

# LA SINGULAR EVOLUCIÓN DE UN CASO DE CÁNCER DE PÁNCREAS METASTÁSICO

- Dra. Ester Gost, Dra. Aina Lescaudey de Maneville, Dra. Neus Mesquida, Dra. Alejandra Mercé, Dra. Teresa Fernández - Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca

Son Llàtzer HOSPITAL

## INTRODUCCIÓN

A continuación se presenta un caso de adenocarcinoma de páncreas metastásico de debut (BRCA2 mutado), cuya evolución refleja la importancia de individualizar y tratar de forma multidisciplinar al paciente oncológico.

## HISTORIA CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

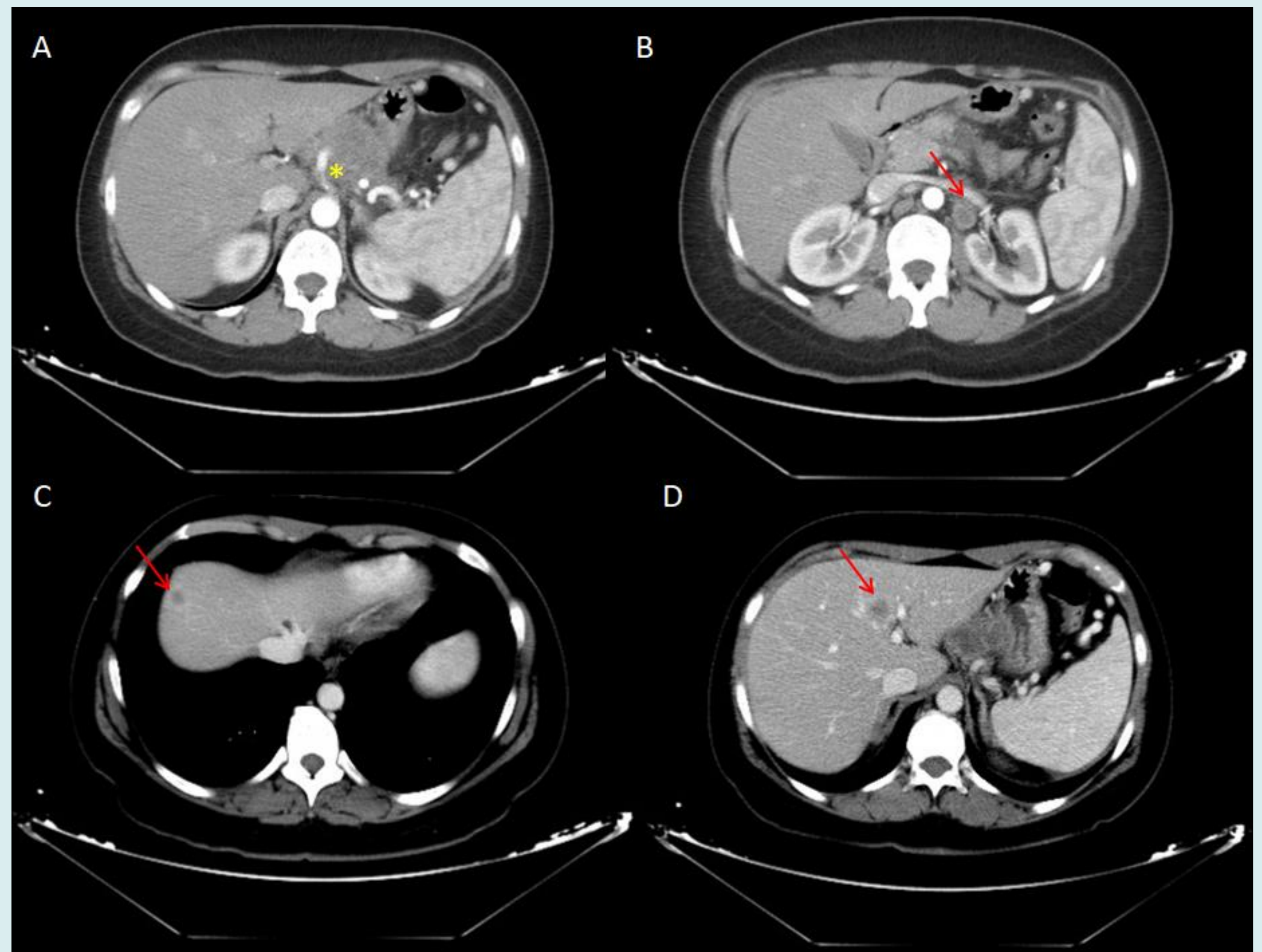
Describimos el caso de una mujer de 42 años sin alergias medicamentosas, hábitos tóxicos ni otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés que, en marzo de 2017, consulta por dispepsia y epigastralgia progresiva irradiada a zona interescapular sin mejoría a pesar de ranitidina y que se asocia a una pérdida de 20 Kg de peso en el último año.

