

María Padilla, Rosa María Rodríguez, María José Ortiz, Elena Serrano, Enrique Aranda Aguilar.
Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba). Servicio Oncología Médica. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. CIBERONIC.

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente la mitad de los pacientes intervenidos con intención curativa por cáncer gástrico recaen, hasta 40% en peritoneo, sin alcanzar habitualmente la supervivencia esperable inferior al año en cáncer gástrico avanzado HER2 negativo. Esto supone una merma en su calidad de vida y es causa de muerte en la mayoría.

CASO CLÍNICO

PRESENTANDO AL PACIENTE

Varón de 58 años, sin antecedentes familiares ni comorbilidades de interés. Diagnosticado en octubre de 2015 de Adenocarcinoma gástrico (cardias) moderadamente diferenciado ulcerado tipo intestinal estadio cT3 cN1 M0 IIB. Recibe tratamiento perioperatorio según esquema ECX (Epirubicina/Cisplatino/Capecitabina) 3 ciclos y se interviene en marzo de 2016 mediante gastrectomía total y linfadenectomía D1 con anastomosis esofagoyunal termino lateral, con estadio definitivo ypT3ypN0 sin afectación peritoneal. Recibe 2 de los 3 ciclos previstos adyuvantes por tromboembolismo pulmonar derecho con buena evolución tras anticoagulación con HBPM.

RECAÍDA PERITONEAL

En junio de 2017 -intervalo libre de enfermedad 15 meses- encontrándose asintomático y sin neurotoxicidad, presenta **recaída peritoneal**: nódulo subfrénico izquierdo de 16x11mm hipermetabólico en PET (*imágenes 1 y 2*), no accesible por biopsia percutánea. **Her2 negativo, MSS. CEA y Ca 19.9 normales.**

Recibe primera línea para enfermedad avanzada: **mFOLFOX6** (fluorouracilo-oxaliplatino) desde julio de 2017 con máxima respuesta enfermedad estable (*imagen 3*) continuando desde los 6 meses en monoterapia con fluoropirimidinas teniendo en cuenta la respuesta y la toxicidad hematológica.

En julio de 2018, con intervalo libre de progresión (ILP) de 13 meses y continuando asintomático, presenta **progresión peritoneal** (*imagen 4*) proponiéndose tratamiento de segunda línea: **PACLITAXEL-RAMUCIRUMAB** con respuesta completa radiológica por criterios RECIST 1.1 en primera valoración de respuesta (*imagen 5*) con aceptable tolerancia, presentando una fístula perineal tras 5 ciclos de ramucirumab.

En enero de 2019, con ILP de 5 meses, en TC **progresión radiológica peritoneal** (*imagen 6*) por lo que se propone tratamiento de tercera línea con intención paliativa con **IRINOTECAN** con respuesta parcial (RP) mantenida al año.

CONSIDERANDO LA EXCEPCIONAL EVOLUCIÓN...

Con supervivencia global mayor a 24 meses desde la recidiva peritoneal y con RP mantenida en tercera línea durante 12 meses, manteniendo ECOG 0 y con parámetros de buen pronóstico (tabla 1), presentamos el caso en subcomisión multidisciplinar de Tumores Digestivos y proponemos laparoscopia exploradora y valoración de resecabilidad y toma de muestras.

