

Blanca Riesco Montes<sup>1</sup>, Neus Cuadra Català<sup>1</sup>, José Luis Sánchez Sánchez<sup>2</sup>, Ana Maria Soler Garrigós<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Oncología Médica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete <sup>2</sup> Oncología Médica. Hospital General de Almansa  
<sup>3</sup> Oncología Médica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe de València

## INTRODUCCIÓN

La incidencia de cáncer de páncreas se ha incrementado en las últimas décadas, siendo considerada la quinta causa de muerte por cáncer <sup>1</sup>. La resección quirúrgica es el único tratamiento potencialmente curativo. Desafortunadamente, debido a la presentación tardía de la enfermedad, solo del 15 al 20 % de los pacientes son candidatos para pancreatomectomía.<sup>2</sup> En aquellos pacientes con enfermedad potencialmente reseccable, y a pesar del progreso en las técnicas quirúrgicas y tratamientos adyuvantes, el pronóstico del cáncer de páncreas continúa siendo ominoso.

## ANAMNESIS Y E.FÍSICA

Paciente de 58 años estudiado en M.Interna por cuadro de tres semanas de evolución de dolor abdominal difuso continuo de predominio en epigastrio e hipocondrio derecho irradiado a espalda acompañado de pérdida de peso no cuantificada . ECOG 0. TA 170/100 mmHg, FC 70 lpm.ACP:Normal. Abdomen: sensación de ocupación en epigastrio e hipocondrio derecho, RHA + MMII: sin edemas ni signos de TVP.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Analítica:** GGT 225 , LDH 542, resto normal. Hemograma sin alts. Ca 19.9 784.5, Ca 125 141.3
- **TC abdominopélvico con contraste intravenoso directo(30/11/16).** En hígado se aprecian lesiones ocupantes de espacio en LHD, observándose al menos 5 de tamaño entre 2 y 1 cm. La vesícula la vía biliar es normal.En páncreas se aprecia una gran masa que ocupa el cuerpo pancreático en su totalidad, que mide 5,7 cm de diámetro transversal y 4,5 cm de diámetro anteroposterior. La masa invade el tronco celíaco, arteria esplénica, la arteria hepática en su inicio y la vena esplénica Adenopatías locorregionales alrededor del tronco celíaco. Bazo normal.Las suprarrenales son normales.**Impresión diagnóstica:** Neoplasia de páncreas localmente avanzada con infiltración de estructuras vasculares en concreto del tronco celíaco, arteria y vena esplénica. Metástasis hepáticas. Adenopatías locorregionales. (Imagen 1)
- **Ecoendoscopia:** Páncreas: En cuerpo, próximo a itsmo, se observa neoformación bien definida de ecoestructura heterogénea que atrapa los vasos esplénicos (arteria y vena esplénica) e invade parcialmente el tronco celiaco y la salida de la arteria hepática. **PAAF:** Sugestivo de carcinoma pobremente diferenciado.
- **BAG hepática:** metástasis de adenocarcinoma pancreático

