

Obstrucción intestinal por cáncer colorrectal en una embarazada: a propósito de un caso

Intestinal Obstruction Due to Colorectal Cancer in a Pregnant Patient: A Case Report

Lía Jazmín Jiménez-Ramírez,^{1*}  Ricardo Mendoza,²  Lina M. García,³  Blanca V. Fajardo.⁴ 

ACCESO ABIERTO

Citación:

Jiménez-Ramírez LJ, Mendoza R, García LM, Fajardo BV. Obstrucción intestinal por cáncer colorrectal en una embarazada: a propósito de un caso. Revista. colomb. Gastroenterol. 2025;40(3):327-332.

<https://doi.org/10.22516/25007440.1263>

¹ Médico especialista en Cirugía general, Universidad del Cauca. Popayán, Colombia.

² Médico especialista en Cirugía general, Universidad Metropolitana. Barranquilla, Colombia.

³ Médico General, Universidad del Cauca. Popayán, Colombia.

⁴ Médico especialista en Patología, Universidad del Cauca. Popayán, Colombia.

*Correspondencia: Lía Jazmín Jiménez-Ramírez.
liajimenez@unicauca.edu.co

Fecha recibido: 05/08/2024

Fecha aceptado: 07/10/2024

Resumen

Introducción: el cáncer digestivo durante el embarazo se define como aquel diagnosticado durante la gestación o el primer año posparto, con una incidencia de 1/13.000, y es de difícil diagnóstico porque tiene una sintomatología similar a la gestación, así como la dificultad para realizar imágenes. **Caso:** paciente femenina de 33 años, G2A1 con 32,2 semanas de embarazo, con una semana de evolución de epigastralgia asociado a emesis, y se le dio salida por la mejoría sintomática. Reingresó 96 horas después con distensión, vómitos y persistencia de dolor, por lo que se le realizó una resonancia magnética (RMN) en la que se observó una obstrucción intestinal por tumoración sigmoidea. En ginecología se le diagnosticó trastorno hipertensivo e inició el tratamiento con vasodilatadores, motivo por el cual se realizó una cesárea complicada con atonía uterina y necesidad de sutura tipo B Lynch para controlar el sangrado. En la cirugía se realizó una hemicolectomía izquierda y anastomosis laterolateral, aunque ameritó reintervención, y egresó luego de siete días. **Discusión:** el cáncer colorrectal es la quinta neoplasia femenina, pero con insuficientes datos en embarazadas; se considera atípico, y dados sus síntomas inespecíficos es necesario un examen físico acucioso, además de investigar potenciales factores predisponentes. Considerando que no existen guías de manejo, se podría recomendar tamizaje en >35 años con factores de riesgo y antecedentes familiares para que se pueda tratar antes del embarazo o llevar un control riguroso durante el mismo.

Palabras clave

Cáncer colorrectal, embarazo, obstrucción intestinal.

Abstract

Introduction: Digestive cancer during pregnancy is defined as cancer diagnosed during gestation or within the first postpartum year, with an incidence of 1 in 13,000. Diagnosis is challenging due to symptoms that mimic normal pregnancy and limitations in performing imaging studies. **Case:** A 33-year-old female, G2A1, at 32.2 weeks of gestation, presented with one week of epigastric pain associated with vomiting. She was initially discharged after symptomatic improvement, but was readmitted 96 hours later with abdominal distension, persistent pain, and vomiting. MRI revealed intestinal obstruction due to a sigmoid tumor. Gynecology diagnosed hypertensive disorder and initiated vasodilators, prompting a cesarean section complicated by uterine atony, requiring a B-Lynch suture to control bleeding. Surgery subsequently performed a left hemicolectomy with side-to-side anastomosis, which required reintervention. The patient was discharged seven days later. **Discussion:** Colorectal cancer is the fifth most common malignancy among women, yet data in pregnant patients are limited, making such cases atypical. Given the nonspecific symptoms, a thorough physical examination is essential, along with investigation of potential predisposing factors. Considering the lack of established management guidelines, screening may be recommended for women over 35 years with risk factors or a family history, to allow treatment prior to pregnancy or close monitoring during gestation.