**EXPLORACIÓN FÍSICA:** ECOG 0. Peso: 76Kg, Talla: 163cm. Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal anodina.

### EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

- ❖ Marcadores tumorales: CEA: 6,59 ng/ml, CA 19.9: 5827,04 U/ml.
- ❖ Ecografía abdominal: masa sólida de contornos polilobulados de aproximadamente 46,6 x 29,6 x 45,8 mm en región caudal de páncreas compatible con proceso neoplásico. Adyacente a dicha lesión se aprecia imagen nodular de 16 mm de diámetro compatible con adenopatía.
- ❖ TAC tóraco-abdomino-pélvico: neoformación en cuerpo del páncreas, con extensión extra-pancreática, con signos de infiltración del tronco celiaco y arteria hepática. Adenopatías en retroperitoneo superior. Metástasis hepáticas (segmento VIII y IV). Estadio radiológico T4N1M1 (*Imagen 1*).
- ❖ PAAF de masa pancreática guiada por ecoendoscopia que informa de hallazgos citológicos compatibles con adenocarcinoma.

**DIAGNÓSTICO:** Adenocarcinoma de cuerpo de páncreas irresecable cT4N1M1 (afectación hepática y adenopática retroperitoneal). Estadio IV.



**Imagen 1.** TAC tóraco-abdomino-pélvico al diagnóstico. A) Masa en cuerpo de páncreas con infiltración vascular de plexo celiaco y arteria esplénica (\*). B) Afectación ganglionar retroperitoneal superior (flecha roja). C y D) Metástasis hepáticas (flecha roja).

## EVOLUCIÓN

**Junio de 2017** inicia primera línea con intención paliativa con **FOLFIRINOX**. Tras 3 ciclos (C) se suspende oxaliplatino por hipersensibilidad y continúa FOLFIRI. En TAC de mayo de 2018, tras 29C, presenta respuesta completa hepática y ganglionar.

Comentado en comité multidisciplinar e individualizando el caso (ECOG 0 y RC metastásica), se decide en noviembre de 2018 la realización de resección de cuerpo y cola pancreática vía abierta junto a esplenectomía con cirugía R2 por localización anatómica tumoral. El análisis anatomopatológico describe adenocarcinoma ductal moderadamente diferenciado, margen posterior afecto y sin afectación ganglionar (0/11).

En TAC precoz tras la cirugía en diciembre de 2018 se observa progresión local a nivel de lecho quirúrgico, iniciándose en enero de 2019 **gemcitabina-abraxane** de 2ª línea. En TAC de valoración de respuesta de mayo de 2019, tras 5C, aparece tumoración compleja anexial izquierda sospechosa de malignidad, con resto de enfermedad estable. De nuevo dado excelente tolerancia al tratamiento y buen ECOG, se decide anexectomía izquierda que confirma metástasis de origen pancreático. Reinicia **FOLFIRI**.