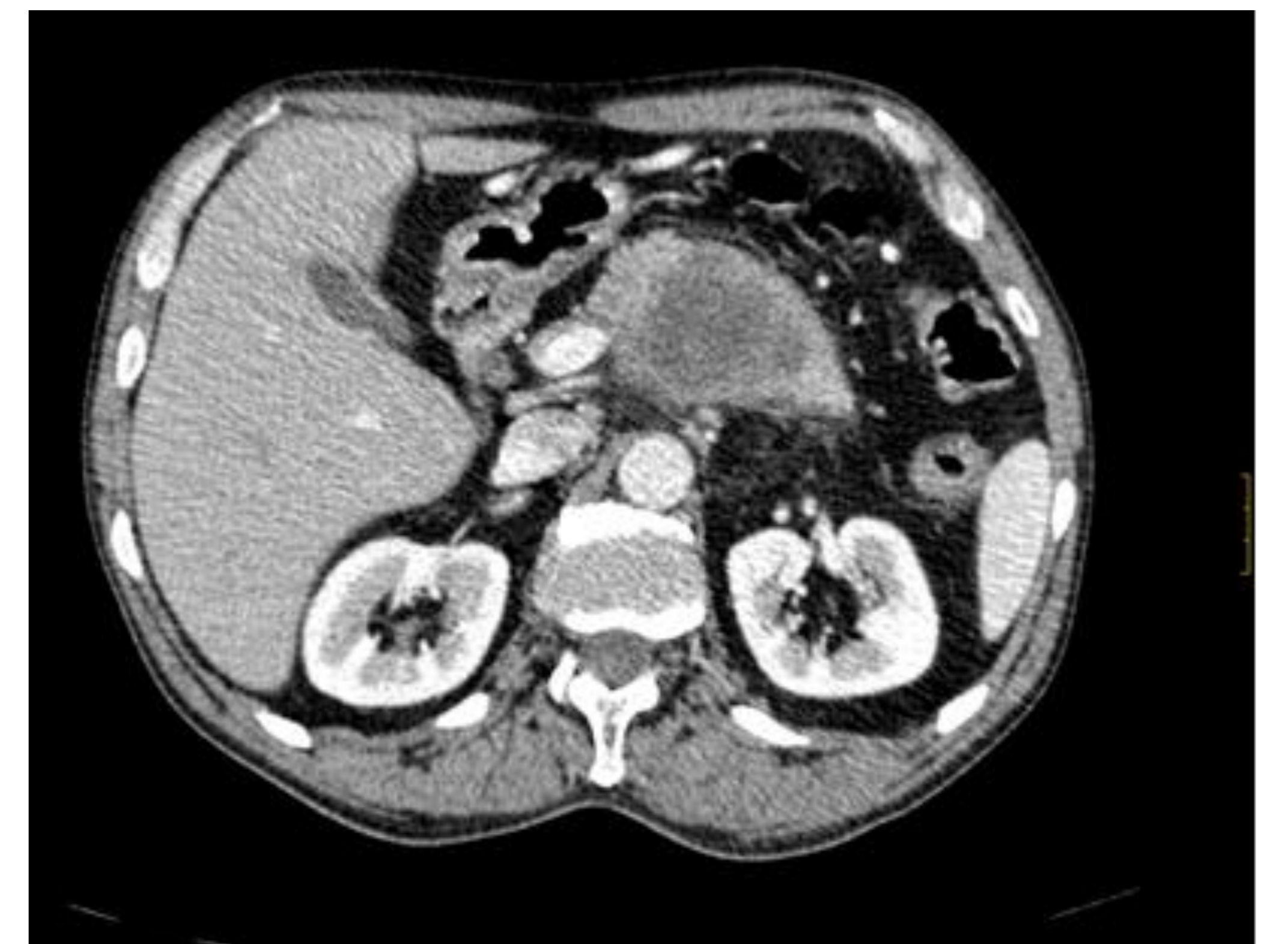


Imagen 1. TC al diagnóstico

## JUICIO DIAGNÓSTICO

**Adenocarcinoma indiferenciado de Páncreas con metástasis hepáticas(cT4cN1M1)**

## TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

En **Noviembre de 2016** inicia tratamiento con **FOLFIRINOX** con varias reducciones de dosis hasta el 70% con progresión local, con enfermedad hepática estable, tras 4 ciclos. Inicia entonces tratamiento de 2ª línea con **Gemcitabina-Abraxane** en **Marzo'17** durante 2 años con excelente tolerancia (25 ciclos) con respuesta completa hepática y parcial pancreática, por lo que se decide en comité de tumores tratamiento quirúrgico. En **Abril '19** se realiza **esplenopancreatomectomía distal abierta** con respuesta completa patológica pT0pN0 y con ausencia de complicaciones postquirúrgicas inmediatas.