Keywords

Colorectal cancer, pregnancy, intestinal obstruction.



INTRODUCCIÓN

El cáncer de tubo digestivo en el embarazo se define como la neoplasia diagnosticada durante el embarazo o en el primer año posparto^(1,2). Se considera que los cánceres más comunes durante el embarazo son el de cérvix y mama⁽³⁾ asociados a la variación en el flujo hormonal; el cáncer colorrectal en esta etapa de la vida es raro, pero se ha visto que tiene una incidencia en ascenso que inició en 1950 con alrededor de 1 por cada 100.000 embarazos y se ha incrementado hasta 1 por cada 13.000 mujeres en gestación, con una edad promedio de diagnóstico a los 32 años (rango de edad fértil entre los 17-46 años)⁽⁴⁾. Posiblemente esté relacionado con el aumento de embarazos longevos en gestantes que tienen una carga importante de factores de riesgo⁽²⁾.

Parte de los desafíos de esta neoplasia durante la gestación es la dificultad para su diagnóstico debido a que muchos síntomas se asimilan a los propios del embarazo, tales como cefalea, náuseas, vómitos, estreñimiento y distensión abdominal⁽⁵⁾, además de la limitación para realizar estudios de imágenes de forma temprana, como la tomografía axial computarizada (TAC), debido a su asociación y riesgo con teratogenicidad^(4,6).

El diagnóstico de cáncer colorrectal en una mujer embarazada implica un reto terapéutico sin contar la repercusión psicológica en la misma, es por eso que se presenta un caso de adenocarcinoma de colon en una mujer embarazada que requirió el manejo de urgencias y un reto diagnóstico para el equipo tratante.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente de 33 años de edad de sexo femenino, en su segunda gestación y con un aborto, en embarazo de 32,2 semanas por ecografía tomada el 19/04/2023, quien asistió al servicio de urgencias por un cuadro de una semana de evolución consistente en epigastralgia asociada a emesis y dolor abdominal, poca tolerancia a la vía oral, estreñimiento y flatos presentes, en ausencia de otros síntomas. Se ingresó al servicio de observación, donde se le realizó una analítica sanguínea dentro de la normalidad, sin leucocitosis ni neutrofilia, además de amilasa negativa y función hepática y renal normales. Fue valorada por Ginecología y manejada con analgésicos e inhibidores de la bomba de protones, y tuvo una posterior mejoría sintomática, así que fue dada de alta.

Sin embargo, reconsultó 96 horas después por la persistencia de los síntomas, ahora con mayor emesis y dolor abdominal. En el examen físico de ingreso se observó a la paciente con signos vitales estables, útero grávido, bienestar fetal adecuado y fetocardia positiva, sin signos de irritación peritoneal y ni dolor a la palpación abdominal. Se

decidió ingresar por la persistencia de la sintomatología y, ante la sospecha de enfermedad ácido-péptica, se realizaron nuevamente estudios de química sanguínea sin cambios y ecografía de abdomen total con evidencia de microlitiasis biliar sin colecistitis, sin dilatación de la vía biliar, motivo por el cual se decidió hacer manejo expectante ante la sospecha de un cuadro de colelitiasis sintomática.

La paciente fue valorada por Ginecología, donde se solicitaron estudios de extensión ante la sospecha de trastorno hipertensivo en el embarazo por presencia de síntomas premonitorios con cifras tensionales en rangos normales (cefalea y epigastralgia), y se encontró una proteinuria positiva, por lo que se inició la maduración pulmonar fetal y se solicitó una resonancia magnética abdominal por el grupo de cirugía ante la distensión abdominal.

Durante la estancia hospitalaria persistió con dolor abdominal, ausencia de deposiciones a pesar de múltiples laxantes y enemas, sin flatos, emesis recurrente y distensión abdominal pese al manejo con sonda nasogástrica y reposo enteral. En cirugía general se revisó una RMN abdominal (**Figura 1**), en la que se evidenciaron niveles hidroaéreos en escalera, pilas de monedas y distensión de asa gruesa hasta el colon descendente, sin neumoperitoneo y ausencia de gas distal con área de oclusión completa de luz en sigmoideas. Anudado a esto, un nuevo hemograma reportó leucocitosis y neutrofilia.