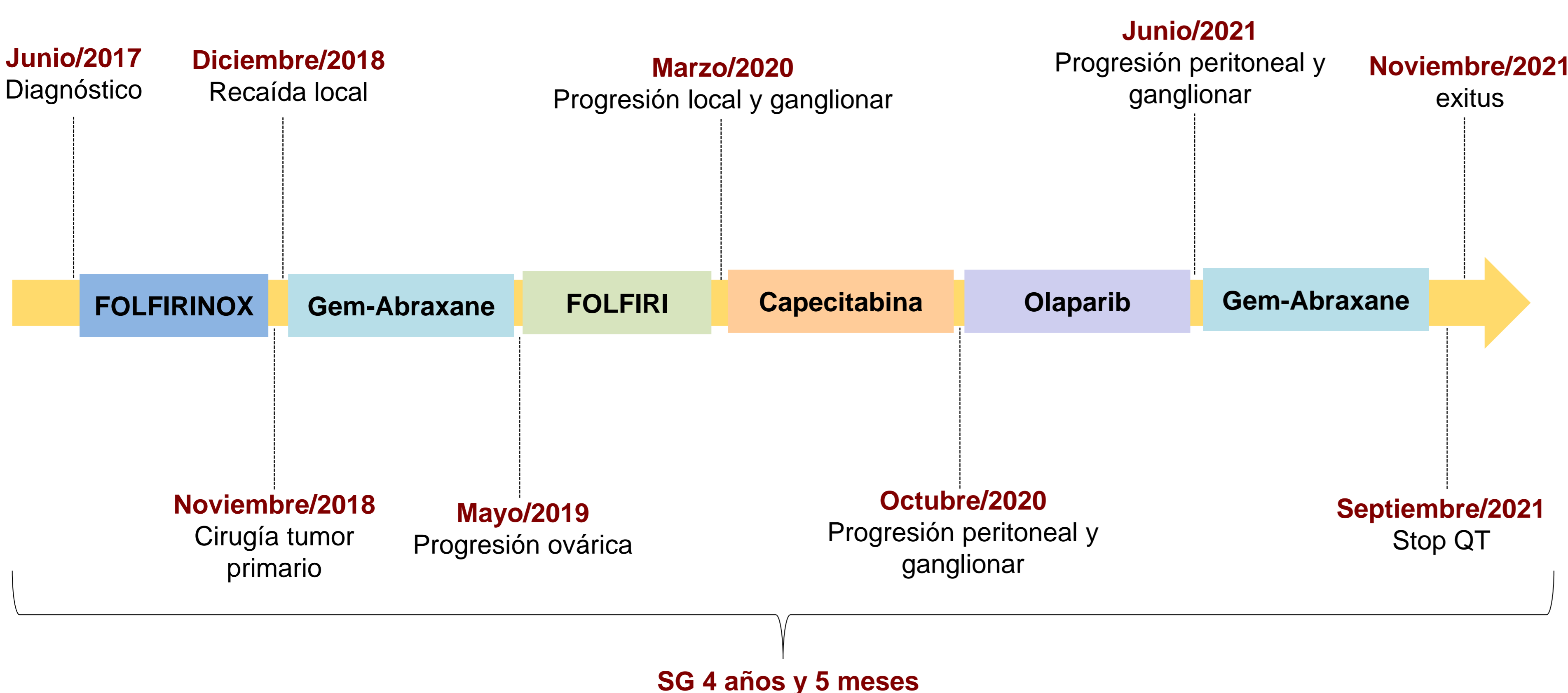
En TAC de marzo de 2020 presenta progresión local y ganglionar, se cambia tratamiento a **capecitabina** en monoterapia. Tras 6C, en octubre de 2020, progresión ganglionar y peritoneal. Dado ECOG 1 mantenido, se deriva a Hospital Vall Hebrón. Estudio genético CARIS concluye BRCA2 mutado, iniciándose Olaparib por uso compasivo y consiguiendo una SLP de 8 meses (*Imagen 2*).

En TAC de julio de 2021, crecimiento de los implantes peritoneales pélvicos. Se reintroduce **gemcitabina-abraxane** quincenal, siendo el último y 3r ciclo el día 13/09/2021 (*Figura 1*).

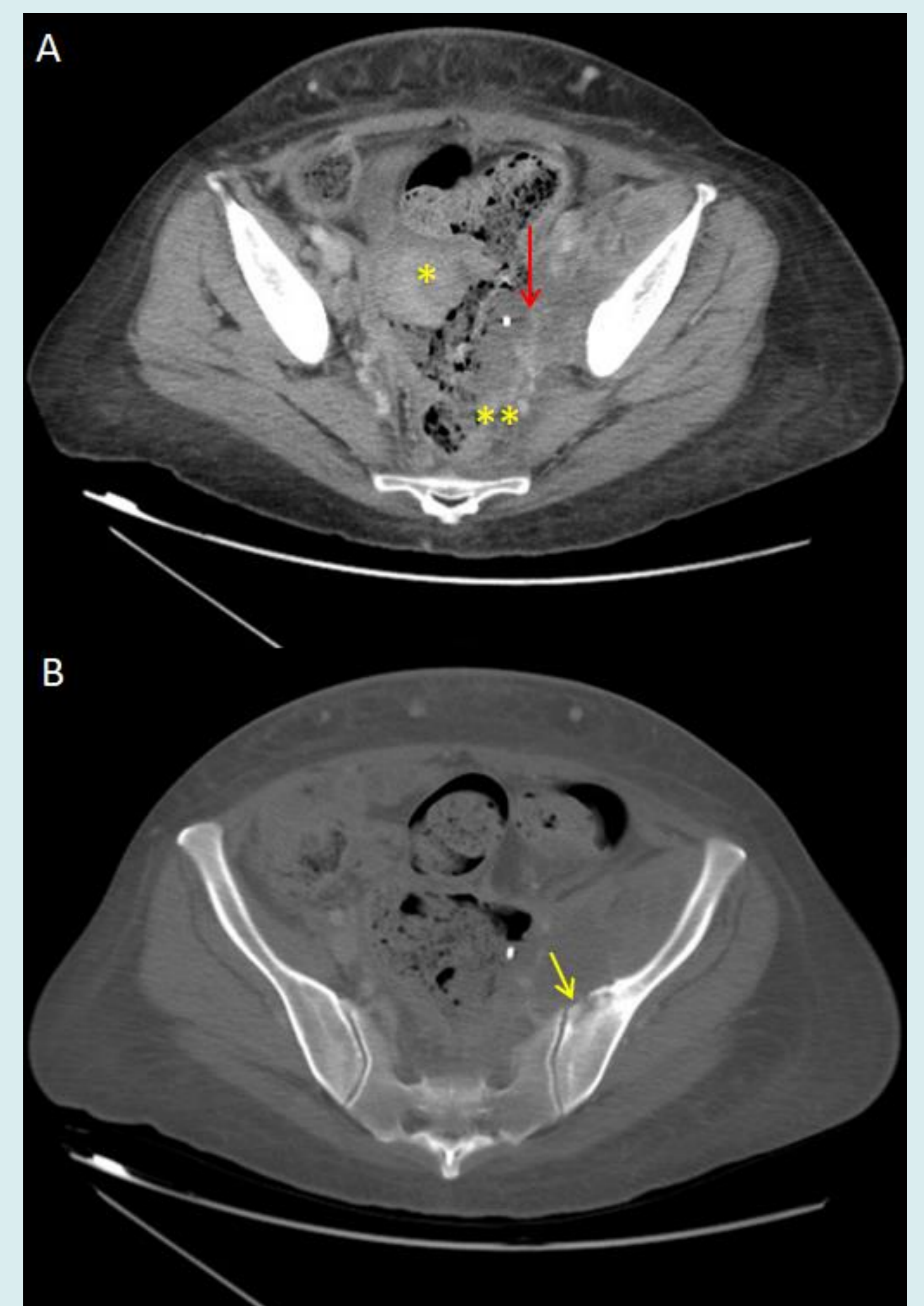
En octubre de 2021 la paciente presenta deterioro clínico con evidencia en TAC de progresión global de la enfermedad (*Imagen 3*). Ingresa en planta de Oncología por dolor pélvico refractario a analgesia de 4º escalón, siendo exitus en **noviembre de 2021**.

