

LARGO RESPONDEDOR A TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA EN CÁNCER COLORRECTAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

HISTORIA ONCOLÓGICA

Varón, 79 años, con AP adenocarcinoma de próstata Gleason 7 (4+3) tratado con radioterapia externa en diciembre de 2003 y posterior recaída bioquímica en febrero de 2018 tratada con braquiterapia.

Noviembre 2014: diagnóstico sincrónico de adenocarcinoma con células en anillo de sello localizado a nivel cecal y colon descendente, estadio pT4aN2 y estadio pT3N0, respectivamente, tratado mediante colectomía total con anastomosis ileorrectal y linfadenectomía,. El estudio molecular fue KRAS y NRAS no mutado MMR pérdida de expresión de MSH6, resto conservado.

Febrero – julio 2015: capecitabina adyuvante (x8).

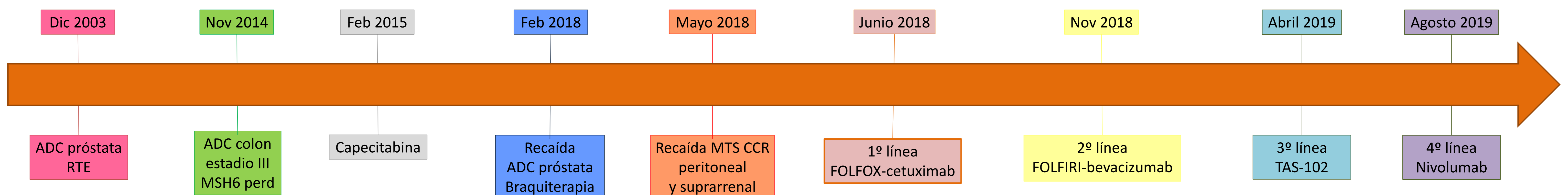
Enero 2016: diagnóstico de síndrome de Lynch por mutación en MSH6 en línea germinal.

Mayo 2018: recaída metastásica peritoneal y suprarrenal derecha. Inicio de tratamiento de 1º línea con FOLFOX-cetuximab, recibiendo 10 ciclos.

Noviembre 2018: progresión peritoneal y suprarrenal. Comienzo de 2º línea con FOLFIRI-bevacizumab, recibiendo 5 ciclos.

Abril 2019: progresión tumoral adrenal y retroperitoneal, con afectación del hilio renal, atrofia renal e infarto renal. Inicio de 3º línea con TAS-102.

Agosto 2019: progresión retroperitoneal. Comienzo de tratamiento de 4º línea con nivolumab.



