

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de inducción en el **cáncer de páncreas borderline** es una estrategia comúnmente aceptada. El uso de **gemcitabina-nabpaclitaxel** ha demostrado un papel relevante en este contexto **consiguiendo reseccabilidad de hasta 35% en algunas series**. La **toxicidad pulmonar** ocasionada por gemcitabina es una complicación poco frecuente y asociada a una alta morbimortalidad (1) y raramente se ha descrito por la combinación gemcitabina-nabpaclitaxel. Su diagnóstico es de exclusión y exige descartar previamente otras posibilidades.

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Varón de 68 años, exfumador, hipertensión y osteoporosis como antecedentes, que consulta por epigastralgia y pérdida de peso. Exploración física normal. ECOG 1.

TRATAMIENTO

Recibe 3 ciclos de **nabpaclitaxel 125 mg/m² y gemcitabina 1000 mg/m²**. Mala tolerancia con artralgias, astenia y dolor torácico. Además progresiva disnea de moderados esfuerzos sin clínica infecciosa añadida.

EVOLUCIÓN

Se realiza un TAC tras 3 ciclos de tratamiento que objetiva respuesta parcial de la masa en páncreas y **aparición de condensaciones pulmonares con engrosamiento septal de distribución periférica subpleural de predominio en campos superiores (Imagen 1a.b)**. Compatible con **linfangitis carcinomatosa vs neumonitis tóxica**.

Se decide suspender la quimioterapia y realizar biopsia quirúrgica del LSI para obtener diagnóstico histológico, con resultado de patrones variados, compatible con diagnóstico de **cambios secundarios a toxicidad farmacológica** (Imágenes 2.3.4.).

DIAGNÓSTICO

TAC abdominal: masa de 23 mm en la cabeza pancreática, que contacta e infiltra la vena porta, afectación ganglionar locorreional. **Ca19.9 normal**. **Citología** obtenida mediante cepillado de colédoco, compatible con **adenocarcinoma**.

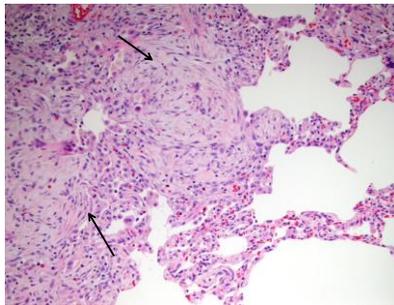


Imagen 2. Imagen microscópica de pulmón (HE 200x) con múltiples estructuras fibromixoides (flechas) que crecen hacia la luz alveolar formando pseudopólipos con patrón de neumonía organizada con arquitectura del pulmón subyacente normal

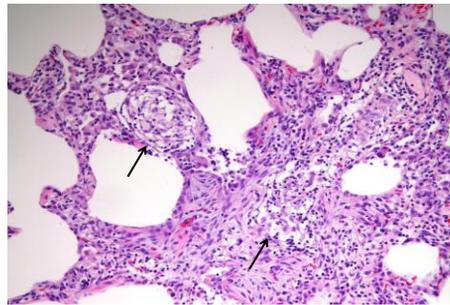


Imagen 3. Imagen microscópica de pulmón (HE 200x) con múltiples microgranulomas de histiocitos epiteloides mal conformados peribronquiales, intersticiales y perivasculariales con células gigantes multinucleadas (flechas)

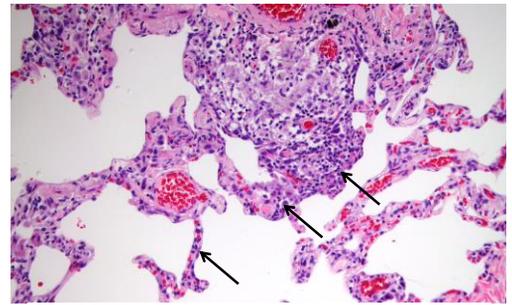


Imagen 4. Imagen microscópica de pulmón (HE 200 x) con abundante infiltración inflamatoria linfocitaria (flechas) con patrón de neumonía intersticial crónica inespecífica

Al suspender la quimioterapia, **presenta mejoría de la clínica, sin necesidad de corticoides y resolución de condensaciones pulmonares**. Una vez resuelto el cuadro y descartado la afectación metastásica pulmonar, se realiza duodenopancreatectomía cefálica. Se trataba de adenocarcinoma cabeza de páncreas ypT2ypN1 (G1, V0L0P0). No recibió tratamiento adyuvante por toxicidad pulmonar grave a la quimioterapia previamente recibida. Actualmente en seguimiento, sin evidencia de recidiva.

DISCUSIÓN

La **toxicidad pulmonar** por quimioterapia se estima entre **10-20%**. Tanto la gemcitabina como los taxanos son potencialmente neutrotóxicos. La frecuencia de neutrototoxicidad grave de cada fármaco se estima entre 1-2% (1-2) pero la incidencia aumenta hasta 20% si se combinan entre ellos (3). Puede manifestarse como neumonitis intersticial, daño alveolar difuso, hemorragia alveolar, efusiones pleurales y neumonía aguda eosinofílica (4). El tratamiento es **sintomático**, que implica la suspensión de citotóxico, en algunos casos graves precisa **corticoidoterapia**. La mortalidad de neutrototoxicidad grave por gemcitabina es entorno de 20% (5). En estos casos, la reintroducción del fármaco está **contraindicada**.