

---

## Cáncer gástrico en el embarazo

---

### Gastric cancer in pregnancy

Mijail Vargas <sup>1</sup>, Rodrigo Arroyo <sup>1</sup>, Miguel León <sup>2</sup>, Hymeron Limaylla <sup>2</sup>, Jose Espinoza <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médico Residente de Cirugía General, Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima – Perú

<sup>2</sup> Médico Cirujano General, Departamento de Cirugía General, Servicio de Cirugía Digestiva Alta I-4, Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima - Perú

---

### RESUMEN

Se plantea el caso clínico de una paciente de 33 años que durante su gestación de 23 semanas por fecha de última regla (FUR), fue diagnosticada de cáncer gástrico, estadio II B, con histología de carcinoma difuso con células en anillo de sello y, a la que se le realizó cirugía resectiva más cesárea a las 32 semanas de gestación, iniciando luego quimioterapia post operatoria. Presentamos este caso, ya que es infrecuente la coexistencia de cáncer gástrico durante la gestación, y su manejo es aún controversial, sobre todo por el pronóstico y sobrevida materno perinatal.

**Palabras Clave:** Cáncer Gástrico, Adenocarcinoma, Gestación

### ABSTRACT

The clinical case of a 33-year-old patient who during her gestation of 23 weeks by last rule date (FUR), was diagnosed of gastric cancer, stage II B, with histology of diffuse carcinoma with signet ring cells and, who underwent resection surgery plus cesarean section at 32 weeks of gestation, then started post-operative chemotherapy. We present this case, since the coexistence of gastric cancer during gestation is infrequent, and its management is still controversial, especially because of the prognosis and perinatal maternal survival.

**Keywords:** Gastric Cancer, Adenocarcinoma, Gestation

### INTRODUCCIÓN

El cáncer es la primera causa de mortalidad en las mujeres en edad fértil. La coincidencia entre esta enfermedad y el embarazo es rara, teniendo una prevalencia de 1 en 1000 pacientes, siendo más frecuentes las neoplasias gineco-obstétricas [1]. El cáncer gástrico durante el embarazo, que se define como aquel que es diagnosticado durante el periodo de gestación e incluye hasta un año postparto, es una entidad de difícil diagnóstico durante esta condición [2-4] Los síntomas de esta enfermedad muchas veces se sobreponen con aquellos presentados durante el embarazo y, por este motivo el 90% de los casos son diagnosticados en estadios avanzados, siendo casi el 50% irresecables [2-4].

Además de los factores ambientales y genéticos ya conocidos, existen factores asociados al embarazo que pueden influir en la patogénesis del cáncer gástrico [5]. Algunos estudios señalan que el estrógeno, aumentado durante el estado de gestación, suprime el crecimiento del cáncer gástrico de tipo intestinal, pero, aumenta la progresión de aquel de tipo difuso [6]. Sin embargo, debido a la tendencia mundial de posponer la maternidad, la incidencia de cáncer y embarazo ha ido en aumento en los últimos años [7, 8].

Por lo señalado, el diagnóstico oportuno y el tratamiento precoz de esta enfermedad, cuando se presenta, es de suma importancia para la sobrevida del binomio materno fetal. Para el diagnóstico de esta entidad nos apoyamos en cuatro pilares: clínico, radiológico, endoscópico y anatomía

patológica [9] y, para su tratamiento, la cirugía y la adyuvancia son fundamentales [9]. Recordemos que esta última no está contraindicada durante el embarazo, por lo que el tratamiento debe efectuarse con un enfoque multidisciplinario en centros especializados de cirugía, oncología y obstetricia [10] debido a los distintos eventos adversos que la resección quirúrgica o los agentes quimioterapéuticos puedan ocasionar en la gestación [10-13].

El manejo del cáncer gástrico durante la gestación no está estandarizado. Es debido a esto, que el tema continúa siendo motivo de interés y de debate frecuente, por lo que describimos a continuación el caso clínico de una paciente con este diagnóstico y el manejo que se decidió aplicar dentro de nuestro servicio, realizando un análisis de las diferentes revisiones de los estudios que se encuentran en la literatura.

