

# LARGOS SUPERVIVENTES EN CÁNCER DE COLON AVANZADO: ¿PODEMOS MEJORAR LOS RESULTADOS?

María Zapata, Alba Moratiel, María Álvarez, Irene Torres, Elisa Quílez.  
Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza.



## Introducción

El cáncer colorrectal es el segundo tumor en frecuencia. Hasta un 50% de los pacientes desarrollarán metástasis, lo que contribuye a la alta tasa de mortalidad. Aun así, la tasa de supervivencia a 5 años alcanza el 60% (1).

Las principales localizaciones metastásicas son el hígado y el pulmón, y su tratamiento con intención curativa mejora drásticamente el pronóstico, por lo que son importantes las reevaluaciones para plantear tratamientos quirúrgicos o locales en estas localizaciones.

Los retratamientos y el uso de tratamientos de mantenimiento con esquemas simplificados ayudan a mantener la mejor respuesta obtenida y a conseguir una mayor supervivencia global (2).

## Caso clínico

Mujer de 72 años. Independiente para ABVD. Sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes Personales: hipertensión arterial, dislipemia, depresión y osteopenia.

### Historia Oncológica:

Diagnosticada en Abril/2012 de ADENOCARCINOMA DE COLON DERECHO-CIEGO pT3pN1b (IIIA) KRAS mutado codón 12/13 MSS. Hemicolecotomía derecha el 21/3/2012. Recibe CAPOX adyuvante x 8 ciclos (Fin: Octubre 2012. Toxicidad: neuropatía Grado 2).

\*Octubre/2014: Recaída hepática única. El 15/10/2014 metastasectomía hepática en segmento VIII (AP: Adenocarcinoma intestinal alto grado).

\*Enero/2016: Recaída hepática resecable. El 5/1/2016 metastasectomía hepática segmento I. (AP: Adenocarcinoma intestinal bien diferenciado).

\*Septiembre/2016: Progresión pulmonar, lesiones bilaterales múltiples. Tratamiento 1ªL FOLFOX + Bevacizumab x 8 (protocolo de desensibilización por reacción alérgica tras 2 ciclos de Oxaliplatino), posterior mantenimiento con Bevacizumab + Capecitabina hasta Enero/2018.

\*Abril/2018: Progresión pulmonar. 2ªL, Ensayo Clínico AFEMA TTD, esquema FOLFIRI + Aflibercept. Mejor respuesta EE. Se suspende tratamiento, por toxicidad digestiva y hematológica, en Noviembre/2018 sale del ensayo y continúa controles.

\*Julio/2019: Progresión pulmonar. 3ªL con TAS-102 x 5 (hasta Diciembre/2019). EE Descanso de tratamiento sistémico por toxicidad hematológica.

\*Marzo/2020: Progresión pulmonar. 4ªL con FOLFIRI+ Bevacizumab sin bolus 5FU x 12 y posterior mantenimiento con 5-FU + Bevacizumab hasta Febrero/2021. Toxicidad hipertensión arterial G1-2, astenia G1.

\*Febrero/2021: Progresión pulmonar. 5ªL dentro de Ensayo Clínico fase III FRESCO-2 (Fruquintinib/placebo). EE. Toxicidad pulmonar y palmo-plantar. Dolor dorso-lumbar.

\*Agosto/2021: Progresión ósea. Ante ausencia de mutación HER2, 6ªL con FOLFOX (protocolo de desensibilización) + radioterapia antiálgica. Enfermedad estable, continúa tratamiento.