RECAÍDA PERITONEAL



Imagen 1. . TAC 15.05.2017 con nódulo de 16 mm de nueva aparición

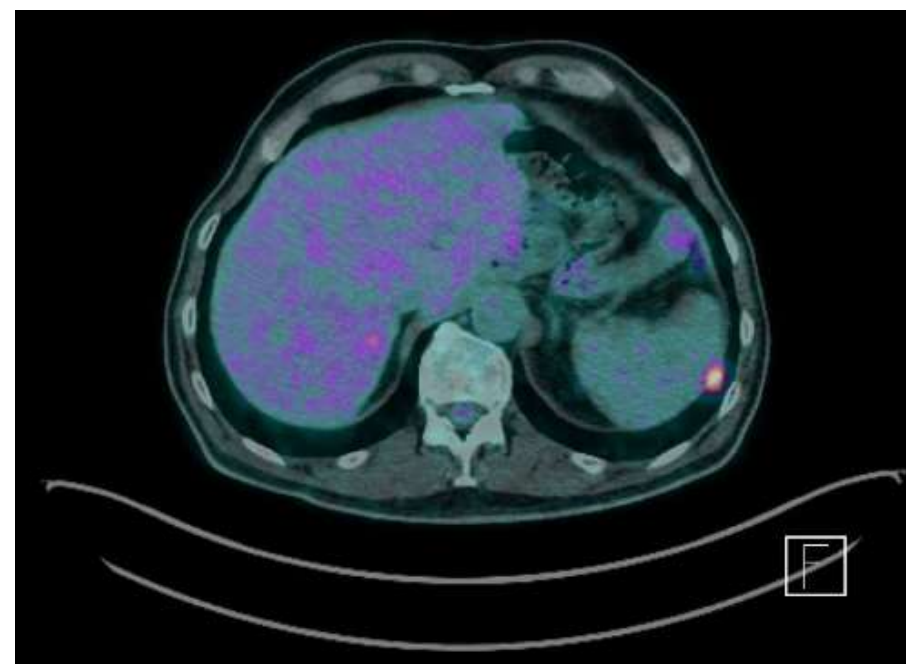


Imagen 2. PET/TAC 29/06/2017 nódulo hipermetabólico que sugiere la presencia de tejido tumoral viable



Imagen 3. . TAC de 09.11.2017 con enfermedad estable con disminución del nódulo de 16 a 11.6 mm.

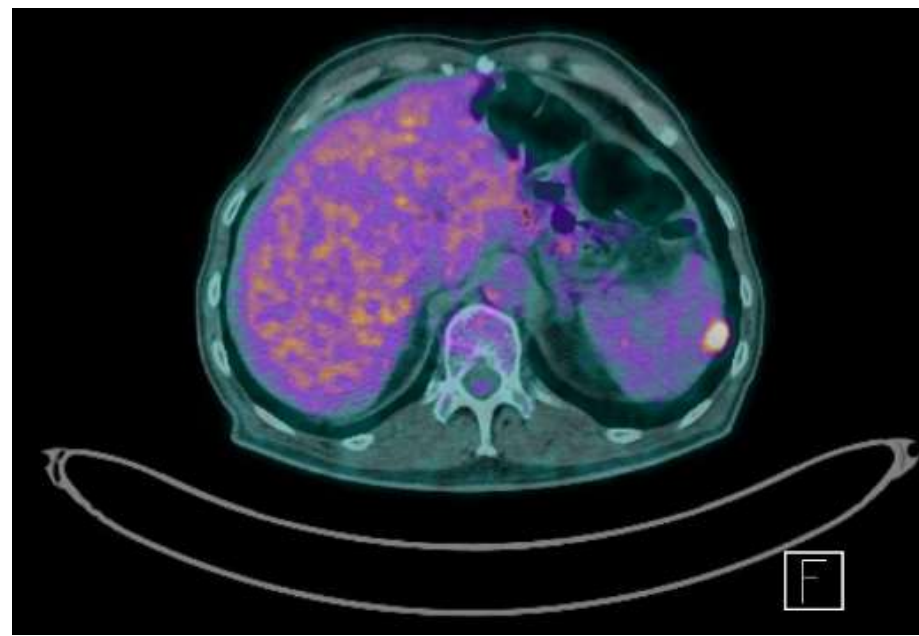


Imagen 4. PET/TAC 04.07.2018 con aumento del metabolismo del nódulo subfrénico izquierdo sugestivo de tumor viable.



Imagen 5. TAC 27.09.2018 con nódulo subfrénico de unos 11 mm, similar a medidas previas..



Imagen 6. TAC 18.12.2018 progresión de enfermedad a nivel de nódulo subfrénico izquierdo de 19 mm.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se realizó laparoscopia exploradora considerándolo resecable. En marzo de 2020 se intervino mediante **CITORREDUCCIÓN PERITONEAL COMPLETA (CCO) + HIPEC (PACLITAXEL)** describiendo implantes en peritoneo parietal izquierdo e implante único en peritoneo parietal derecho confirmando adenocarcinoma de origen gástrico. Continuamos tratamiento con el mismo esquema hasta septiembre de 2020.

Actualmente en seguimiento activo sin tratamiento oncológico específico con TC trimestrales sin evidencia de enfermedad tras 8 meses de la cirugía (*imagen 7*).