## CASO CLINICO

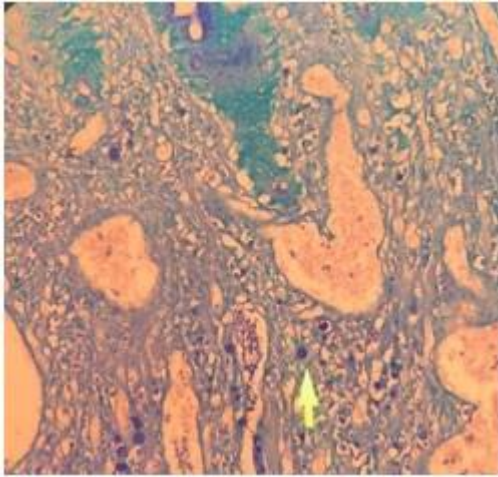
Presentamos una paciente de 30 años de edad, multigesta de 23 semanas, que ingresa al servicio de emergencia por presentar durante 7 días: epigastralgia asociada a náuseas y vómitos con rasgos sanguinolentos. Refería como antecedente, episodios esporádicos de epigastralgia y llenura precoz de hace un año, que cedían parcialmente con el uso de antiácidos. No presentaba antecedentes patológicos de importancia y refería consumo de cigarrillos desde hace 10 años (aproximadamente 5 veces al día) hasta antes de esta última gestación.

Se realizó endoscopia digestiva alta donde se evidencia una lesión infiltrativa que comprometía cardias, fondo y cuerpo gástrico, cuya biopsia dio por resultado carcinoma difuso con células en anillo de sello (imagen 1 y 2). Se realizó resonancia magnética tóraco-abdomino-pélvica que mostraba edema a nivel de fondo y cuerpo gástrico, en cara anterior y posterior, sin adenopatías, ni líquido libre en cavidad ni evidencia de metástasis. Con estos estudios se estadificó la enfermedad como Cáncer gástrico estadio clínica IIB.

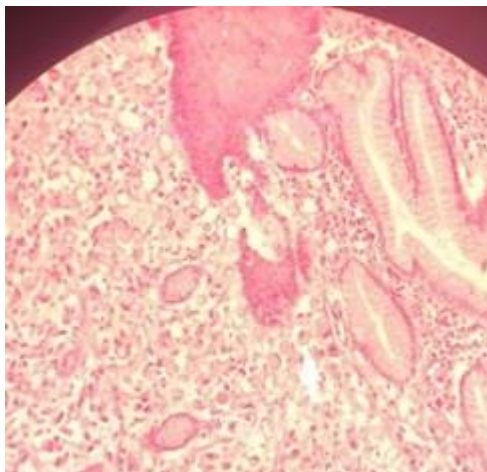
Se realizó manejo multidisciplinario por los servicios de Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Oncología y Gastroenterología, mediante seguimiento de la paciente hasta las 32 semanas de gestación, y previa maduración fetal fue intervenida quirúrgicamente, realizándose en la misma intervención: cesárea segmentaria transversa primaria más bloqueo tubárico bilateral, con producto vivo de sexo femenino de 1935 gramos y, Gastrectomía total + linfadenectomía D2 con esofagoyeyunoanastomosis en Y de Roux, hallándose una tumoración de 9 x 5 x 5cm que comprometía esófago distal, fondo y cuerpo, curvatura mayor y menor hasta incisura angularis, sin infiltración de órganos adyacentes, ni evidencia de metástasis, no líquido libre en cavidad ni evidencia de células neoplásicas en el estudio de lavado peritoneal.

El estudio anátomo-patológico fue informado como adenocarcinoma difuso con células en anillo de sello, con bordes quirúrgicos libres de neoplasia y ganglios positivos solo en grupo 3, concluyéndose con Estadío patológico IIIA.

Paciente fue dada de alta sin complicaciones, con seguimiento continuo por consultorio externo e iniciando quimioterapia adyuvante. En la actualidad se encuentra en estudio por hallazgos tomográficos sugerentes de recidiva a nivel de páncreas luego de un año y medio de realizada la intervención.



**Imagen 1:** Histoquímica Alcian Blue: se identifica células en anillo de sello (flecha), coloreando de azul el citoplasma que contiene mucina.



**Imagen 2:** Unión escamo columnar con células en anillo de sello discohesivas a nivel de la lámina propia.

## DISCUSIÓN

Como ya se describió anteriormente, la prevalencia del cáncer gástrico en pacientes embarazadas es baja [1] presentándose estos casos en estadios avanzados y, por ende, con poca sobrevida [2-4].