## Discusión

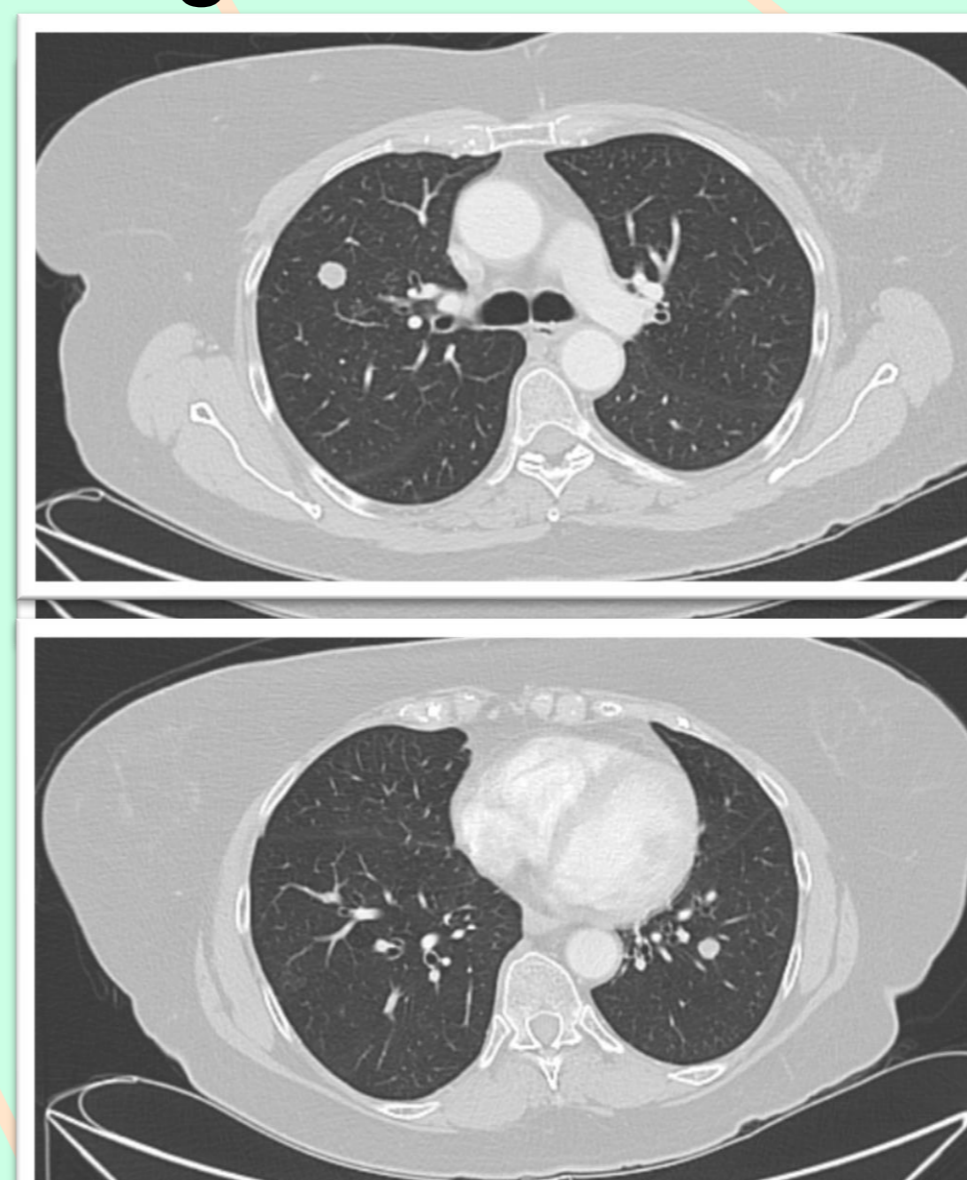
La primera línea de tratamiento del CCRm se basa en un doblete de quimioterapia, más un antiVEGF o un antiEGFR, según la localización y el status mutacional de BRAF/RAS. Recientemente se ha aprobado, también en este escenario, la inmunoterapia en los pacientes con IMS o dMMR (1).

Ante las escasas opciones de tratamientos activos para estos tumores, su agresividad y la toxicidad acumulada que conllevan, están aprobadas estrategias de mantenimiento con esquemas simplificados y tratamiento intermitente con controles estrechos (1,3).

