

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es la principal causa de muerte entre los 60-79 años. Se estima que en 2030, el 70% de los cánceres se diagnosticarán en mayores de 65 años.

El reto consiste en equilibrar beneficios-toxicidades de los tratamientos oncológicos, en una población con mala tolerancia al estrés y enfermedades concomitantes. Estos pacientes están poco representados en ensayos clínicos, dificultando la creación de protocolos, ya que se extrapolan los datos de pacientes más jóvenes, sin tener en cuenta que la biología tumoral es diferente en pacientes frágiles y presentan peor tolerancia a los tratamientos.

En la práctica clínica, se ha evidenciado que suelen recibir menos tratamientos quimioterápicos y radioterápicos que la población más joven. En pacientes frágiles, las nuevas tecnologías han desarrollado tratamientos ablativos como la SBRT (radioterapia estereotáxica corporal) que consiguen elevadas tasas de control con mínimos efectos secundarios, adquiriendo gran importancia en la enfermedad oligometastásica.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 68 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, fibrilación auricular y estenosis mitral, con colocación de prótesis valvular metálica en 1971 y marcapasos VVIR en 2012.

En abril/2012 es diagnosticada de un carcinoma “in situ” de mama, tratada mediante tumorectomía y posterior adyuvancia con radioterapia y tamoxifeno. Durante la hormonoterapia, en febrero/2015, debuta con rectorragia, ante lo cual inicia estudio diagnosticándose en marzo/2015 de Adenocarcinoma de recto superior. En el estudio de extensión se evidenciaba lesión hepática única, sugestiva de malignidad. Ante una enfermedad oligometastásica y ECOG 1 se decide, en subcomisión multidisciplinar de tumores digestivos (SCTD), un abordaje quirúrgico sincrónico de ambas localizaciones y posterior adyuvancia. Se interviene en mayo/15 mediante resección anterior baja (RAB)+ excisión total de mesorrecto (ETM), con segmentectomía hepática, y sin complicaciones postoperatorias.

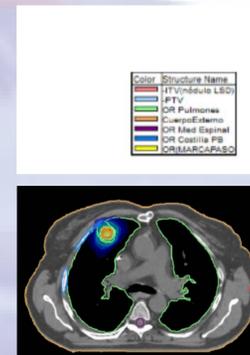
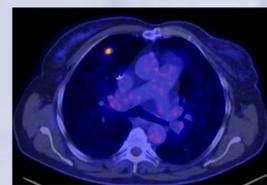
Con diagnóstico definitivo de Adenocarcinoma de recto pT3c pN1(1/12) pM1, KRAS mutado, estadio IV, es derivada a los Servicios de Oncología Médica y Oncología Radioterápica. En junio/2015 comienza tratamiento con capecitabina complementaria y entre agosto y octubre/2015 se administra radioterapia concomitante mediante RTC3D con una dosis total de 50.4Gy con fraccionamiento estándar sobre asiento tumoral y cadenas ganglionares pélvicas. Seguidamente se completó tratamiento con capecitabina hasta diciembre/2015, con buena tolerancia.

Durante el seguimiento, en octubre/16 se evidencia progresión pulmonar (nódulo único en LSD), siendo tratada en diciembre/16 con intención radical mediante SBRT (60Gy en 5 fracciones), alcanzándose una respuesta completa.

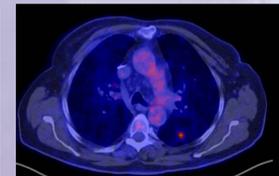
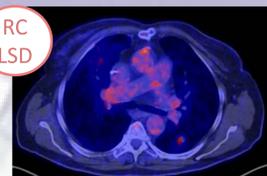
En junio/2017 se objetiva nueva progresión pulmonar (nódulo en LII) y hepática (lesión en segmento VI). Ante el carácter oligoprogresivo de la enfermedad, se decide conjuntamente en la SCTD tratamiento local ablativo de ambas lesiones. En agosto/2017 recibe tratamiento con radiofrecuencia sobre la lesión hepática y posteriormente nueva SBRT sobre la lesión pulmonar en enero/18.

Actualmente la paciente se mantiene en seguimiento, sin evidencia de enfermedad activa por PET en octubre/2018.

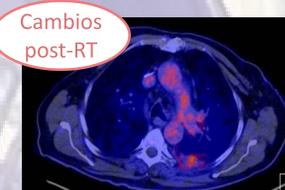
### 1ª progresión pulmonar LSD (PET-TC Oct/16) y planificación SBRT



### 2ª progresión LII y hepática PET-TC junio/2017.



### Último PET-TC (18/09/2018). Libre de enfermedad



## DISCUSIÓN

Nuestra paciente presenta una supervivencia superior a 3 años desde el diagnóstico primario, siendo un ejemplo de la importancia de la decisión terapéutica en un equipo multidisciplinar, recibiendo tratamiento quirúrgico, quimioterápico, termoablativo con radiofrecuencia y radioterápico, con buena tolerancia a pesar de su edad y comorbilidades.

Equilibrar el beneficio-toxicidad en los tratamientos oncológicos supone un reto, más aún en pacientes con múltiples comorbilidades, considerados “pacientes frágiles”, cuya situación limita las opciones terapéuticas radicales.

El paradigma clásico del manejo de la enfermedad oligometastásica ha cambiado en los últimos años y gracias al desarrollo tecnológico, la radioterapia tiene un papel creciente en este escenario. La SBRT en pacientes seleccionados, ofrece un tratamiento con intención radical, no invasivo, con mínima toxicidad y con excelente tasa de control local. Permitiendo retrasar o evitar el tratamiento con quimioterapia paliativa, lo que traduce una mejor calidad de vida, especialmente en este subgrupo de pacientes.

## REFERENCIAS

- Informe Globocan 2012.
- Mohile SG, Dale W, Somerfield MR, Schonberg MA, Boyd CM, Burhenn PS, et al. Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Chemotherapy: ASCO Guideline for Geriatric Oncology. *J Clin Oncol* 36. Published on May 21, 2018.
- García-Cabezas S, Bueno C, Rivin E, Roldán JM, Palacios-Eito a. Lung metastases in oligometastatic patients: outcome with stereotactic body radiation therapy (SBRT). *Clin Transl Oncol [Internet]*. 2015;668-72.
- Hellman S, Weichselbaum RR. Oligometastases. *J Clin Oncol*. 1995;13(1): 8-10
- Yuzuru N. and Kazushige H. Oligometastases and Oligo-recurrence: The New Era of Cancer Therapy. *J Clin Oncol* 2010;40(2)107- 111 doi:10.1093/jco/hyp167.
- Goodwin JS, Hunt WC, Samet JM. Determinants of cancer therapy in elderly patients. *Cancer* 1993;72:594-601.