BIOMARKER	METHOD	ANALYTE	RESULT	THERAPY ASSOCIATION	BIOMARKER LEVEL*
BRCA2	Seq	DNA-Tumor	Pathogenic Variant Exon 3   p.L88fs	<b>BENEFIT</b> cisplatin + gemcitabine +/- veliparib olaparib, rucaparib	Level 3A Level 3A

**Imagen 2.** Resultados de estudio genético de plataforma Caris.



**Figura 1 (superior).** Resumen cronológico de los tratamientos utilizados. **Imagen 3 (derecha)** Imágenes de TAC de octubre/2021 donde se describía progresión global de la enfermedad y sobre todo a nivel pélvico. A) Se aprecia gran masa tumoral pélvica con signos de infiltración de útero (\*) y recto (\*\*). Confluencia de tumoración junto a adenopatías locales, conformándose gran masa en hemipelvis izquierda que engloba catéter doble J izquierdo y paquete vascular ilíaco externo ipsilateral (flecha roja). B) Erosión ósea y lítica 2ª a la infiltración de pala ilíaca izquierda (flecha amarilla). SG: supervivencia global.



## CONCLUSIONES

La supervivencia global de los pacientes con cáncer de páncreas metastásico a los cinco años es del 2-3%. Lograr una supervivencia de 4 años y 5 meses en este caso fue gracias a algunos factores tales como: el buen ECOG mantenido de la paciente durante todo el proceso, la posibilidad de reseca el tumor primario, el uso de Olaparib tras hallazgos de mutación BRCA2 (presente solo en 4-7% de tumores pancreáticos) y el abordaje multidisciplinar e individualizado que se realizó durante toda la evolución.

## BIBLIOGRAFÍA

- Conroy T, Desseigne F, Y chow M, et al. FOLFIRINOX versus gemcitabine for metastatic pancreatic cancer. *N Engl J Med.* 2011; 364: 1817-25
- Ducreux M, Cuhna AS, Caramella C, et al. Cancer of the pancreas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2015; 26(June): v56-58.
- Golan T, Hammel P, Reni M, et al. Maintenance olaparib for germline BRCA mutated metastatic pancreatic cancer. *N Engl J Med.* 2019; 381(4): 317-27.
- Mukherjee S, Hurt CN, Bridgewater J, et al. Gemcitabine-based or capecitabine-based chemoradiotherapy for locally advanced pancreatic cancer (SCALOP): a multicenter, randomised, phase 2 trial. *Lancet Oncol.* 2013; 14: 317-26.
- National Cancer Institute: Cancer stat facts: Pancreatic cancer. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/pancreas.html>
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras de cáncer en España. 2021. 2021: 19.
- Sohal DPS, Kennedy EB, Cinar P, et al. Metastatic Pancreatic Cancer: ASCO Guideline Update. *J Clin Oncol.* 2020; 38: 3217-30
- Von Hoff DD, Ervin T, Arena FP, et al. Increased survival in pancreatic cancer with nabpaclitaxel plus gemcitabine. *N Engl J Med.* 2013; 369: 1691-703.