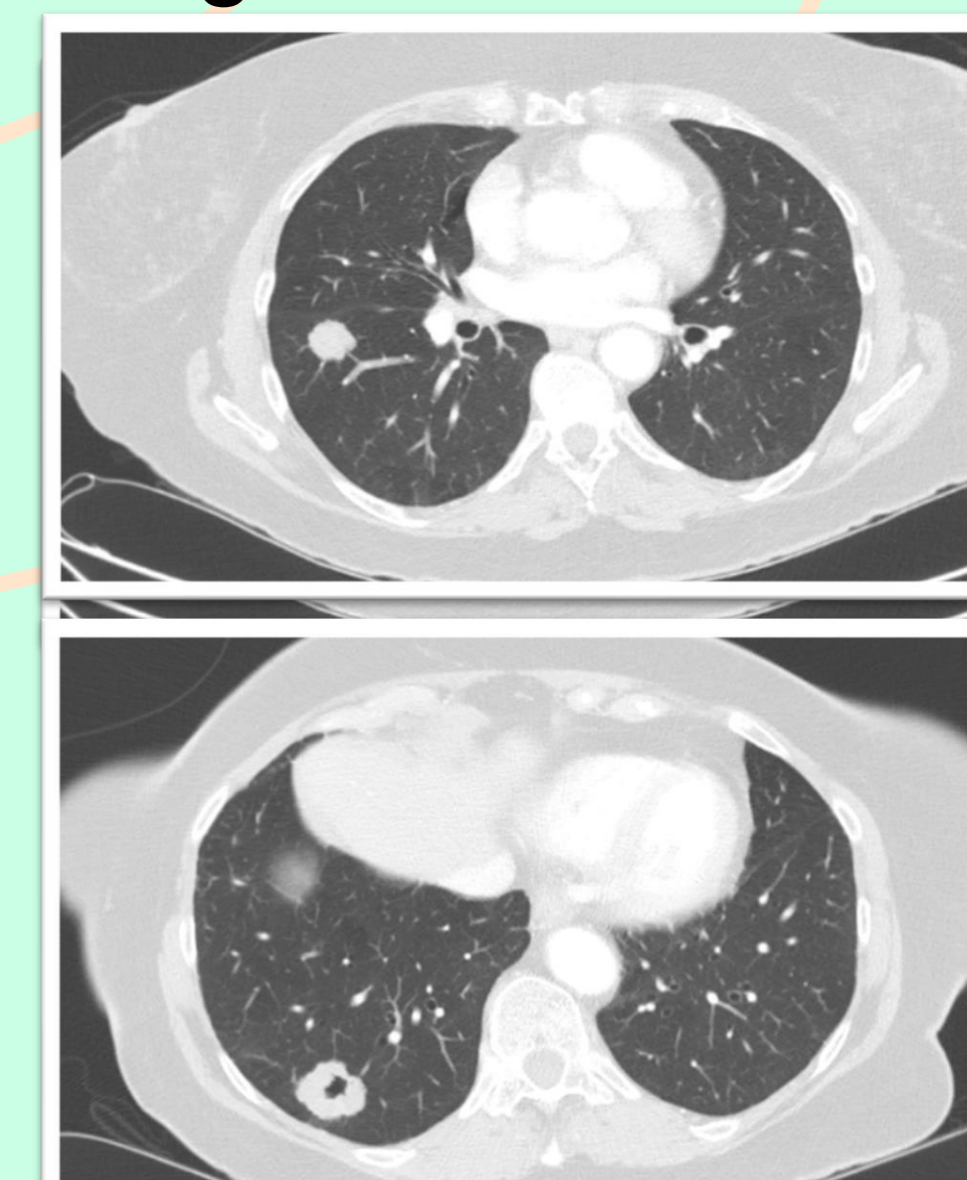
Esto respalda la importancia de conocer la caracterización molecular de los tumores. Identificar diferentes biomarcadores en el tumor, mediante paneles de secuenciación NGS o análisis de genes individuales, nos puede ayudar a detectar dianas y utilizar terapias dirigidas, que podrían mejorar los resultados en supervivencia a largo plazo. Esto es especialmente importante en los pacientes, como nuestro caso, largos supervivientes ya que podríamos identificar qué características los hacen mejores respondedores al tratamiento y, sobre todo, otras opciones de tratamiento de las que podrían beneficiarse (3).