Es necesario como en toda enfermedad neoplásica realizar el estadiaje clínico por lo que se realizó resonancia magnética, sin embargo, diversos estudios indican que el estado de embarazo no debe ser una contraindicación para someter a la paciente a las pruebas de estadificación necesarias, incluso si esto significa utilizar la tomografía con contraste. Cabe señalar que esta expone

a la paciente a radiación en promedio de 8 mGy, sin sobrepasar el umbral de seguridad en el embarazo, determinado como 50 mGy [11]. Por otro lado, otros estudios señalan que la resonancia magnética es una opción segura pues no conlleva el riesgo de radiación, pero, posee menor sensibilidad y especificidad para la estadificación N y M que la tomografía [12].

Un pilar fundamental para el tratamiento de esta neoplasia en el embarazo, es la seguridad de la paciente y la del producto [11], así como también para el adenocarcinoma gástrico existen dos pilares fundamentales: la cirugía y el tratamiento adyuvante (quimioterapia). Es aquí donde surge el debate para estos casos, y por lo que el Colegio Americano de Gineco-Obstetricia indica que la gestación no debe ser un motivo de retraso para la realización de la resección quirúrgica si esta se requiere [13].

Con respecto a esto, un grupo japonés desarrolló un algoritmo de manejo según las características de los pacientes [8]. En aquellas diagnosticadas antes de las 24 semanas se sugiere la cirugía precoz mientras que, en aquellas de 25 a 29 semanas, depende del estadio. Si es un early cáncer, se puede optar por esperar a las 30 semanas para brindar mayor seguridad de desarrollo al producto mientras que, si es un estadio avanzado, se opera inmediatamente de ser resecable. En aquellas con 30 o más semanas de gestación, se recomienda la cirugía resectiva junto a la cesárea, luego de realizada la maduración pulmonar [8].

En el caso de la paciente presentada, se decidió esperar hasta las 32 semanas para realizar la cirugía en conjunto, a pesar de presentar un cáncer gástrico avanzado desde el inicio del diagnóstico, factor que pudo haber influenciado en el estado actual de la enfermedad (probable recidiva).

Por otro lado, sobre el tratamiento adyuvante, se decidió iniciar quimioterapia en el posoperatorio, ya luego de terminada la gestación. Los diversos estudios señalan que el tratamiento adyuvante mejora la sobrevida de los pacientes respecto a los que solo

realizan el tratamiento quirúrgico, no encontrando diferencias significativas entre el uso de la terapia peri o postoperatoria [14]. Existe bibliografía amplia sobre el uso de la quimioterapia durante la gestación, señalando que está es segura para el producto dependiendo de la edad gestacional en cuando se aplique [15]. Si bien es cierto durante el primer trimestre está descrito el mayor riesgo de malformaciones y abortos, durante el segundo y tercero, el efecto no es claro [16]. En un trabajo realizado en el 2016 en donde se estudió a 60 gestantes sometidas a quimioterapia durante la gestación se encontró que, al aplicar la quimioterapia durante los dos últimos trimestres, la tasa de malformaciones no aumentaba en comparación con aquellas gestantes no sometidas a dicho tratamiento, pero, si la prematuridad y el estado de pequeño para la edad gestacional [17].

Sin embargo, a pesar de los múltiples estudios y tratamientos planteados, la sobrevida a 5 años del cáncer gástrico aún es negativa, teniendo, por ejemplo, solo hasta 71% en aquellos diagnosticados en estadio I en Norteamérica [9]. En el caso de nuestra paciente, debido a su estadio anatómopatológico, tenemos que la sobrevida se encuentra entre 9 a 20 % en 5 años [9]. Por tal motivo el seguimiento de los pacientes debe ser continuo, incluyendo examen físico completo cada 3 a 6 meses por 2 años y luego espaciándose a cada 6 a 12 meses por 5 años y utilizando estudios complementarios dependiendo de la sintomatología de los pacientes [18]. Nuestra paciente al momento se encuentra en estudio diagnóstico por presentar imágenes sugerentes de recidiva, lo cual confirma las estadísticas norteamericanas de que el 74% de las recurrencias ocurren dentro de los primeros 2 años [19].