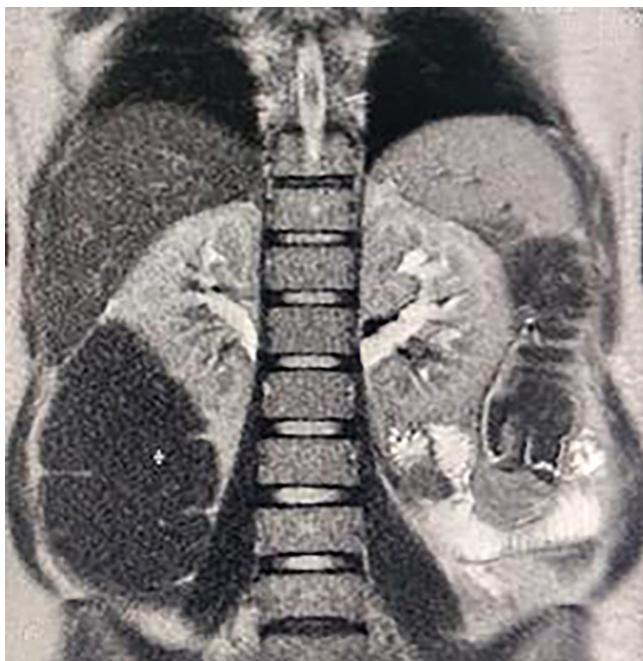


Figura 1. Resonancia magnética donde se observa el área de oclusión en el colon descendente. Imagen propiedad de los autores.

Sumado a esto, se documentaron cifras tensionales elevadas con presión arterial media de hasta 100-120 mm Hg,

por lo que se inició un manejo endovenoso vasodilatador sin mejoría, y entonces se decidió llevarla a laparotomía exploratoria por sospecha de obstrucción intestinal más cesárea de emergencia por preeclampsia con criterios de gravedad. En la intervención quirúrgica se obtuvo un producto vivo, de sexo femenino, deprimido, con Apgar menor de 7, no vigoroso, con hipotonía y cianosis generalizada, fue reanimado y llevado a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). En la madre se observó atonía uterina, por lo que se activó el protocolo de código rojo, con indicación de transfusión sanguínea y sutura tipo B Lynch para controlar el sangrado. En la intervención posterior por cirugía general se identificó una lesión tumoral circunferencial estenosante del 100% de la luz colónica, en la unión del colon descendente con el sigma, de ± 7 cm (**Figura 2**) con adenomegalias en el mesocolon, por lo que se procedió a realizar una hemicolecotomía izquierda y anastomosis laterolateral, que fueron bien toleradas. Posteriormente fue llevada a la unidad de cuidados intensivos (UCI) para continuar el manejo y la vigilancia en estado de sedación y el requerimiento de vasopresores.

A las 48 horas, la paciente presentó deterioro clínico, distensión abdominal y elevación de reactantes de fase aguda, por lo que se definió realizar una revisión quirúrgica, en la que se encontró anastomosis no permeable por edema y oclusión por útero aumentado de tamaño. Por lo anterior se hizo una resección de la anastomosis y un cierre con cabos colónicos atados para la reintervención. Dos días después se realizó una nueva anastomosis y se cerró de manera definitiva.

La paciente se mantuvo durante el posquirúrgico en la UCI manejada con ayuno, nutrición parenteral, antibioterapia de amplio espectro y sonda de drenaje rectal. Tuvo una recuperación exitosa y trasladó a hospitalización luego de siete días, con tolerancia a la vía oral y dolor modulado.

