

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO EN TUMOR NEUROENDOCRINO METASTÁSICO

Valle Cárcel, Óscar¹; Mañas Mora, Elisa¹; Carnerero Córdoba, Lidia¹; Morcillo Calero, Eva Isabel¹; Durán Ogalla, Gema¹
Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada. ¹

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias neuroendocrinas (NET) son tumores de difícil diagnóstico y manejo, que a pesar de su baja frecuencia están aumentando en las últimas décadas. Actualmente se ha conseguido una detección más temprana, avances en la terapia con nuevos fármacos y mejoras en el pronóstico. ¹

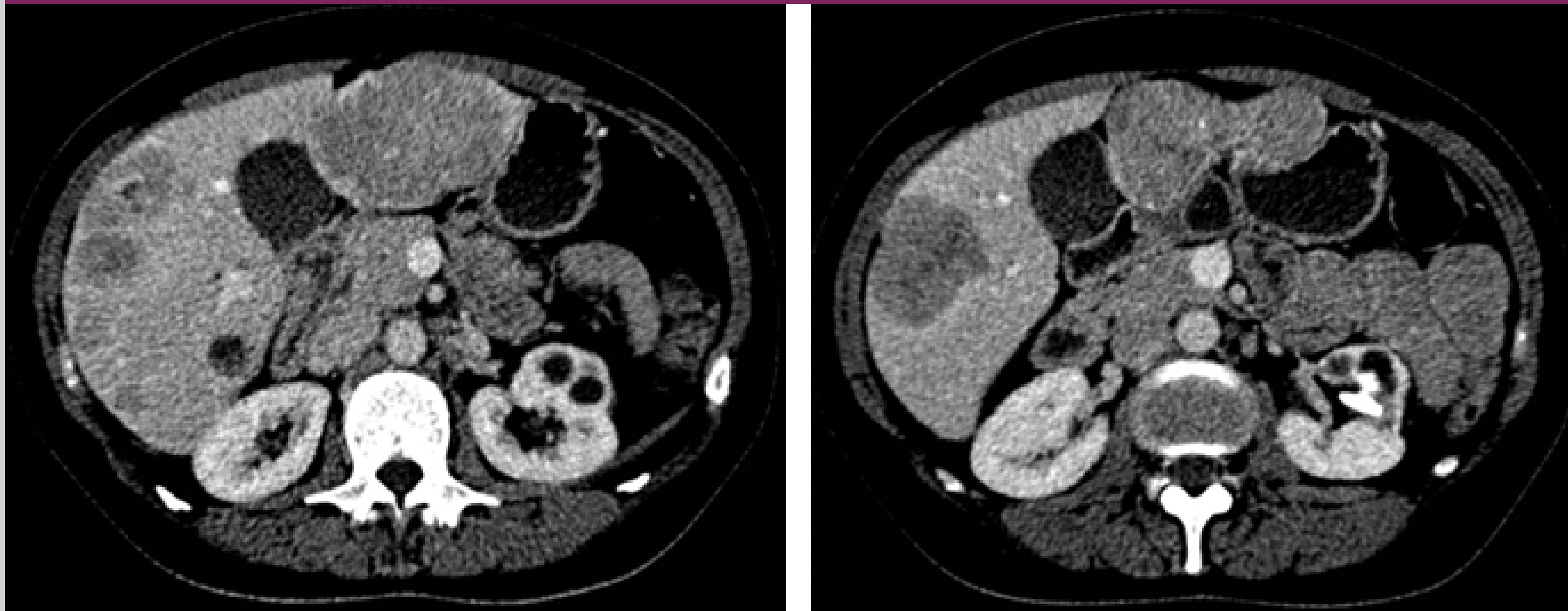
Nuevas terapias dirigidas como everolimus y sunitinib están aprobadas para el tratamiento, y a pesar de que han demostrado un aumento significativo de la supervivencia libre de progresión (SLP) en pacientes con NET avanzado y cierta mejora de la supervivencia general (SG), el mecanismo farmacológico de estas terapias resulta en algunos pacientes altamente tóxico, lo que compromete en ocasiones su uso.

En este caso clínico evidenciamos como la falta de alternativas terapéuticas menos tóxicas para la paciente pone en juego el tratamiento y control del proceso oncológico.

