

# LINFOMA EN EMBARAZO CON FETO VIVO: UN CASO CLÍNICO

VALDIVINA ETERNA FALONE<sup>1</sup>; WALDEMAR NAVES DO AMARAL FILHO<sup>1</sup>; TARIK KASSEM SAIDAH<sup>3</sup>; ADRIELLY JOICE MENDES SANTANA BRANDÃO<sup>1</sup>; THAYNARA DE MORAES PACHECO<sup>1</sup>; LORENA TASSARA QUIRINO VIEIRA<sup>2</sup>; MATHEUS FERREIRA GONÇALVES<sup>1</sup>, WALDEMAR NAVES DO AMARAL<sup>1</sup>

## RESUMEN

Los linfomas son neoplasias del sistema inmune que se originan en las células B, T o Natural Killer que causan la aparición de masas tumorales. Se pueden clasificar como Hodgkin y no Hodgkin. El cáncer es la segunda causa de muerte en mujeres en edad reproductiva, siendo que los linfomas son la cuarta neoplasia más diagnosticada en mujeres embarazadas, dada la incidencia máxima de la enfermedad durante la fase reproductiva femenina. El propósito de este informe es presentar un caso de linfoma durante el embarazo con un feto vivo.

PALABRAS CLAVE: LINFOMA, EMBARAZO, LINFOMA EN EL EMBARAZO

## INTRODUCCIÓN

Los linfomas son neoplasias del sistema inmunitario que se originan en las células B, T o Natural Killer que provocan la aparición de masas tumorales. Se pueden clasificar como Hodgkin y no Hodgkin. La estimación brasileña para 2018 era de 2.530 nuevos casos de linfoma de Hodgkin y 10.180 no Hodgkin, afectando a 1.050 y 4.810 mujeres, respectivamente<sup>1</sup>. El cáncer es la segunda causa principal de muerte en mujeres en edad reproductiva, siendo que los linfomas son la cuarta neoplasia más diagnosticada en mujeres embarazadas, dada la incidencia máxima de la enfermedad durante la fase reproductiva femenina<sup>2</sup>.

El diagnóstico de linfoma de Hodgkin y no Hodgkin se realiza con el examen histopatológico de la biopsia de ganglio linfático. El linfoma de Hodgkin se clasifica como Clásico, con cuatro subtipos (esclerosis nodular, celularidad mixta, depleción linfocítica y rico en linfocitos) y linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular. El linfoma no Hodgkin se clasifica como indolente (40%) o agresivo (60%)<sup>1</sup>.

La escisión del ganglio linfático solo se puede hacer de manera segura para el feto en el primer trimestre. Además, la estadificación se realiza con anamnesis, examen físico, de laboratorio y biopsia de médula ósea. Se debe evitar el uso de exámenes de imagen con alta carga de radiación. Se debe considerar la resonancia magnética nuclear siempre que sea posible. El tratamiento con radioterapia y quimioterapia durante el embarazo debe tener en cuenta el riesgo-beneficio para la salud de la embarazada y del feto. Los riesgos de la quimioterapia en el primer trimestre van desde el aborto espontáneo

hasta las malformaciones<sup>3</sup>.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años, G5P2A2, con antecedentes personales de tiroiditis de Hashimoto y diabetes gestacional en embarazos previos. En la semana 30 de gestación notó la aparición de nódulos en ambas axilas. Buscó un servicio médico donde fue realizada una biopsia de ganglios linfáticos, que reveló la presencia de linfoma el 02/03/19. También fueron identificados nódulos afectados en las mamas. A pesar de la enfermedad materna, feto de 34.5 semanas con signos vitales normales (ver figuras 1 y 2). Feto a término con recién nacido y placenta sanos. Quimioterapia poco después del parto, seguida de radioterapia con muerte materna después de 6 meses.

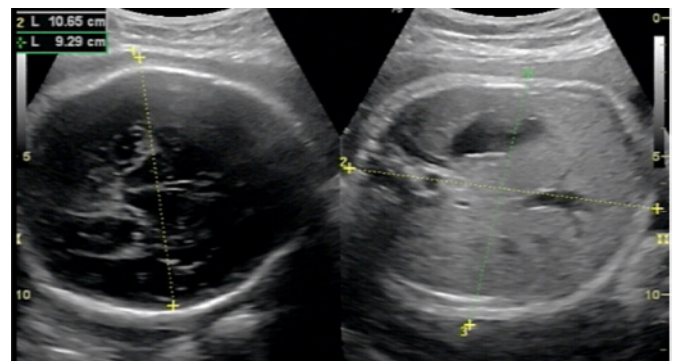


Figura 1: Ultrasonografía obstétrica que muestra un feto normal. Fuente: Clínica Fértil