Se indicó la realización de antígeno carcinoembrionario negativo y estudios de extensión en los que no se identificó metástasis locorregional o a distancia. En el estudio de patología se informó un adenocarcinoma infiltrante, de grado histológico 1, bien diferenciado con compromiso extenso hasta la serosa, con invasión linfovascular y perineural, cuatro ganglios linfáticos regionales, todos con compromiso tumoral metastásico, y bordes de resección quirúrgica sin compromiso tumoral. En cuanto a la inmunohistoquímica, se reflejó sin inestabilidad microsatelital con un Ki67 en 60%, con MSH2, MSH6, MLH1 y PMS2 intactas, además de HER2 ausente (**Figura 3**).

La paciente egresó luego de 24 días de internación, y de forma ambulatoria se colocó un catéter permanente de quimioterapia e inicio de quimioterapia adyuvante con esquema folfox por seis meses, según la clasificación tumoral: adenocarcinoma de colon sigma T3 N2a M0 G1, EC IIIB. Actualmente, la paciente recibe un tratamiento oncoespecífico con una adecuada tolerancia.

DISCUSIÓN

El primer caso de cáncer de colon reportado en la literatura fue en 1842, cuando una mujer de 32 años falleció cuatro

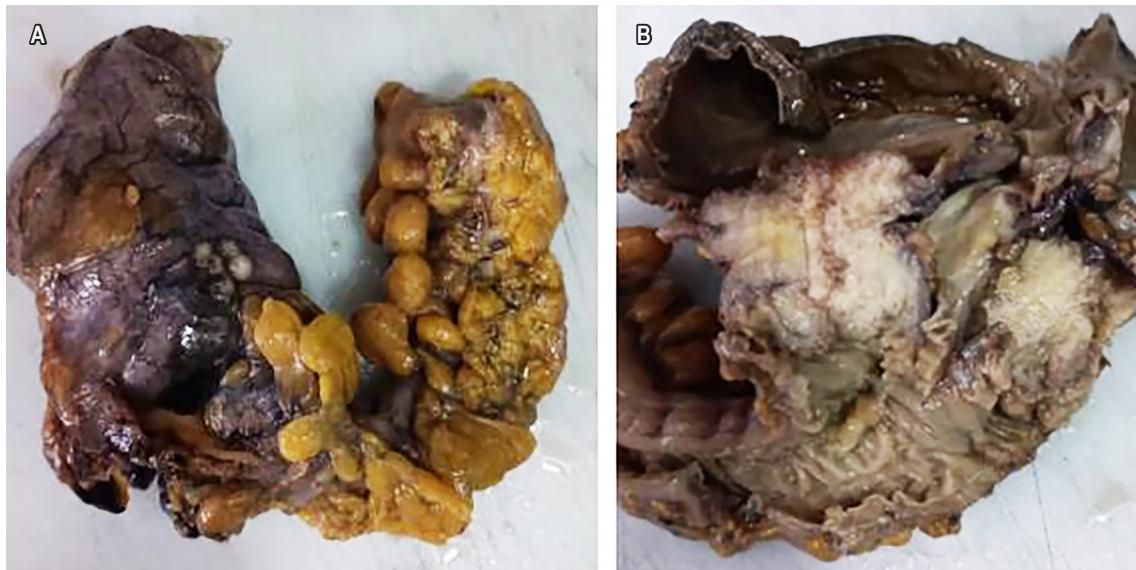


Figura 2. Extirpaciones quirúrgicas del caso clínico. **A.** Hemicolecotomía izquierda. **B.** Segmento con tumoración que ocluía el 100% de la luz del colon. Imágenes propiedad de los autores.

