegalias intercavaoárnicas (Dukes D). Se programó para quimiorradioterapia, pero a dos semanas de su primera evaluación desarrolló datos de obs-

trucción intestinal baja, por lo que tuvo que ser sometida a colostomía de urgencia. Su condición se deterioró rápida y progresivamente, para después desarrollar hemiplejía izquierda secundaria a metástasis cerebrales que causaron su muerte.

Caso 2

Mujer de 34 años de edad, fue evaluada una semana después de su último embarazo, que terminó en cesárea, por un cuadro de 10 meses de evolución caracterizado por diarrea y constipación alternadas, hematoquezia y pérdida de peso de 8 k. A la exploración física se encontró un tumor a 5 cm del margen anal, que comprimía la vagina; en abdomen se detectó hepatomegalia. El estudio histopatológico demostró un adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Durante una colonoscopia se descubrió que el tumor provenía de un adenoma vellosos y se prolongaba de los 5 a los 10 cm por encima del margen anal, con estenosis de 40%. Una telerradiografía de tórax mostró una imagen sospechosa de metástasis en la base del hemitórax derecho. En una TAC de tórax y abdomen se corroboró la presencia de metástasis pulmonares y hepáticas (Dukes D). La paciente se negó a recibir los tratamientos propuestos y se perdió de seguimiento.

DISCUSIÓN

La edad promedio de nuestras pacientes fue de 29.5 años y se encontraron en estadio D de Dukes. Bernstein y cols.² encontraron en su serie de 41 casos que la edad promedio fue de 31 años, 56% de los casos estuvieron en estadio C o D de Dukes y en 64% de los casos el recto fue el área afectada. En Japón, Kitoh y cols.³ describieron 36 casos, el promedio de edad fue de 32.2 años, pero sólo en 20% de los casos las neoplasias se localizaron en el recto. En México, León-Villalba y cols.⁴ encontraron dos pacientes con tumores de recto, con una edad promedio de 44 años y una de ellas se encontró en estadio D. Gómez-Pedroso y cols.⁵ del Instituto Nacional de Perinatología, reportaron un caso de cáncer de recto y embarazo, pero no se especificaron más datos.

Los casos de cáncer de colon y recto que ocurren en menores de 40 años representan 1 a 8%,^{6,7} en tanto que sólo 2% de los casos ocurre en menores de 30 años.⁸ Es frecuente que estos individuos se encuentren en estadios avanzados, así los estadios C representan desde 23 a 58% y los estadios D 22 a 48%.^{6,7,9-17} La supervivencia en los individuos con cáncer colorrectal y embarazo es

igual estadio por estadio al de la población en general,^{2,13} lo mismo ocurre en los individuos menores de 40 años con cáncer colorrectal,⁹⁻¹⁷ y es sólo el estadio clínico la variable que determina la supervivencia.

Pero, ¿cuál es la causa de que los carcinomas de recto se encuentren en estadios avanzados en las mujeres embarazadas? Se conjetura que es la tardanza en el diagnóstico debida a que los datos clínicos de hematoquezia, dolor abdominal, cambios en los hábitos intestinales, náusea y vómito son acreditados exclusivamente al embarazo, lo que lleva a que no sean evaluados con prontitud,^{2,7,13} como ocurrió en nuestra segunda paciente. Por otro lado, con los datos actuales en la literatura no es posible establecer si el ambiente hormonal del embarazo repercute en la evolución del cáncer colorrectal.^{7,18-20}

En nuestras pacientes las neoplasias correspondieron a adenocarcinomas, uno moderadamente diferenciado y otro poco diferenciado. Se considera que la estirpe más frecuente en casos de cáncer de recto y embarazo es el adenocarcinoma mucinoso,⁷ cosa que no ocurrió en nuestras pacientes. Bernstein y León-Villalba no reportaron el grado de diferenciación de las neoplasias. Al considerar a los individuos con cáncer colorrectal menores de 40 años encontramos que la frecuencia de adenocarcinomas poco diferenciados varió desde 0 a 41%,^{11,14,16} en tanto que, los carcinomas mucinosos representaron desde 0 hasta 26%.^{9,14,16}

Nuestras pacientes presentaron las manifestaciones clínicas de la neoplasia durante el tercer trimestre del embarazo. León-Villalba y cols.,⁴ por el contrario, publicaron que sus pacientes se encontraron en el primero y segundo trimestres. Bernstein y cols.² no reportaron la edad gestacional en sus casos, pero indicaron que es frecuente que la neoplasia rectal se diagnostique al final del embarazo. En el manejo del cáncer de recto que ocurre asociado al embarazo cada caso debe individualizarse, y considerar los deseos de la paciente y su familia.¹³ En forma general, se ha recomendado que el diagnóstico y tratamiento, llevado a cabo por un equipo multidisciplinario de especialistas, sea idéntico al de mujeres no embarazadas. En aquellas pacientes que se encuentren antes de las 20 semanas de gestación el tratamiento debe ser expedito y dependerá del estadio clínico.⁸ En el caso de mujeres con embarazos mayores a 20 semanas, la vida del producto es prioritaria de forma tal que se realizarán las medidas necesarias para acelerar su maduración pulmonar, y así obtenerlo mediante cesárea en cuanto sea pertinente, para después llevar a cabo el tratamiento de la madre,⁸ como ocurrió en nuestros casos.

