

Cáncer de páncreas irresecable metastásico.

La importancia del comité multidisciplinar y de las evaluaciones seriadas en este contexto

Carnerero Córdoba, Lidia¹; Pérez García, Mirian Esther¹; Morcillo Calero, Eva¹; González Astorga, Beatriz¹;
¹Hospital San Cecilio, Granada.

Introducción

La resección quirúrgica es el único tratamiento potencialmente curativo en el cáncer de páncreas. Sin embargo, solo el 15-20% de los pacientes presenta una enfermedad potencialmente resecable al diagnóstico.

En los pacientes con enfermedad localmente avanzada, con invasión de estructuras adyacentes, las opciones terapéuticas incluyen radioterapia, quimioterapia o la combinación de ambas modalidades de tratamiento sin existir un acuerdo sobre la mejor estrategia terapéutica en estos casos. El caso de nuestra paciente muestra la importancia del comité multidisciplinar en la valoración de la resecabilidad quirúrgica en el cáncer de páncreas.

Descripción del caso

Anamnesis: Mujer de 75 años sin comorbilidades de gravedad. Consulta por mal control de diabetes y síndrome constitucional. Exploración física: Caquética, aceptable estado general. Abdomen: molestias a la palpación de epigastrio sin palpación de masa.

Pruebas complementarias:

- TAC (noviembre 2019): masa pancreática heterogénea con dudosa infiltración de fundus gástrico. LOE suprarrenal izquierda, sospechosa de metástasis.
- Ecoendoscopia con toma de biopsia de masa pancreática. Diagnóstico final: Adenocarcinoma de páncreas estadio IV (metástasis suprarrenal y probable infiltración gástrica)

Diagnóstico final: Adenocarcinoma de páncreas estadio IV (metástasis suprarrenal y probable infiltración gástrica)

Tratamiento y evolución:

Diciembre-2019 inicia gemcitabina en monoterapia como primera línea de quimioterapia paliativa.

Re-evaluación con TAC a los 3, 6 y 9 meses: enfermedad estable pancreática. Se plantean dudas acerca de la lesión suprarrenal izquierda, catalogándola en ese momento de adenoma. Se redefine estadiaje y se considera un cáncer de páncreas localmente avanzado.

Se presenta en comité y se decide tratamiento local por parte Oncología Radioterápica. Recibe radioterapia externa (50-54 Gy, 2 Gy/fracción) sobre lesión pancreática. TAC tras fin de radioterapia: disminución de lesión pancreática y estabilidad de lesión suprarrenal izquierda.

Se presenta en comité y se decide cirugía. Intervenida en marzo-2021 mediante pancreatocistoduodenectomía, gastrectomía parcial y esplenectomía. Resultado anatómico-patológico: adenocarcinoma ductal infiltrante de páncreas ypT1cypN0 (0/11), margen de resección afecto (cirugía R1). Se inicia seguimiento.

Julio-2021, en TAC de seguimiento: tromboembolismo pulmonar agudo y derrame pleural derecho sin signos de recidiva local.

Agosto-2021 la paciente presenta importante deterioro clínico, se realiza TAC que informa de aumento del derrame pleural, e ingresa en Medicina Interna, produciéndose el éxitus pocos días después del ingreso.

TAC inicial Noviembre 2019



TAC tras RT



Breve discusión:

En el caso de nuestra paciente ante la sospecha de enfermedad extrapancreática inicial, se decidió comenzar con una primera línea de quimioterapia paliativa, el régimen elegido fue la gemcitabina en monoterapia dada la edad y la fragilidad de la paciente, este esquema aporta beneficio clínico y aumento de supervivencia (tasa de supervivencia a 12 meses del 18%)¹, además de ser un esquema bien tolerado. Tras evaluaciones seriadas se observó respuesta a nivel local de la neoplasia pancreática sin modificarse la metástasis adrenal izquierda, por lo que se redefine la situación diagnóstica inicial y se considera un adenocarcinoma de páncreas localmente avanzado.

Ante esta nueva situación clínica, se decide consolidar la respuesta obtenida con tratamiento local mediante radioterapia externa, con el objetivo de prolongar la supervivencia, aunque los datos publicados del ensayo LAP07 no apoyen este abordaje², existen estudios retrospectivos que muestran una mayor tasa de resección tras tratamiento radioterápico. Dada la buena respuesta a la radioterapia se decidió cirugía, ya que la posibilidad de resección quirúrgica en el cáncer de páncreas modifica de forma significativa el pronóstico³. A pesar del éxito de la cirugía, diagnóstico anatomopatológico final de adenocarcinoma ductal infiltrante de páncreas ypT1cypN0, la paciente fallece tras 20 meses de supervivencia desde el diagnóstico.

Bibliografía:

¹Burris HA, et al. Improvements in survival and clinical benefit with gemcitabine as first-line therapy for patients with advanced pancreas cancer: a randomized trial. *J Clin Oncol.* 1997;15(6):2403.

²Hammel P, et al. Effect of Chemoradiotherapy vs Chemotherapy on Survival in Patients With Locally Advanced Pancreatic Cancer Controlled After 4 Months of Gemcitabine With or Without Erlotinib: The LAP07 Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2016;315(17):1844.

³Benassai G, et al. Survival after pancreaticoduodenectomy for ductal adenocarcinoma of the head of the pancreas. *Chir Ital.* 2000;52(3):263