PARÁMETROS DE BUEN PRONÓSTICO	
ECOG ≤ 2	✓
Metástasis hepáticas	✓
Metástasis peritoneales	✗
FA ≤ 100	✓

PARÁMETROS DE BUEN PRONÓSTICO	
Gastrectomía tumor primario	✓
Albúmina $\geq 3,6$ g/dl	✓
LDH ≤ 480 U/l	✓
Tiempo hasta progresión en 1ª línea ≤ 6 meses	✓

Tabla 1. Parámetros de buen pronóstico tras quimioterapia a primera línea

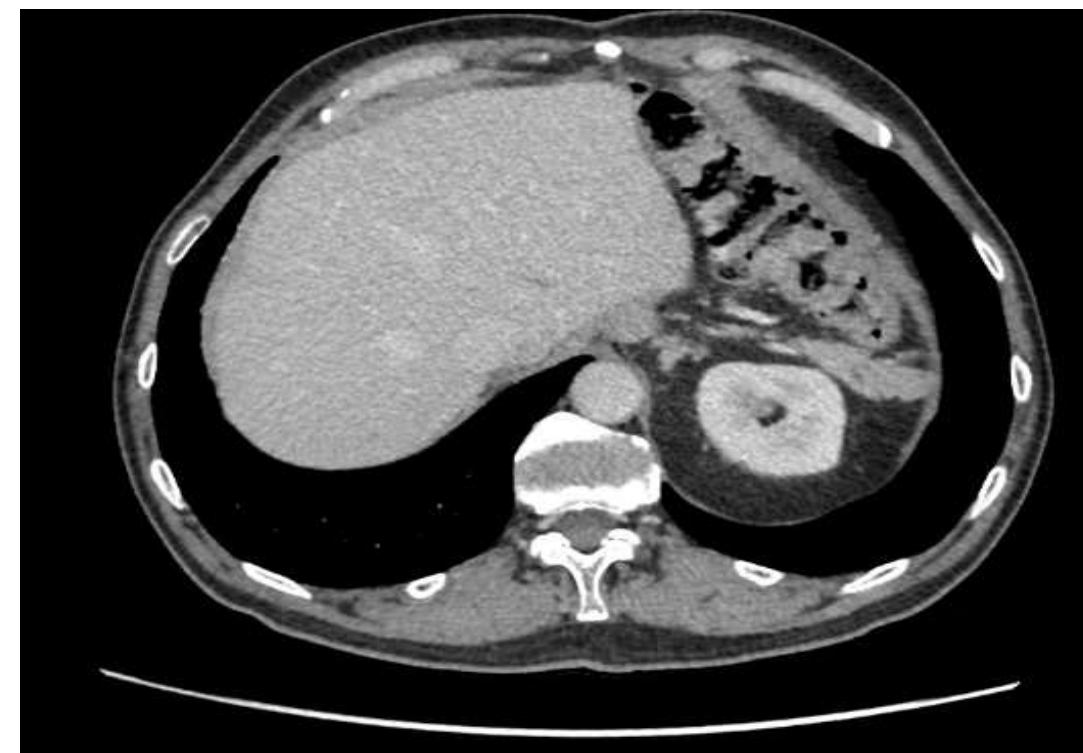


Imagen 7. TAC 19.10.2020 sin evidencia de enfermedad peritoneal ni recaída de enfermedad.

DISCUSIÓN

En los últimos años se viene incorporando al arsenal terapéutico de los tumores digestivos, con un papel controvertido, la CCO + HIPEC en centros de referencia. Las contraindicaciones a su elección serían la imposibilidad de conseguir CCO, PCI > 12, edad > 70 años, comorbilidades, malnutrición, metástasis extraabdominales, metástasis hepáticas irresecables, afectación ganglionar masiva o retroperitoneal y empeoramiento tras quimioterapia.

En cáncer gástrico, los metaanálisis de estudios aleatorizados de HIPEC con carcinomatosis establecida son discutibles, sin demostrar diferencias significativas en favor de la CCO + HIPEC frente a los tratados solo con quimioterapia sistémica. Actualmente se encuentran en marcha ensayos con HIPEC para estadios localmente avanzados (PREVENT AIO, GASTRIPEC) pendientes de resultados.

En nuestro paciente, la combinación de tratamientos sistémicos y abordaje quirúrgico están permitiendo alcanzar una inesperada supervivencia global, manteniendo una excelente calidad de vida a pesar de la recaída peritoneal. En pacientes seleccionados, la CCO presenta un nuevo horizonte en el arsenal terapéutico, que sumada a la cirugía del primario +/-HIPEC y tratamiento sistémico podría suponer incluso la curación de algunos pacientes, impensable hasta hace unos años en un estadio avanzado.