Cambios en los hábitos intestinales, hematoquezia, dolor pélvico y pérdida de peso fueron los datos clínicos más frecuentes en nuestras pacientes, y coinciden con lo reportado en la literatura tanto para las pacientes embarazadas con cáncer de recto como para los individuos con cáncer colorrectal menores de 40 años.^{2,7-12,14-17}

En una de nuestras pacientes el tumor se originó de un adenoma vellosa, y ninguna tuvo antecedentes here-do-familiares de cáncer colorrectal. En ninguno de los estudios de cáncer de recto y embarazo se han mencionado estos factores de riesgo.^{2,4,7,8} En los individuos con cáncer colorrectal menores de 40 años la frecuencia de antecedentes familiares o de lesiones con potencial maligno varía de 0 a 28%.^{9-12,14-17}

Los tumores rectales en nuestra serie se localizaron a 5 y 6 cm del margen anal. En los estudios consultados no se mencionó la ubicación del tumor dentro del recto.^{2,4,7,8} Es importante señalar que estas distancias son accesibles a las maniobras comunes de exploración física, por lo que en una paciente embarazada con hematoquezia y dolor pélvico es recomendable realizar un tacto rectal.⁷

REFERENCIAS

- Potter JF, Schoeneman M. Metastasis of maternal cancer to the placenta and fetus. *Cancer* 1970; 25: 380-8.
- Bernstein MA, Madoff RD, Caushaj PF. Colon and rectal cancer in pregnancy. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 172-8.
- Kitoh T, Nishimura S, Fukuda S, et al. The incidence of colorectal cancer during pregnancy in Japan: report of two cases and review of Japanese cases. *Am J Perinatol* 1998; 15(3): 165-71.
- León-Villalba JC, López-Graniel CM, Lara-Medina F, et al. Cáncer y embarazo: experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología de México. *Rev Inst Nal Cancerol Mex* 1999; 45: 144-52.
- Gómez-Pedroso RJ, Tenorio V, Aranda C, Novoa A, Bricio M. Cáncer y embarazo (abstract). *Ginecol Obstet Mex* 1995; 63 (Suppl. 1): 22.
- Palmer ML, Herrera L, Petrelli NJ. Colorectal adenocarcinoma in patients less than 40 years of age. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 343-5.
- Cappell MS. Colon cancer during pregnancy. The gastroenterologist's perspective. *Gastroenterol Clin North Am* 1998; 27: 225-56.
- Walsh C, Fazio VW. Cancer of the colon, rectum and anus during pregnancy. The surgeon's perspective. *Gastroenterol Clin North Am* 1998; 27: 257-67.
- Valdovinos-Díaz MA, Guerrero C, Nava AA, Jacobo J, Villalobos JJ. The biological behavior of colorectal carcinoma in young patients. *Rev Gastroenterol Mex* 1991; 56: 55-60.
- Lee PY, Fletcher WS, Sullivan ES, Vetto JT. Colorectal cancer in young patients: characteristics and outcome. *Am Surg* 1994; 60: 607-12.
- Cusack JC, Giacco GG, Cleary K, et al. Survival factors in 186 patients younger than 40 years old with colorectal adenocarcinoma. *J Am Coll Surg* 1996; 183: 105-12.
- Rodríguez-Bigas MA, Mahoney MC, Weber TK, Petrelli NJ. Colorectal cancer in patients aged 30 years or younger. *Surg Oncol* 1996; 51: 89-94.
- DiSaia PJ, Creasman WT. Cancer in pregnancy. 5th ed. In: DiSaia PJ, Creasman WT. editors: Clinical gynecology-oncology. Mosby; 1997, p. 444-82.
- Parramore JB, Wei JP, Yeh KA. Colorectal cancer in patients under forty: presentation and outcome. *Am J Surg* 1998; 64: 563-7.
- Minardi AJ Jr, Sittig KM, Zibari GB, McDonald JC. Colorectal cancer in the young patient. *Am J Surg* 1998; 64: 849-53.
- Chung YF, Eu KW, Machin D, et al. Young age is not a poor prognostic marker in colorectal cancer. *Br J Surg* 1998; 85: 1255-9.
- Abou-Zeid AA, Khafagy W, Marzouk DM, et al. Colorectal cancer in Egypt. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 1255-60.
- Puig-La Calle J, Ng J, Syn GL, Vuolo MA, Guillem JG. Colorectal cancer recurrence during pregnancy – unique and poorly understood clinical entity. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 673-5.
- Slatery ML, Samowitz WS, Holden JA. Estrogen and progesterone receptors in colon tumors. *Am J Clin Pathol* 2000; 113: 364-8.
- Carranza-Lira S, Zavala-García C. Cáncer de colon y embarazo. *Ginecol Obstet Mex* 1998; 66: 444-5.
- Mitry E, Benhamiche AM, Jouve JL, et al. Colorectal adenocarcinoma in patients under 45 years of age: comparison with older patients in a well-defined French population. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 380-7.