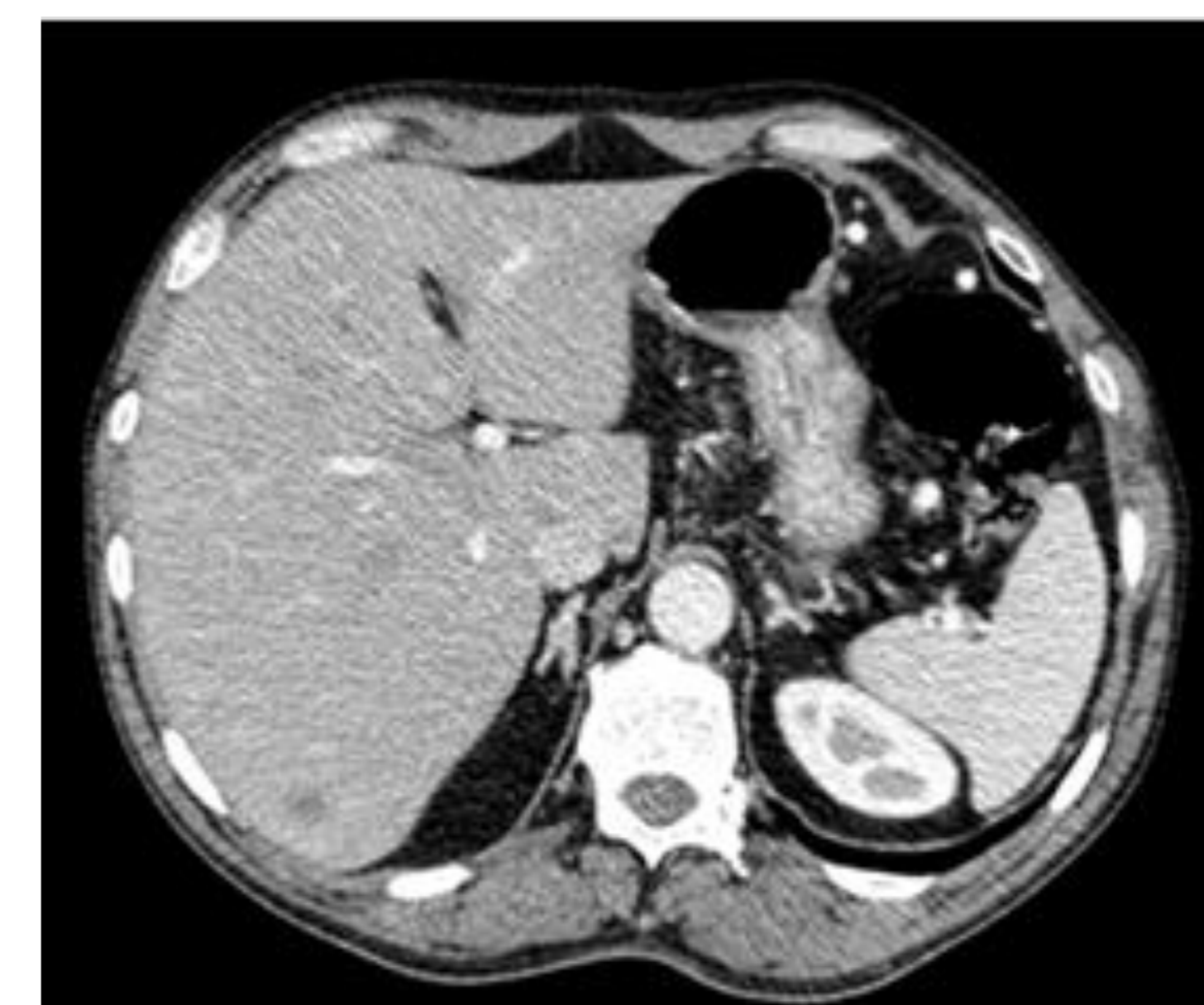
En última visita en **Octubre'19** TAC toracoabdominopélvico sin hallazgos(Imagen 2) y Ca 19.9 normal(8.2)

Actualmente, disponemos fundamentalmente de dos esquemas de tratamiento en primera línea de cáncer de páncreas metastásico: FOLFIRINOX y Gemcitabina-Abraxane<sup>3</sup>

El downstaging con FOLFIRINOX pudiendo realizarse posteriormente resección completa, es raro. En un estudio realizado por Hackert et al.4 de los 125 pacientes diagnosticados con cáncer de páncreas localmente avanzado irreseccable, después del tratamiento neoadyuvante con FOLFIRINOX, 29 pacientes fueron reseccables.

Por tanto, el caso que nos ocupa se trata de una respuesta infrecuente a la quimioterapia en enfermedad avanzada, inicialmente con afectación hepática, además con respuesta completa tras cirugía y conservado actualmente un ECOG 0.

Noviembre 2016



Octubre 2019



Imagen 2

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.Oomi K, Amano M. The epidemiology of pancreatic disease in Japan. Pancreas 1998; 16:233-40
2. Overview of surgery in the treatment of exocrine pancreatic cancer and prognosis. Carlos Fernandez-del Castillo, MDRamon E Jimenez, MD. Mar 14, 2019.
3. Systemic Chemotherapy in Advanced Pancreatic Cancer. Hee Seung Lee and Seung Woo Park. Gut Liver. 2016 May; 10(3): 340-347.
4. Hackert T, Sachsenmaier M, Hinz U, et al. Locally advanced pancreatic cancer: neoadjuvant therapy with folfinox results in resectability in 60% of the patients. Ann Surg 2016;264:457-63.