## **CONCLUSION**

En general, presentamos un caso poco frecuente de una paciente con diagnóstico de cáncer gástrico avanzado durante la gestación y exponemos distintos pilares importantes dentro del manejo que aún son

motivo de debate constante no lográndose aún su estandarización.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sekine, M., Kobayashi, Y., Tabata, T., Sudo, T., Nishimura, R., Matsuo, K., Ikeda, T. (2018). Malignancy during pregnancy in Japan: an exceptional opportunity for early diagnosis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1). doi:10.1186/s12884-018-1678-4
2. Zagouri F, Dimitrakakis C, Marinopoulos S, Tsigginou A, Dimopoulos M. Cancer in pregnancy: disentangling treatment modalities. *ESMO Open* 2016; 1(3):e000016.
3. Pentheroudakis G, Orecchia R, Hoekstra H, Pavlidis N. Cancer, fertility and pregnancy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2010; 21:266-73.
4. Salani R, Billingsley C, Crafton S. Cancer and pregnancy: an overview for obstetricians and gynecologists. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 211:7-14. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.12.002>.
5. Yücesoy G, Büyükgebiz O, Yildiz K, Cakiroğlu Y, Ozkan S, Bodur H. Gastric carcinoma diagnosed at the third trimester: a case report. *Arch Gynecol Obstet*. 2006; 274: 47-9.
6. Sakamoto, K., Kanda, T., Ohashi, M., Kurabayashi, T., Serikawa, T., Matsunaga, M., & Hatakeyama, K. (2009). Management of patients with pregnancy-associated gastric cancer in Japan: a mini-review. *International Journal of Clinical Oncology*, 14(5), 392–396.
7. Dunkelberg JC, Barakat J, Deutsch J. Gastrointestinal, Pancreatic, and Hepatic Cancer During Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2005 Dec; 32(4): 641-660.
8. Monteiro A. et al Cancer gástrico y embarazo: revisión de la bibliografía a propósito de un caso clínico. *Arch Gin Obstet* 2011;49(2):45-69.
9. Chu QD, Gibbs JF, Zibari GB. *Surgical Oncology*. Londres: Springer; 2015.
10. Castillo-Luna R, Arteaga-Gómez AC, Gorbea-Chávez V, Delgado-Amador DE. Cáncer y embarazo, experiencia del Instituto Nacional de Perinatología. *Ginecol Obstet Mex*. 2018 julio;86(7):434-442.
11. Alshahrani, A. S., & Yoo, M.-W. (2017). Gastric cancer in pregnancy: is laparoscopic gastrectomy with lymph node dissection feasible and safe? *Annals of Surgical Treatment and Research*, 92(1), 51. doi:10.4174/ast.2017.92.1.51
12. NCCN org. Gastric Cancer. NCCN Framework for Respurse Stratification of NCCN Guidelines, 2018.
13. Moran BJ, Yano H, Al Zahir N, Farquharson M. Conflicting priorities in surgical intervention for cancer in pregnancy. *Lancet Oncol*. England; 2007 Jun;8(6):536–44.
14. Cunnigham D, et al. Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. *N Engl J Med*. 2006; 355(1):11-20.
15. Garofalo, S., Degennaro, V. A., Salvi, S., De Carolis, M. P., Capelli, G., Ferrazzani, S., Lanzone, A. (2016). Perinatal outcome in pregnant women with cancer: are there any effects of chemotherapy? *European Journal of Cancer Care*, 26(6), e12564. doi:10.1111/ecc.12564.
16. Voulgaris E, Pentheroudakis G, Pavlidis N. Cancer and pregnancy: a comprehensive review. *Surg Oncol*. Netherlands; 2011 Dec;20(4):e175-85.
17. Lambertini M, Peccatori FA, Azim HAJ. Targeted agents for cancer treatment during pregnancy. *Cancer Treat Rev*. Netherlands; 2015 Apr;41(4):301–9.
18. Fory, Johana A; Arenas, Vanesa; Vicente, Carmona; Llanos, Javier. Endocarcinoma gástrico y embarazo reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Bogota, Colombia Revista Med*, vol. 25, núm. 2, 2017, pp. 63-73.
19. Al-Ibrahim, A., Parrish, J., Dunn, E., Swallow, C., & Maxwell, C. (2014). Pregnancy and Maternal Outcomes in Women With Prior or Current Gastrointestinal Malignancies. *Journal*

of Obstetrics and Gynaecology Canada,  
36(1), 34–41. doi:10.1016/s1701-  
2163(15)30681-2.