

## Drenaje biliar percutáneo y embarazo

Ernesto Urbina, Patricia Ferreira Mongelos, Ana Maria Iriñiz

### Resumen

Se presenta un caso de embarazo en paciente neoplásica, con antecedentes de gastrectomía por adenocarcinoma. Se maneja por técnicas de mínima invasión hasta el momento del parto. Posteriormente se trata mediante un *stent* definitivo en la vía biliar.

### Palabras clave

Embarazo y neoplasia, embarazo y drenaje biliar.

### Summary

We report a clinical case of pregnancy in a neoplastic patient, with a history of previous gastrectomy for the treatment of an adenocarcinoma. The patient is managed by minimally invasive techniques until the time of the partus. After giving birth the patient is treated definitively with a biliary stent.

### Key words

Pregnancy and cancer, pregnancy and biliary drainage.

## Introducción

Uno de cada 1000 embarazos coincide con cáncer. El cáncer de mama es el que más se diagnostica durante el embarazo, seguido del cáncer cervical, linfomas y cáncer de tiroides. (1, 2).

Fujimura y Fuckuda en 1916 describieron el primer caso de cáncer gástrico en una gestante. En un estudio retrospectivo sobre más de 3 millones de parturientas se registraron 67 casos lo que equivale al 0.021 por 1000 parturientas. (4, 5).

El cáncer gástrico durante el embarazo es extremadamente raro, con una incidencia del 0.1%. (6) Esto refleja su tendencia a manifestarse con la edad avanzada y su predominio en el sexo masculino. (7) El diagnóstico de cáncer gástrico en el embarazo es comúnmente tardío. En el 97% de los casos, los pacientes se encontraron en el estadio tumoral avanzado, cuando las terapias curativas no son posibles. (8, 9,10) Su pronóstico es generalmente malo. El diagnóstico de cáncer gástrico en el embarazo es difícil, porque los primeros síntomas suelen ser mal interpretados como síntomas comunes inducidos por el embarazo: náuseas, dolor epigástrico leve, sensación de plenitud, etc. (7, 9,10).

El objetivo de este trabajo es presentar el caso clínico de una paciente embarazada con un diagnóstico previo de adenocarcinoma gástrico, en su vertiente diagnóstica y terapéutica.

## Presentación del caso

Se presenta una paciente de 27 años que consulta por síndrome coledociano de 15 días de evolución y gestación de 26 semanas con antecedentes de gastrectomía subtotal con linfadenectomía D2 y reconstrucción con "Y de Roux" por tumor gástrico hace dos años (2006). Mediante la anatomía patológica de la biopsia exci-

sional se diagnosticó un adenocarcinoma gástrico de tipo difuso, poco diferenciado e invasor, con metástasis en 6 de los 18 ganglios estudiados. Los márgenes de resección se encontraron libres de tumor, estadio IIIA(T2N2).

Tras el tratamiento quirúrgico se instauró un tratamiento radio y quimioterápico con 5-fluoruracilo y leucovorina, pero fue seguido de forma discontinua debido a la falta de asistencia de la paciente a la consulta.

Ingresa en el hospital la paciente por ictericia constataándose en el estudio hematológico anemia, y alteración de las enzimas hepáticas. Así mismo destaca en esta analítica alteración de la fosfatasa alcalina y de la bilirrubina total y directa. Los marcadores tumorales revelan alteración de la AFP y CA 19.9 (Tabla 1).

La ecografía abdominal realizada en el momento del ingreso muestra dilatación de la vía biliar intra y extra hepática con formación tumoral heterogénea en colédoco distal. (Figura 1).

Se realiza TC de abdomen sin contraste con protección de plomo en hemiabdomen inferior no aportando ningún dato adicional a lo observado en la ecografía. (Figura 2).

