

ADOLESCENTE DE 14 AÑOS EMBARAZADA Y CON ENFERMEDAD DE HODGKIN

Dres. G. L. Chantada, D. A. Rosso, D. Filippo, J. C. Ferrería, M. Scopinaro

Se trata de una paciente de 14 años de edad con obesidad mórbida que consultó al servicio de hemato-oncología del Hospital Garrahan para una segunda opinión acerca del manejo de su enfermedad de Hodgkin en la provincia de La Rioja. Allí se le había diagnosticado, tres años atrás, una enfermedad de Hodgkin estadio IIa, variedad esclerosis nodular con compromiso de cadenas cervicales bilaterales. Es de notar que la paciente concurre por sus propios medios sin hoja de derivación y con una información muy escueta de su tratamiento. Recibió tratamiento estándar con la combinación ABVD (Doxorubicina, Bleomicina, Vinblastina, Dacarbacina) por 4 ciclos, logrando la remisión completa, por lo que no se le administró radioterapia. Un año antes de la consulta al Hospital Garrahan, se le diagnosticó una recaída de su enfermedad por biopsia de una adenopatía en un sitio comprometido en el primer episodio. Recibe tratamiento en otro centro distinto al que había sido tratada inicialmente. En ese entonces, se le administra un régimen de rescate conteniendo cisplatino, esteroides y citarabina. No recibió radioterapia en la recaída. Luego de 3 ciclos de tratamiento, la paciente presenta toxicidad renal con elevación de la creatinina que obliga a discontinuar el tratamiento oncológico.

Seis meses después de este episodio, la paciente consulta al Hospital Garrahan. La familia vive en La Rioja, en una ciudad pequeña. En el examen en nuestro hospital, no se detectaron

adenopatías y el único dato positivo del laboratorio fue la elevación de la creatinina. Se decidió, como es de rutina una re-evaluación del estado de extensión de la enfermedad, por lo que se le solicitó una tomografía computada de cuello, tórax y abdomen. La paciente reportó su última menstruación 20 días previos a la realización de la TC y negó actividad sexual. En la TC, se demostró la presencia de una masa hipodensa en contacto con la pared uterina (Figura 1). No había adenopatías significativas. En un estudio de ultrasonido, se constató que la masa uterina correspondía a un embarazo de 12 semanas de gestación. El caso fue discutido en el comité de ética y fue derivada a un centro de alta complejidad obstétrica para su manejo.

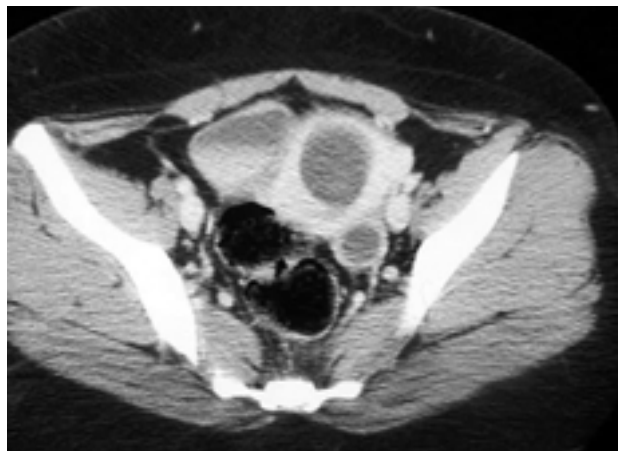


Figura 1: Tomografía computada de pelvis en la que se observa la imagen quística en la pared uterina que luego fue corroborada en ecografía como embarazo de 12 semanas.

DISCUSION

Este caso planteo varios dilemas de manejo. El primero fue el hecho de haber realizado una tomografía computada en una paciente embarazada de 12 semanas. Si bien la niña reportaba menstruaciones regulares sin atrasos, el feto recibió una dosis exagerada de radiación, a consecuencia de la falta de diagnóstico de embarazo. La obesidad mórbida hizo difícil el diagnóstico semiológico de embarazo. Hay controversia acerca de cómo evitar estas situaciones. Tradicionalmente, se utilizó en adultos la regla de los 10 días. Es decir, solo se justificaba un estudio radiológico en mujeres en edad fértil en los primeros 10 días del ciclo menstrual. Posteriormente, se aceptó que es recomendable realizar procedimientos no electivos en todos los casos en los que no se reporte atraso menstrual¹. El daño causado al embrión en casos de haber realizado una tomografía pelviana, es pequeño. Sin embargo, es indispensable extremar los cuidados en las adolescentes, aunque no reporten vida sexual activa, en especial cuando cursan trastornos que alteran el ciclo menstrual como el cáncer y su tratamiento, que hacen que las estimaciones sean inexactas.

Una vez diagnosticado el embarazo, se planteó otro dilema de manejo: la paciente había recibido un tratamiento insuficiente de la recaída y debería recibir radioterapia y eventualmente

mas quimioterapia para optimizar sus posibilidades de curación. Sin embargo, por deficiencias en su tratamiento, no realizó terapia alguna por seis meses, haciendo imposible la determinación de la oportunidad de tratamiento oncológico. Por tal razón, considerando el fallo renal, el embarazo y el hecho que la enfermedad pareciera inactiva, aún con tratamiento insuficiente, nos hizo proponer a la familia que el tratamiento oncológico se postergara hasta que se produjera el parto. Es posible el tratamiento de la enfermedad de Hodgkin durante el embarazo, en especial en casos en que la vida de la madre corre peligro inminente. En estos casos, la viabilidad del feto suele comprometerse seriamente^{2,3}.

El manejo del embarazo en estos casos presentó un desafío. La familia osciló entre un pedido inicial de interrumpir un embarazo no deseado a aceptar la situación y continuar con el mismo. El manejo interdisciplinario mediante la derivación a un centro especializado en embarazo de alto riesgo fue esencial.

REFERENCIAS

1. Bury B, Hufton A, Adams J. Radiation and women of child bearing potential. *BMJ (Clinical research ed)* 1995; 310 (6986): 1022-1023.
2. Dilek I, Topcu N, Demir C, et al. Hematological malignancy and pregnancy: a single-institution experience of 21 cases. *Clinical and laboratory haematology* 2006;28(3):170-176.
3. Kal HB, Struikmans H. Radiotherapy during pregnancy: fact and fiction. *The Lancet Oncology* 2005;6(5):328-333.