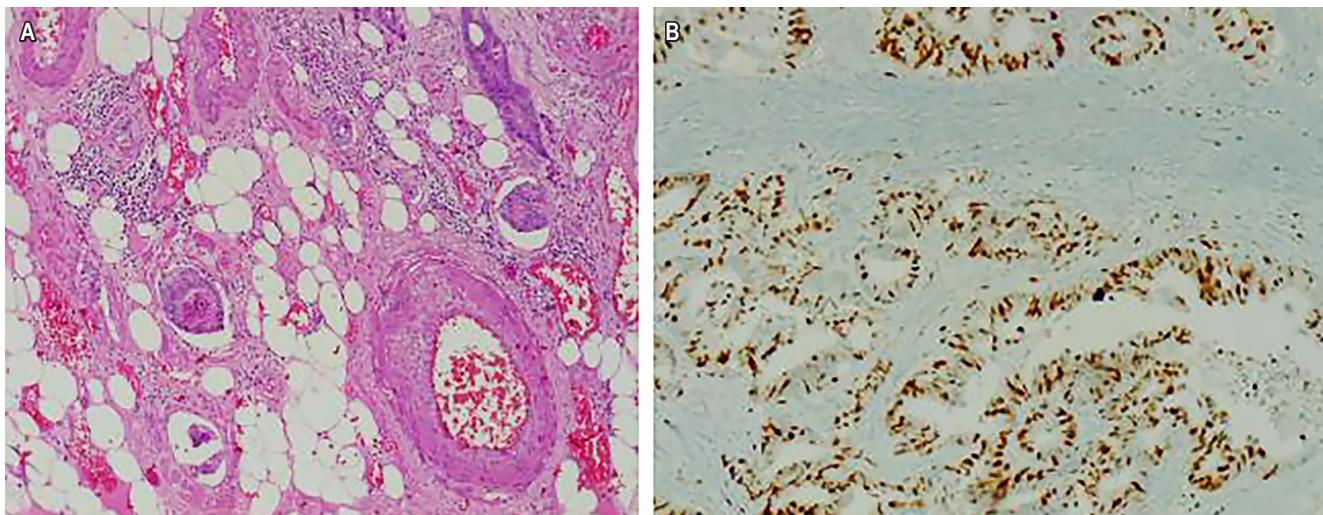


Figura 3. Resultados de exámenes del caso clínico. **A.** Adenocarcinoma infiltrante bien diferenciado con compromiso de serosa y linfovascular. **B.** Ki67 al 60%. Imágenes propiedad de los autores.

días después del parto podálico y quien fue diagnosticada mediante una autopsia con carcinoma de recto⁽⁷⁾. Desde entonces su incidencia viene en aumento; posiblemente, asociado a que este comportamiento, se viene observando en diferentes tipos de individuos menores de 50 años⁽²⁾, sobre todo en países de bajos recursos⁽⁸⁾, y a esto se adiciona que la edad promedio de diagnóstico de cáncer de colon en embarazadas es alrededor de los 32 años⁽⁴⁾, con un rango entre los 30 y 39 años de edad, etapa de mayor fertilidad y reporte de casos⁽¹⁾, lo que también explica mayores publicaciones al respecto en la última década⁽⁹⁾.

En Colombia, para el 2021 se reportó que el cáncer de colon representó el 4% de los casos nuevos, y fue la quinta causa para las mujeres, sin mención sobre los casos de embarazadas⁽¹⁰⁾. El caso mencionado se correlaciona con la edad reportada en la literatura, con compromiso linfático, pero sin extensión a la unidad fetoplacentaria, ya que, si bien hay pacientes con transmisión vertical de neoplasias durante la gestación, no se describe al igual que los casos de cáncer colorrectal en la literatura^(11,12).

Partiendo de la etiología, se ha visto que el desarrollo de cáncer colorrectal se ha asociado a factores ambientales o genéticos, o usualmente por una combinación de ambos. Hasta un 30% a 34% de las embarazadas con esta neoplasia presentan factores de riesgo predisponentes tales como historia familiar, enfermedad inflamatoria intestinal o síndromes neoplásicos genéticos⁽¹³⁾; sin embargo, ninguno fue descrito en la historia de la paciente ni al interrogarla a ella ni a su familia. Esto hace aún más complicado este tipo de hallazgo durante el embarazo, ya que fisiopatológicamente no hay relación de los efectos hormonales y el estado inmunosupresor en

la gestación que conlleven al desarrollo de cáncer colorrectal. No obstante, los resultados son contradictorios, pues algunos autores han reportado niveles elevados de receptores y otros lo contrario, sin observar un aumento del riesgo en pacientes con terapia de reemplazo hormonal durante la menopausia⁽⁴⁾. Se requieren mayores estudios que especifiquen los mecanismos de las hormonas en este tipo de cáncer.