Al 5º día de su ingreso se realiza drenaje biliar externo del hepático izquierdo con un catéter de 8 Fr. utilizando guía ecográfica y radioscópica (arco en C).(Figura 3)La paciente muestra una evolución favorable desde el punto de vista clínico y analítico. Mejora su valor hematocrito (30%), y las enzimas hepáticas, así como la fosfatasa alcalina, reducen sus cifras. La bilirrubina total y directa descienden a 6.6 mg/dl y 5.4 mg/dl, respectivamente. Con drenaje externo se remite a su domicilio.

A las 36 semanas (69 días postprocedimiento) se interrumpe el embarazo por cesárea abdominal por retardo en el crecimiento intrauterino.



Figura 1



Figura 2

Figura 1. Ecografía abdominal: dilatación de vía biliar y formación heterogénea en colédoco distal.

Figura 2. TC abdominal: dilatación de vía biliar intra y extrahepática, formación tumoral en colédoco distal.

I



Figura 3. Drenaje de la vía biliar a través del hepático izquierdo.

Nace un feto de 1800 gr. del sexo femenino, que queda internado en neonatología durante 20 días y actualmente evoluciona en forma normal, sin ningún tipo de alteraciones.

En la TC de abdomen de control se observa: formación tumoral a nivel del páncreas, podría corresponder a adenopatía metastásica según antecedentes (Figuras 4 y 5) Al segundo día del parto se reconvierte el drenaje externo en interno-externo con guía radioscópica. Con buena evolución clínica y sin complicaciones se procede al cierre externo al segundo día. (Figura 6)

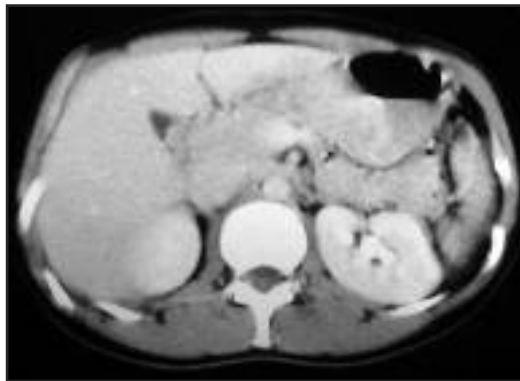


Figura 4



Figura 5

Figura 4 y 5. TC abdominal con contraste: dilatación de vía biliar intra y extrahepática, con drenaje biliar externo y formación tumoral en colédoco distal.



Figura 6

Figura 6. Drenaje de la vía biliar interno y externo con radioscopia tras el parto.



Figura 7

Figura 7. Colocación de stent biliar autoexpandible 12 días después del parto.

Se realiza endoscopia alta en busca de recidiva tumoral, con resultado negativo para tumor en muñón duodenal.

Transcurridos doce días del drenaje interno-externo se decide colocación de stent biliar auto expandible de 10 x 94 mm. (Wallstent). Se deja catéter tutor de drenaje externo por dos días. Después de realizar colangiografía que muestra vía permeable, se retira el catéter tutor. (Figura 7)

La evolución es favorable y el seguimiento se continúa por oncología. Se realiza punción de ascitis siendo la citología positiva para células neoplásicas. Óbito a los seis meses en el transcurso de su enfermedad neoplásica.

### Discusión

El tratamiento del cáncer en el embarazo es una zona oscura, ya que frecuentemente se detecta tarde puesto que los síntomas son encubiertos por otros cambios en el organismo gravídico. (2,7)

La decisión de tratar o retrasar el tratamiento en la mujer embarazada está influenciada por la etapa en la enfermedad en el momento del diagnóstico, edad gestacional, principios culturales, religiosos y el deseo de continuar o no el embarazo.