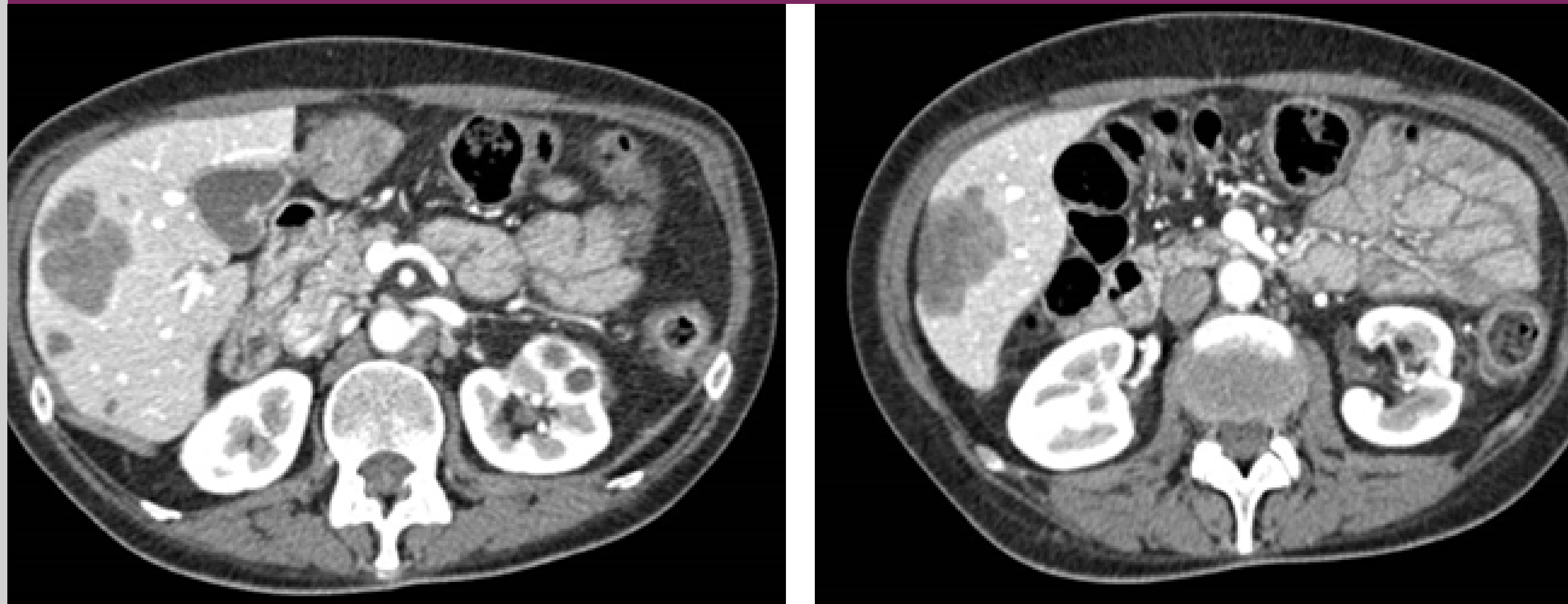
DESCRIPCIÓN

- **Antecedentes personales:** Hipotiroidismo y pancreatitis aguda alitiásica de etiología no filiada (2017).
- **Anamnesis:** Mujer de 47 años con clínica de cuadro constitucional, dolor abdominal y pesadez posprandial.
- **Exploración:**
 - ECOG: 1, Constantes normales. Abdomen: blando con dolor en epigastrio y sensación de masa, leve hepatomegalia con empastamiento generalizado.
- **Pruebas complementarias:**
 - ***Marcadores tumorales:** Cromogranina A: 25623, Enolasa neuronal: 48
 - ***TC abdominal:** **Múltiples lesiones focales (mas de 15) hepáticas** hipocaptantes bilobares, con retracción capsular sugestivas de metástasis. **Engrosamiento de la pared del fundus** así como cola pancreática. **Nódulos** en ligamento gastroesplénico que sugieren implantes peritoneales.
 - ***Biopsia:** **tumor neuroendocrino bien diferenciado grado 2. índice mitótico** <2mitosis/mm², KI-67: 15%.
 - ***Octeoscan:** **Múltiples focos hipercaptantes en columna** y sacro con focos hepáticos y **captación peritoneal** en ligamento gastroesplénico y cola pancreática. Todos con receptores de somatostatina.