## Imágenes

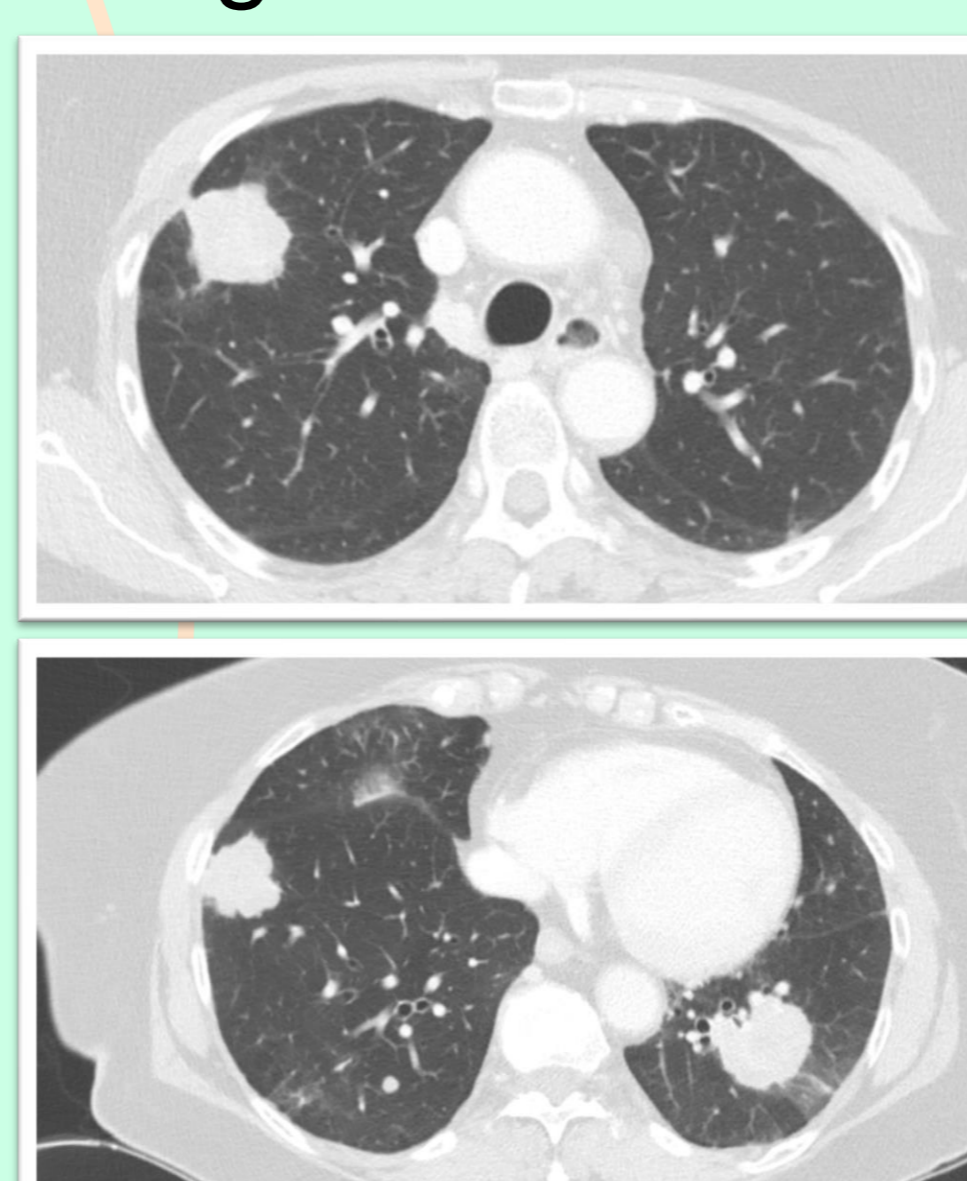
Progresión 09/2016



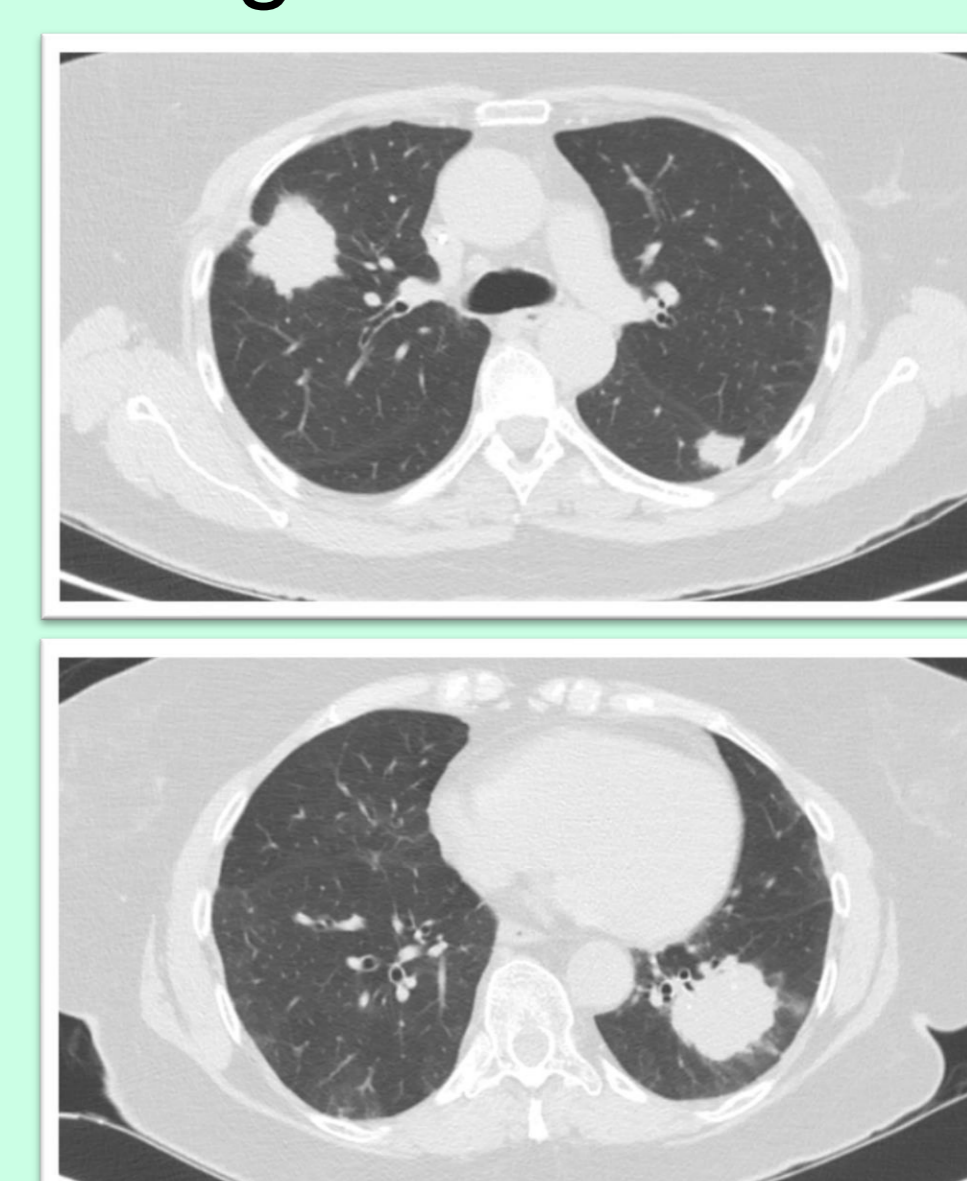
Progresión 04/2018



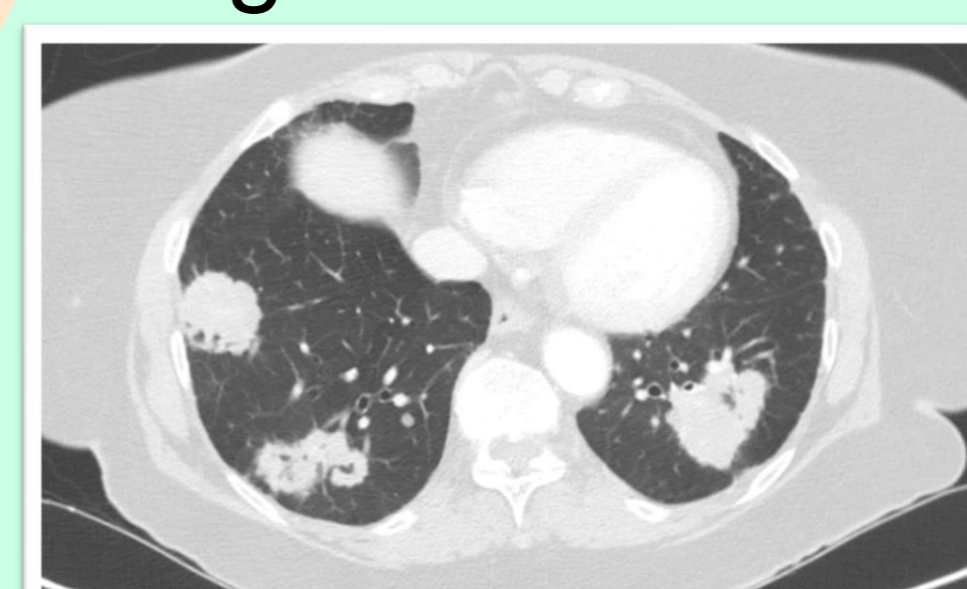
Progresión 07/2019



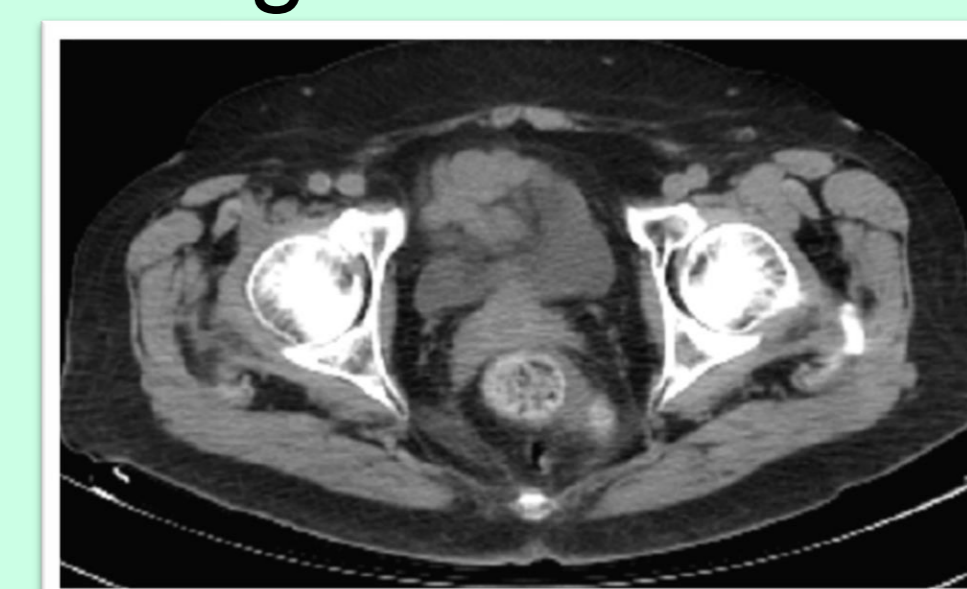
Progresión 03/2020



Progresión 02/2021



Progresión 08/2021



## Referencias

- 1.- Gómez-España MA, Gallego J, González-Flores E, Maurel J, Páez D, Sastre J, et al. SEOM clinical guidelines for diagnosis and treatment of metastatic colorectal cancer (2018).
- 2.- Van Cutsem E, Cervantes A, Nordlinger B, Arnold D, The ESMO Guidelines Working Group. Metastatic colorectal cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol [Internet]. 2014;25(July):iii1-9.
- 3.- Al B. Benson, Venook AP, Al-Hawary MM, Mwanzi SA, Al EN et. Colon Cancer. NCCN Guidel - Colon Cancer. 2021;Version 3 (Colon Cancer).