La patogenia de la relación entre el embarazo y el cáncer gástrico o su recidiva sigue siendo idiopática. Furukawa et al. informaron que el embarazo en mujeres jóvenes podría acelerar el crecimiento del cáncer gástrico. Jaspers et al. informaron que las características y el pronóstico en el cáncer gástrico asociado con el embarazo fueron las mismas que en otros pacientes jóvenes. En la actualidad, no hay datos que apoyen la hipótesis de que el embarazo acelere la progresión del cáncer gástrico o su recidiva. (2)

Hay que considerar dos puntos fundamentales: primero, cómo el embarazo afecta al comportamiento del cáncer y, segundo, cómo el cáncer y su tratamiento afectan al embarazo.

El cáncer gástrico asociado al embarazo, las opciones pueden ser siguiendo las directrices resumidas por Ueo. En el embarazo temprano, la terminación debe ser discutida para permitir un tratamiento óptimo. Después de las 24 semanas de gestación, la decisión depende de la etapa del cáncer gástrico. Si el cáncer está avanzado y se considera irresecable, continuar el embarazo. Si es resecable, la resección inmediata del cáncer gástrico, se recomienda a pesar del riesgo para el feto. Después de la semana 30, el feto debe terminar su madurez, seguido de cirugía radical en el cáncer gástrico. La propagación transplacentaria del cáncer es rara y no es una razón para considerar la terminación. (12) Por el contrario, el tratamiento de cáncer podría afectar nega-

tivamente el resultado de un embarazo. Aunque se dispone de información, mucho es especulativo y se ha basado en un pequeño número de series de casos. Casi todos los ensayos, y los ensayos de drogas, específicamente excluyen a las mujeres embarazadas, por lo tanto, no hay evidencia de alta calidad. (2)

En el caso presentado la decisión de continuar con el embarazo fue, con el consentimiento familiar, multidisciplinario entre los servicios de oncología, ginecología y cirugía. Las bases fueron: embarazo de 26 semanas, obstrucción biliar secundaria a recidiva tumoral de un cáncer gástrico, adenopatía.

En relación a los estudios complementarios, los beneficios de la ecografía están ampliamente descritos. Al igual que la colangiografía, no disponible en nuestro nosocomio. La opción de la tomografía computada sin contraste es una alternativa, teniendo en cuenta que los radioisótopos de corta vida (por ejemplo, el tecnecio-99m) no producen alta dosis fetal, pero el yodo-131 atraviesa la placenta y se acumula en la tiroides fetal después de las 10 semanas de gestación con hipotiroidismo permanente. (13)

La opción por la técnica percutánea es de elección como paliación para la obstrucción de la vía biliar de origen oncológico en pacientes con antecedentes de gastrectomía y gastro-entero anastomosis en "Y de Roux", por la imposibilidad de progresar el endoscopio a la vía biliar. (14,15)

Parámetro	Valor al ingreso	Valor post-drenaje (30 días)	Valores de referencia
<b>Hematocrito</b>	28%	31%	36 – 45
<b>Leucocitos</b>	6500 mm <sup>3</sup>	10500 mm <sup>3</sup>	4500 – 9500
<b>TTPA</b>	41"		<21"
<b>Actividad protrombina</b>	43%		>70%
<b>Proteínas totales</b>	5.6 g/dL	6.9 g/dL	6.6 – 8.7
<b>GOT</b>	64 U/L	78 U/L	0 – 34
<b>GPT</b>	51 U/L	58 U/L	0 – 35
<b>Bilirrubina total</b>	22.05 mg/dL	2.25 mg/dL	0 – 1
<b>Bilirrubina directa</b>	12.93 mg/dL	1.47 mg/dL	0 – 0.25
<b>Bilirrubina indirecta</b>	9.12 mg/dL	0.79 mg/dL	0 – 0.75
<b>ALP</b>	1489 U/L	344 U/L	91 – 298
<b>AFP</b>	102,2 UI		<11
<b>CEA</b>	1,3 UI		<5
<b>CA 19-9</b>	74,3 UI		<37

Tabla 1. Valores de la analítica.