El reto diagnóstico se presentó por la similitud de los síntomas presentados, con los propios de patologías del embarazo, y se confundió inicialmente con un caso de hiperémesis gravídica; no obstante, el aumento de la distensión y la ausencia de deposiciones impulsó la toma de la resonancia magnética como apoyo para orientar mejor el cuadro, lo que ayudó a sospechar de una posible obstrucción intestinal. En una serie de casos en Bélgica se reportó que el diagnóstico agudo de la patología es del 24,4% y, de estos, el síntoma predominante fue la obstrucción intestinal (9,8%), seguido de la perforación intestinal (7,3%); mientras que el resto de los pacientes recibió el diagnóstico de forma tardía debido a los síntomas ambiguos que crearon confusión con otras patologías e hicieron pensar en diagnósticos diferenciales. Síntomas tales como sangrado rectal (46,3%), dolor abdominal (17,1%), cambio en los hábitos intestinales (4,9%) y, menos frecuentes, pérdida de peso, dolor en el hombro derecho o masa abdominal (<3%); con un trimestre gestacional de presentación en el segundo trimestre, muy posiblemente por el efecto compresivo del útero grávido, anudado a la obstrucción de la luz intestinal se parece al cáncer colorrectal⁽¹³⁾; esto se relaciona con la edad gestacional presentada por nuestra materna en el momento de la intervención quirúrgica.

A los síntomas se les debe sumar que las ayudas diagnósticas disponibles se ven limitadas para su aplicación en las embarazadas, no solo por el riesgo teratogénico en embarazos tempranos (radiografías y tomografías), sino también por la limitación anatómica debido a la ocupación de la cavidad uterina (ecografías). Tanto es así que los reportes muestran que las gestantes con síntomas inespecíficos fueron sometidas a diferentes ayudas médicas para poder diagnosticarlas; entre ellas, la más común fue la endoscopia (65,9%), seguida de procedimientos como la cirugía exploratoria (24,4%) y, en menor medida, las propias imágenes diagnósticas (resonancia magnética y ecografías) (9,8%); las dos primeras son invasivas y con efectos directos sobre el producto de gestación, mientras que las otras imágenes son limitadas por las razones ya mencionadas⁽¹³⁾.

CONCLUSIONES

Aunque el cáncer colorrectal no es una patología común durante la etapa de gestación, es necesario realizar un examen físico acucioso a las maternas con síntomas gastrointestinales persistentes, además de indagar sobre factores de riesgo ambientales e historia familiar de cáncer que lleve a pensar o descartar esta patología, debido a que en la gran mayoría de los casos pasa desapercibida y es diagnosticada de forma incidental por cirugía exploratoria, lo que aumenta el riesgo de complicaciones durante la gestación, como muerte maternofetal, aborto, parto pretérmino, entre otros.

Si se considera incluso la sospecha diagnóstica, el médico continúa limitado por la dificultad en las ayudas diagnósticas disponibles, tanto por el efecto invasivo (cirugías y endoscopias), como teratogénico (tomografías y radiografías), que aumentan las posibles complicaciones tanto obstétricas como perinatales.

Actualmente no existe una recomendación estándar o guía de manejo sobre cómo diagnosticar y tratar el cáncer colorrectal durante el embarazo. Dada la superposición de síntomas, esto lleva al desafío de reconocer los diagnósticos

diferenciales y priorizar pruebas no invasivas (como la resonancia), hasta poder descartar el cáncer del tracto digestivo como causante de síntomas de origen gastrointestinal durante la etapa gestacional.

Dado que el riesgo de padecer cáncer en diferentes sistemas y órganos aumenta con la edad, se hace necesario recomendar una tamización previa de cáncer a mujeres de edades avanzadas (>35 años), con factores de riesgo y antecedentes familiares de cáncer, condiciones que las predisponen a desarrollar esta patología; dar un tratamiento previo a la gestación o llevar un control más riguroso durante la misma disminuye las complicaciones en el periodo de gestación, parto y posparto.

