

“NEOPLASIA DE PÁNCREAS: EN BUSCA DE LA RESECCIÓN COMPLETA”

Franco M.¹, Meri M.¹, Núñez M.¹, Gil M.², Lobo M.², Iranzo V.^{2,3}, Safont MJ^{2,3}

1. Residente de Oncología Médica. 2. Adjunto de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Valencia. 3. CIBERONC.

INTRODUCCIÓN: El cáncer de páncreas es una patología de mal pronóstico donde más del 50% de pacientes se diagnostican en etapas avanzadas. El tratamiento de la enfermedad localmente avanzada y metastásica se basa en la quimioterapia, orientada a aumentar la supervivencia, obtener control locorregional y mejorar la calidad de vida.

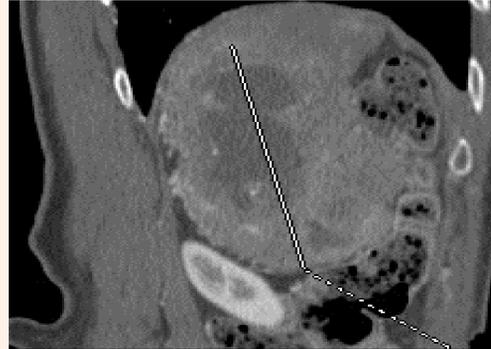
Los tumores borderline (30% de casos al diagnóstico) constituyen una entidad especial, en los cuales el tratamiento neoadyuvante juega un rol importante con la finalidad de reducir el tamaño tumoral y permitir el tratamiento quirúrgico posterior. Presentamos el caso de una paciente con cáncer de páncreas inicialmente irresecable que consigue resección tumoral completa tras quimioterapia neoadyuvante.

ANAMNESIS

Mujer de 72 años, PSO, sin antecedentes. Consultó en enero 2012 por dolor abdominal y síndrome constitucional con pérdida ponderal de 6 kg de peso en 2 meses.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- TC abdomino pélvico: gran tumoración de cola de páncreas sólido-quística de 96 mm de diámetro que infiltra bazo e hilio esplénico contactando con cuerpo gástrico, tronco celíaco y arteria mesentérica preservada. Sin adenopatías ni evidencia enfermedad a distancia.
- Analítica con Ca 19.9 normal.
- Ecoendoscopia: Gran masa de 7x8 cm heterogénea, que desplazaba bazo y englobaba hilio esplénico. Tronco celíaco y arteria mesentérica superior permeables. Anatomía patológica: frotis necro-hemorrágico con células atípicas que sugieren carcinoma.



Imágenes 1,2,3: TC inicial: gran masa a nivel de cola de páncreas de 96 mm de diámetro máximo con infiltración de bazo e hilio esplénico y preservación de axis celiaco.



DIAGNÓSTICO

- Adenocarcinoma de Páncreas E-IIA (T3N0M0).
- Comité multidisciplinar: se considera la lesión inicialmente irresecable por imposibilidad de cirugía R0 dado el tamaño tumoral e invasión de órganos adyacentes.

TRATAMIENTO

- Inicia QT con esquema FOLFIRINOX presentando una reducción de >50% de la lesión tras 4 ciclos (imagen 4). Reevaluado en Comité se decide intervenir.
- 14/05/2012: pancreatocistoduodenectomía corporo-caudal + esplenectomía + resección gástrica en cuña + resección de epiplón en bloque. AP: infiltración esplénica por adenocarcinoma de 5x2mm, IHQ CK 7+, CK 20-, CDx 2-. Adenopatías de tronco celiaco (3) y retropancreáticas (2) libres de tumor. E-I (ypT1, ypN0).
- Completa FOLFIRINOX por 6 ciclos con buena tolerancia, finalizándolo en octubre 2012.

SEGUIMIENTO

Continúa seguimiento en consultas de oncología cada 3 meses hasta 2015, posteriormente cada 6 meses. Última revisión en mayo 2018 (imagen 5) sin evidencia de enfermedad y Ca 19.9 en rango normal.



Imagen 4: TC reevaluación tras neoadyuvancia: reducción de masa >50% de 96 a 41mm, persiste infiltración esplénica.



Imagen 5: TC 2018: Libre de enfermedad.

DISCUSIÓN

El cáncer de páncreas es una de las principales causas de muerte por cáncer, con una SG a 5 años de 7–8%. La cirugía R0 junto con estrategias de QT o QT/RT constituyen el único tratamiento potencialmente curativo. Sin embargo, solo el 15-20% de los pacientes son candidatos a este tratamiento al momento del diagnóstico. La quimioterapia neoadyuvante representa un concepto emergente para los tumores borderline y localmente avanzados, y en algunos casos de tumores con factores de alto riesgo. FOLFIRINOX y gemcitabina + nab-paclitaxel son las principales opciones de tratamiento en este escenario, demostrando un aumento en SG, SLP y tasa de respuesta frente a la monoterapia. La terapia combinada con QT-RT constituye otra opción de tratamiento, en base a los datos de ASCO 2018 del estudio fase III PREOPANC-1.

BIBLIOGRAFÍA

- . Salgado, M., Arévalo, S., Hernando, O. *et al.* Management of unresectable, locally advanced pancreatic adenocarcinoma; Clin Transl Oncol 2018; 20: 113.
- . Kaufmann B, Hartmann D, D’Haese J, *et al.* Neoadjuvant Treatment for Borderline Resectable Pancreatic Ductal Adenocarcinoma. Dig Surg 2018; 10: 1193-1198.
- . Dhir M, Malhotra GK, Sohal DPS, *et al.* Neoadjuvant treatment of pancreatic adenocarcinoma: a systematic review and meta-analysis of 5520 patient; World J Surg Oncol. 2017;15:183.
- . M. Hidalgo, R. Alvarez, J. Gallego, *et al.* Consensus guidelines for diagnosis, treatment and follow-up of patients with pancreatic cancer in iSpain. Clin Transl Oncol 2017;19:667–681
- . Van Tienhoven G, Versteijne E, Suker M, *et al.* Preoperative chemoradiotherapy versus immediate surgery for resectable and borderline resectable pancreatic cancer (PREOPANC-1): a randomized, controlled, multicenter phase III trial. J Clin Oncol 2018; 36:LBA4002.