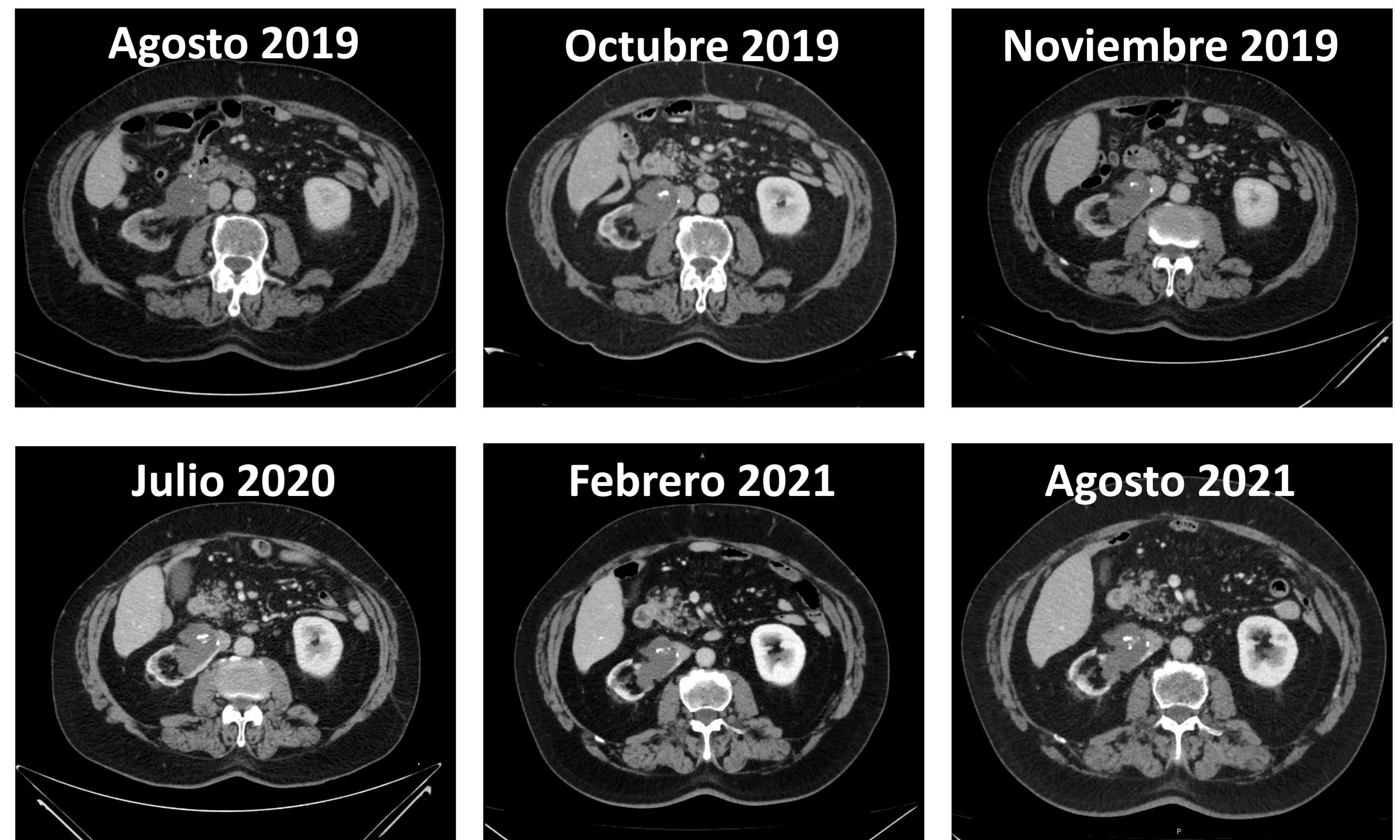
EVOLUCIÓN

El paciente presentó mejoría clínica, con descenso de marcadores tumorales. En cambio, en primera reevaluación (octubre 2019), se objetivaba discreto crecimiento de masa retroperitoneal.

Con la sospecha de pseudoprogresión se continuó tratamiento, presentando respuesta parcial en reevaluación precoz a las 6 semanas (noviembre 2019).

El tratamiento continuó hasta septiembre 2021, recibiendo 50 ciclos de nivolumab sin toxicidades destacables y presentando respuesta parcial mantenida en reevaluaciones periódicas.

Después de dos años de tratamiento con nivolumab y ante respuesta parcial mantenida, se informa a paciente de la posibilidad de suspender inmunoterapia. Sin embargo, se decidió de forma conjunta la continuación de tratamiento, que mantiene hasta la fecha (C57 26 de noviembre 2021).



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Al diagnóstico de la recaída metastásica (mayo 2018) no era posible el inicio de tratamiento de primera línea con inmunoterapia, ya que aún no se conocían los resultados del KEYNOTE 177 (diciembre 2020). El antecedente de otra neoplasia fue criterio de exclusión para ensayos clínicos que ofrecían esta posibilidad.

En el tratamiento del cáncer colorrectal metastásico con inestabilidad de microsatélites, la inmunoterapia ha demostrado su eficacia como tratamiento en líneas sucesivas (KEYNOTE-164, CHECKMATE-142). En nuestro caso, a la progresión a la tercera línea, solamente estaban disponibles los resultados de CHECKMATE-142. Se solicitó el uso compasivo de nivolumab-ipilimumab, autorizándose únicamente el tratamiento con nivolumab.

Una cuestión candente en los pacientes tratados con inmunoterapia y respuesta completa parcial o mantenida tras dos años de tratamiento es la posibilidad de suspensión del tratamiento. En todos los casos se recomienda informar al paciente de las opciones posibles, así como sus beneficios y riesgos. En nuestro caso, se decidió la continuación de nivolumab ante la presencia de masa retroperitoneal, que generó infarto renal derecho, y la buena tolerancia al tratamiento.

Por tanto, la inmunoterapia es una opción eficaz y segura en líneas sucesivas en pacientes con adenocarcinoma de colon metastásico con inestabilidad de microsatélites, siempre y cuando no pueda ser recibido en primera línea.

BIBLIOGRAFÍA