1. Faculdade de Medicina da UFG  
2. PUC- GOIÁS  
3. UniEvangélica

Dirección de correo electrónico:  
Waldemar Naves do Amaral  
Alameda Cel. Joaquim de Bastos, 243 - St. Marista  
Goiânia - CEP 74175-150  
Email: waldemar@sbus.org.br

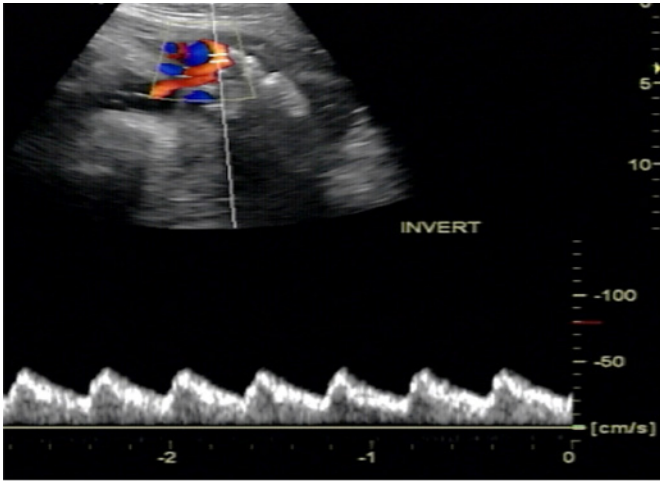


Figura 2: Doppler obstétrico evidenciando una arteria umbilical normal. Fuente: Clínica Fértil



Figura 3: ¡Bebé sano con 7 meses de vida! Fuente: Archivos del autor

## DISCUSIÓN

Entre los exámenes para la estadificación del LH se encuentran los exámenes de imágenes como la radiografía y la tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis, con alta emisión de radiación ionizante. Por lo tanto, los exámenes alternativos son la resonancia magnética nuclear y la ultrasonografía (USG), que son más adecuados para la fase de gestación, aunque la ultrasonografía sea un examen operador dependiente <sup>2</sup>.

Aunque se cuestione sobre un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y un mayor número de abortos de fetos, los estudios muestran que no se puede descartar la posibilidad de anomalías congénitas en los hijos de madres Hodgkin. En este caso, la USG morfológica es una aliada para detectar malformaciones y aneuploidías fetales. El seguimiento ultrasonográfico garantiza una mayor precisión de la edad gestacional y la evaluación de la anatomía y el

desarrollo del feto, lo que permite la seguridad en la toma de decisiones con respecto al tratamiento del paciente y la seguridad del feto <sup>4</sup>.

En un estudio inglés que comparó a 129 hijos de madres que tuvieron cáncer durante el embarazo y se sometieron a algún tipo de tratamiento después del segundo trimestre de embarazo con hijos de madres sanas, se puede observar que no hubo diferencias significativas entre el desarrollo inicial y la evaluación cardíaca entre los niños <sup>5</sup>. Un estudio danés mostró un alto grado de prematuridad entre los recién nacidos de madres con LH en comparación con los bebés de madres saludables <sup>2</sup>.

## CONSIDERACIONES

El tratamiento en mujeres embarazadas con cáncer es posible, siempre que se eviten retrasos en el diagnóstico. A pesar de las complicaciones asociadas, la ventaja del tratamiento ya es evidente y debe ser discutida y debidamente aclarada con la paciente para que pueda ejercer su autonomía al tomar las decisiones sobre su tratamiento <sup>3</sup>.

## REFERENCIAS

1. INCA. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017. <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/index.asp>. acessado em 30 de ago. 2019.
2. Kassab C, Perini GF, Bollmann PW, Kerbauy FR, Hamerschlag N. Linfoma de Hodgkin e gestação: série de casos e proposta de protocolo para tratamento. Einstein (São Paulo). 2011;9 (2 Pt 1): 216-9. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082011RC1992>.
3. Atala A, Neto AEH, Riani LR, Soares GMT, Miranda MAV, Gomide BO, Silva MN, Silva RN. Linfoma de Hodgkin e gestação. Relato de caso e revisão de literatura. Universidade Federal de Juiz de Fora (Minas Gerais). Ver Bras Clin Med 2010; 8(3): 276-82.
4. Peralta CFA; Barini R. Ultrasonografia obstétrica entre a 11ª e a 14ª semanas: além do rastreamento de anomalias cromossômicas. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2011; 33 (1): 49-57.
5. INCA. Terapia antineoplásica em situações clínicas especiais: uma visão integral do cuidado. Pacientes gestantes. [https://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/Boukai\\_Terapia\\_antineoplásica\\_clínicas\\_especiais\\_cuidado\\_pacientes\\_gestantes.pdf](https://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/Boukai_Terapia_antineoplásica_clínicas_especiais_cuidado_pacientes_gestantes.pdf)