ENERO 2020



OCTUBRE 2021



Al diagnóstico se inicia **primera línea con lanreótido**, a los dos meses se observa **progresión radiológica** y bioquímica, por lo que basándonos en el estudio Radiant-4 **añadimos al esquema everolimus**.

Tras un año manteniendo estabilidad tumoral, la enfermedad **progres**a, y en comité se decide inicio de sunitinib 37,5mg/día de forma ininterrumpida. A los cuatro meses se realiza ecocordio que muestra **disminución brusca de la FEVI hasta el 33%** con hipoquinesia global.

En comité cardiooncológico se decide **continuar con el tratamiento** manteniendo un control cardiológico más estricto mientras la paciente esté asintomática, dada las **escasas posibilidades terapéuticas menos cardiotoxicas** de las que disponemos.

Actualmente tras varios meses **se mantiene estable** de su enfermedad y asintomática a nivel cardiológico.

DISCUSIÓN

- Los tumores neuroendocrinos no cuentan con muchas líneas de tratamiento demostrado que permitan cambiar de esquema si este genera toxicidad ³.
- En las últimas décadas, las terapias dirigidas **han logrado aumentar la supervivencia libre de progresión** de manera clara, pero a costa de **numerosas toxicidades**² como en este caso la cardiológica.
- La cardiotoxicidad producida por terapias dirigidas oncológicas es bien conocida sobre todo a largo plazo³, sin embargo, en este caso es llamativa la **disminución tan brusca de la FEVI** en tan solo 4 meses de tratamiento con **sunitinib**. Las técnicas de imagen cardíaca en pacientes oncológicos tratados con quimioterapia son un paso esencial en el **diagnóstico precoz de la cardiotoxicidad** una vez producido el daño. ⁶
- Queda patente la importancia de los circuitos cardiooncológicos o comités multidisciplinares que ayuden en esta identificación precoz de estas toxicidades y en la optimización del tratamiento; como en este caso de la insuficiencia cardíaca; con el fin de **mejorar la calidad de vida y síntomas** en estos pacientes.
- Esta ausencia de alternativas en muchos casos condiciona la necesidad de **asumir altos riesgos de toxicidad** como única vía para controlar el proceso oncológico y con ello **mantener un mayor intervalo libre de progresión**.
- Se necesitan más estudios que ayuden a trazar **nuevos esquemas de tratamiento** y nos permitan cambiar de línea en caso de intolerancia o toxicidad grave, ya que se pone en jaque el control oncológico del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vargas Martínez, C. C, Castaño Llano, R. (2010). Gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors (GEP-NETS). Revista Colombiana de Gastroenterología, 25(2), 165-176.
2. González-Flores, E., Serrano, R., Sevilla, I., Viúdez, A., Barriuso, J., Benavent, M., Garcia-Carbonero, R. (2019). SEOM clinical guidelines for the diagnosis and treatment of gastroenteropancreatic and bronchial neuroendocrine neoplasms (NENs)(2018). Clinical and Translational Oncology, 21(1), 55-63.
3. Pavel, M., Öberg, K., Falconi, M., Krenning, E. P., Sundin, A., Perren, A., & Berruti, A. (2020). Gastroenteropancreatic neuroendocrine neoplasms: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of oncology, 31(7), 844-860.
4. Pérez, J.Á. Freixes, M. C.(2013). Cromogranina A y tumores neuroendocrinos. Endocrinología y Nutrición, 60(7), 386-395.
5. Capdevila, J., Argilés, G., Mulet-Margalef, N., & Tabernero, J. (2012). Tumores neuroendocrinos: la era de las terapias dirigidas. Endocrinología y Nutrición, 59(7), 438-451.
6. Madonna, R. (2017). Diagnóstico y prevención de la cardiotoxicidad inducida por fármacos antineoplásicos: de la imagen a las tecnologías «ómicas». Revista Española de Cardiología, 70(7), 576-582.