Consentimiento informado

Contamos con el consentimiento informado firmado por la paciente del caso clínico.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuente de financiación

La presente investigación fue autofinanciada y no contó con ningún tipo de ayuda financiera externa.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que no utilizaron inteligencia artificial en ninguna fase del proceso.

Contribución de los autores

Todos los autores colaboraron en la realización del estudio.

No se ha presentado este estudio en otra revista, congreso o ninguna otra forma de publicación.

REFERENCIAS

1. Predescu D, Boeriu M, Constantin A, Socea B, Costea D, Constantinoiu S. Pregnancy and Colorectal Cancer, from Diagnosis to Therapeutic Management - Short Review. *Chirurgia (Bucur)*. 2020;115(5):563-578.
<https://doi.org/10.21614/chirurgia.115.5.563>
2. Rogers J, Woodard L, Gonzalez M, Dasari A, Johnson B, Morris K, et al. Colorectal cancer during pregnancy or postpartum: Case series and literature review. *Obstet Med*. 2022;15(2):118-124.
<https://doi.org/10.1177/1753495X211041228>
3. Samadder N, Smith K, Wong J, Burt R, Curtin K. Colorectal cancer in the setting of pregnancy and familial risk. *Int J Colorectal Dis*. 2020;35(8):1559-1566.
<https://doi.org/10.1007/s00384-020-03579-x>
4. Pellino G, Simillis C, Kontovounios C, Baird D, Nikolaou S, Warren O, et al. Colorectal cancer diagnosed during pregnancy: systematic review and treatment pathways. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2017;29(7):743-753.
<https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000000863>

5. Yaghoobi M, Koren G, Nulman I. Challenges to diagnosing colorectal cancer during pregnancy. *Can Fam Physician*. 2009;55(9):881-5.
6. Petruzzelli P, Zizzo R, Tavassoli E, Sutera M, Tin MCF, Petruzzelli L, et al. Colon Adenocarcinoma during Pregnancy: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2020;2020:8894722. <https://doi.org/10.1155/2020/8894722>
7. Skilling JS. Colorectal cancer complicating pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1998;25(2):417-21. [https://doi.org/10.1016/S0889-8545\(05\)70015-2](https://doi.org/10.1016/S0889-8545(05)70015-2)
8. Akimoto N, Ugai T, Zhong R, Hamada T, Fujiyoshi K, Giannakis M, et al. Rising incidence of early-onset colorectal cancer - a call to action. *Nat Rev Clin Oncol*. 2021;18(4):230-243. <https://doi.org/10.1038/s41571-020-00445-1>
9. Cao S, Okekpe C, Dombrovsky I, Valenzuela G, Roloff K. Colorectal Cancer Diagnosed During Pregnancy With Delayed Treatment. *Cureus*. 2020;12(5):e8261. <https://doi.org/10.7759/cureus.8261>
10. Instituto Nacional de Cancerología (INC). Anuario estadístico 2021 [Internet]. Bogotá, D. C.: INC; 2022 [consultado el 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov.co/conozca-sobre-cancer-1/publicaciones/anuario-estadistico-2021>
11. Corredor E, Castillo M. Cáncer en mujeres embarazadas y su extensión a la unidad fetoplacentaria. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2007;58(3):232-6. <https://doi.org/10.18597/rcog.455>
12. Morales Santana D, Czigan Z, Meister F, Wiltberger G, Caspers R, Enzensberger C, et al. Bowel Obstruction Due to Stenotic Sigmoid Colon Cancer in a 32-Year-Old Patient Presenting in the Third Trimester of Pregnancy: A Case Report of an Interval Surgical Approach. *Am J Case Rep*. 2022;23:e935920. <https://doi.org/10.12659/AJCR.935920>
13. Kocián P, de Haan J, Cardonick E, Uzan C, Lok CAR, Frusco R, et al. Management and outcome of colorectal cancer during pregnancy: report of 41 cases. *Acta Chir Belg*. 2019;119(3):166-175. <https://doi.org/10.1080/00015458.2018.1493821>