TTPA, tiempo parcial de tromboplastina activada; GOT, aspartato aminotransferasa ;GPT, alanina aminotransferasa; ALP, fosfatasa alcalina; AFP,  $\alpha$ -fetoproteína; CEA, antígeno carcinoembrionario; CA 19-9, antígeno carbohidrato 19-9.

La utilización de la guía ecográfica para el drenaje facilita la técnica y disminuye los riesgos del uso de la radioscopia, aunque el control para la ubicación definitiva del drenaje es necesaria.

También la decisión del drenaje biliar externo por el interno-externo a través de la estenosis se debe a las características clínicas del paciente. (14)

Una vez finalizado el embarazo está indicada la colocación de stent biliar metálico en los casos de obstrucción biliar de origen oncológicos, para continuar con las medidas paliativas por su efectividad para mantener la permeabilidad. (14,16)

### Referencias bibliográficas

1. Lishner M. Cancer in pregnancy. *Ann Oncol* 2003;14 (suppl 3):1131-1136.
2. Moran BJ, Yano H, Al Zahir N, Farquharson M. Conflicting priorities in surgical intervention for cancer in pregnancy. *Lancet Oncol* 2007; 8: 536–44.
3. Fujimura M, Fukunda K. Gastric cancer associated with pregnancy. *J Kinki Obstet* 1916; 3: 208.
4. Smith LH et al. Obstetrical deliveries associated with maternal malignancy in California, 1992 through 1997. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2001; 184 (7): 1504-13.
5. Maeta M, Yamashiro H et al. Gastric Cancer in Young, with especial referent to 14 pregnancy-associated cases: analysis based on 2325 consecutive cases of gastric cancer. *Journal of Surgical Oncology. Supplement* 1995; 58(3):191-5
6. Silverberg E, Lubera J. Cancer statistics 1989. *Cancer* 1989; 39: 3-20.
7. Jaspers VKI, Gillessen A, Quakernack K. Gastric cancer in pregnancy: Do pregnancy, age or female sex alter the prognosis? Case reports and review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999; 87: 13-22.
8. Ueo H, Matsuoka H, Tamura S, et al. Prognosis in gastric cancer associated with pregnancy. *World J Surg* 1991; 15: 293-8.
9. Fazeney B, Marosi C. Gastric cancer as an essential differential diagnosis of minor epigastric discomfort during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77: 469-71.
10. Tewari K et al. The evolution of linitis plastica as a consequence of advanced gastric carcinoma in pregnancy *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1990;1181(3):757-8
11. Furukawa H, Iwanaga T, Hiratsuka M et al. Gastric cancer in young adults: growth accelerating effect of pregnancy and delivery. *J Surg Oncol* 1994; 55: 3-6.
12. Dildy GA 3rd, Moise KJ Jr, Carpenter RJ Jr, Klima T. Maternal malignancy metastatic to the products of conception: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1989; 44: 535–40.
13. International Commission on Radiological Protection. Pregnancy and medical radiation. *Ann ICRP* 2000; 30: 1–43.
14. Gimenez ME, Castilla C. Procedimientos paliativos en las neoplasias biliopancreáticas. *Relato Oficial Revista Argentina de Cirugía* 2007; 145-79.
15. Burke DR, Lewis CA, Cardella JF et al. Quality improvement guidelines for percutaneous transhepatic cholangiography and biliary drainage. *JVIR* 2003;14:243-6.
16. Van den Bosch RP, van der Schelling GP et al. Guidelines for the application of surgery and endoprotheses in the palliation of obstructive jaundice in advanced cancer of the pancreas. *Ann Surg* 1994;219(1):18-24.

### Conclusión

El drenaje percutáneo de la vía biliar es el procedimiento de elección en pacientes con síndrome coledociano y antecedentes de cirugía gástrica oncológica. Es una alternativa válida y recomendada en caso de paliación y permitió culminar con el embarazo de la paciente con antecedentes oncológicos.

### Agradecimientos

Sr. Guillermo Dormhia. Dr Sandoval Ariel