

## SÍNDROME CARCINOIDE EN TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO: CUANDO EL TUMOR CAMBIA SU COMPORTAMIENTO TRAS TKI

Valle, Óscar<sup>1</sup>; Mora, Elisa<sup>1</sup>; Marchal, Juan<sup>1</sup>; Morcillo, Eva Isabel<sup>1</sup>; Durán Gema<sup>1</sup>.  
Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.<sup>1</sup>

Tumores neuroendocrinos (TNE) son poco frecuentes (2,5-5 nuevos casos/100.000/año). Son un grupo heterogéneo con origen en las células neuroendocrinas. La mayoría son de origen gastrointestinales o pancreáticos (65%). En situaciones avanzadas, tenemos escasas opciones terapéuticas con eficacia significativa, constituyendo la mayor parte de las veces un verdadero reto terapéutico a nivel oncológico. Los TNE pueden cambiar su comportamiento tras algunas terapias y producir síntomas nuevos, condicionando líneas posteriores de tratamiento e incluso la vida del paciente.

Presentamos el caso de **una mujer de 54 años** sin antecedentes de interés que en 2019 inicia dolor abdominal y cuadro constitucional a estudio.

- Es diagnosticada de **tumor neuroendocrino pancreático E-IV grado 2, con bajo índice mitótico y un KI-67 del 15%**.
- Debuta con una **gran carga tumoral metastásica, más de 15 lesiones hepáticas bilobares** que se evidencian en el PET-TC así como **múltiples focos en esqueleto axial, páncreas y peritoneo**.
- Inicia **primera línea** de tratamiento con **lanreótida**, con buena tolerancia, pero que **progresa a los dos meses**.
- **Añadimos everolimus** al tratamiento inicial, con lo que nuestra paciente mantiene **estabilidad tumoral 12 meses hasta progresión hepática y ósea en mayo de 2021**.

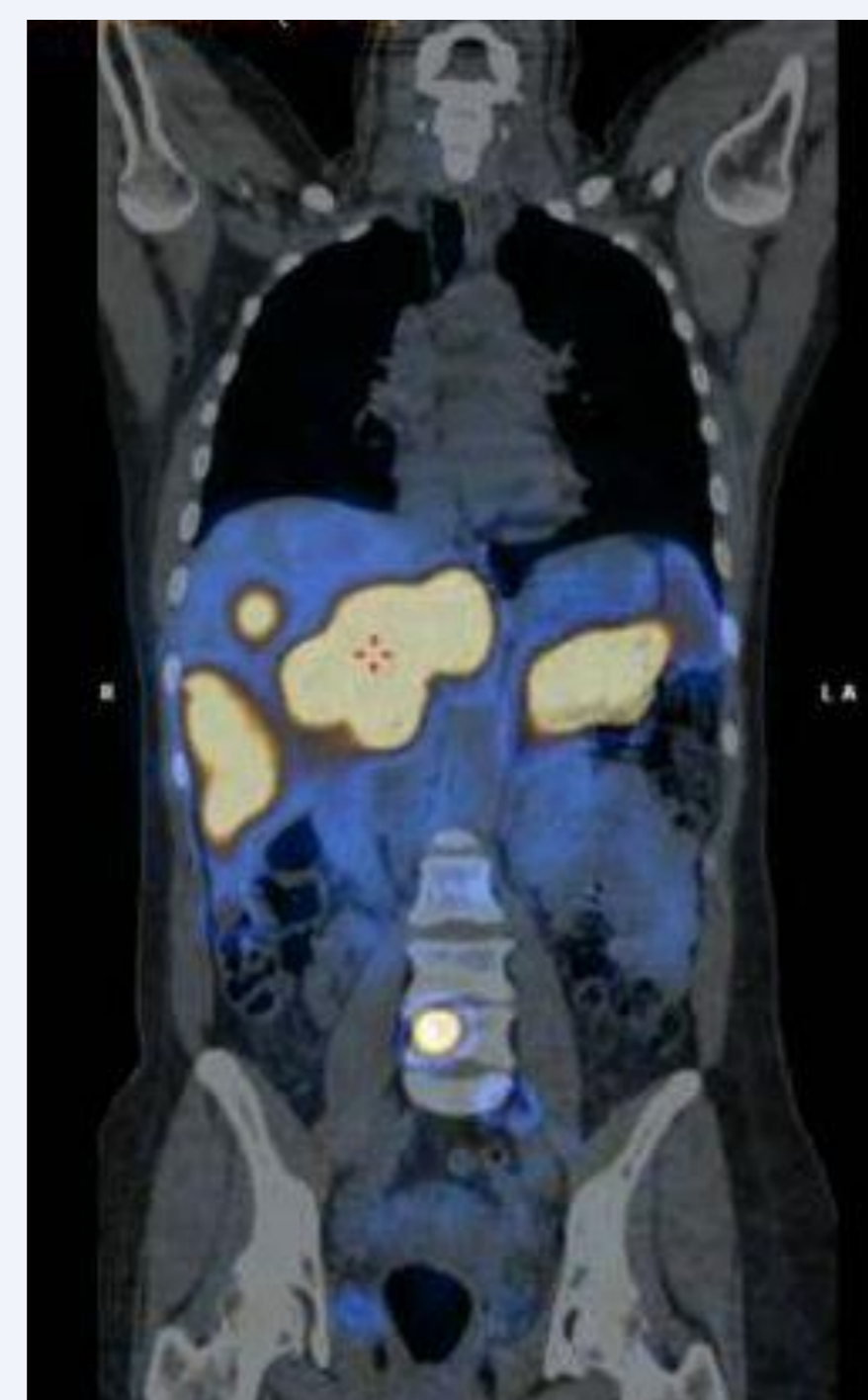
Se inicia una **2ª línea** con inhibidores de la tirosin kinasa: **sunitinib**. Tras dos meses, en ecocardiografía de control se muestra **alteración brusca de la FEVI hasta el 30%** (previa del 55%).

-Planteamos el caso en comité cardiooncológico donde se decide **continuar** el mismo tratamiento **bajo control estrecho de FEVI**. Durante un año y 12 ciclos con sunitinib se mantuvo estable tanto la enfermedad como la función cardíaca.

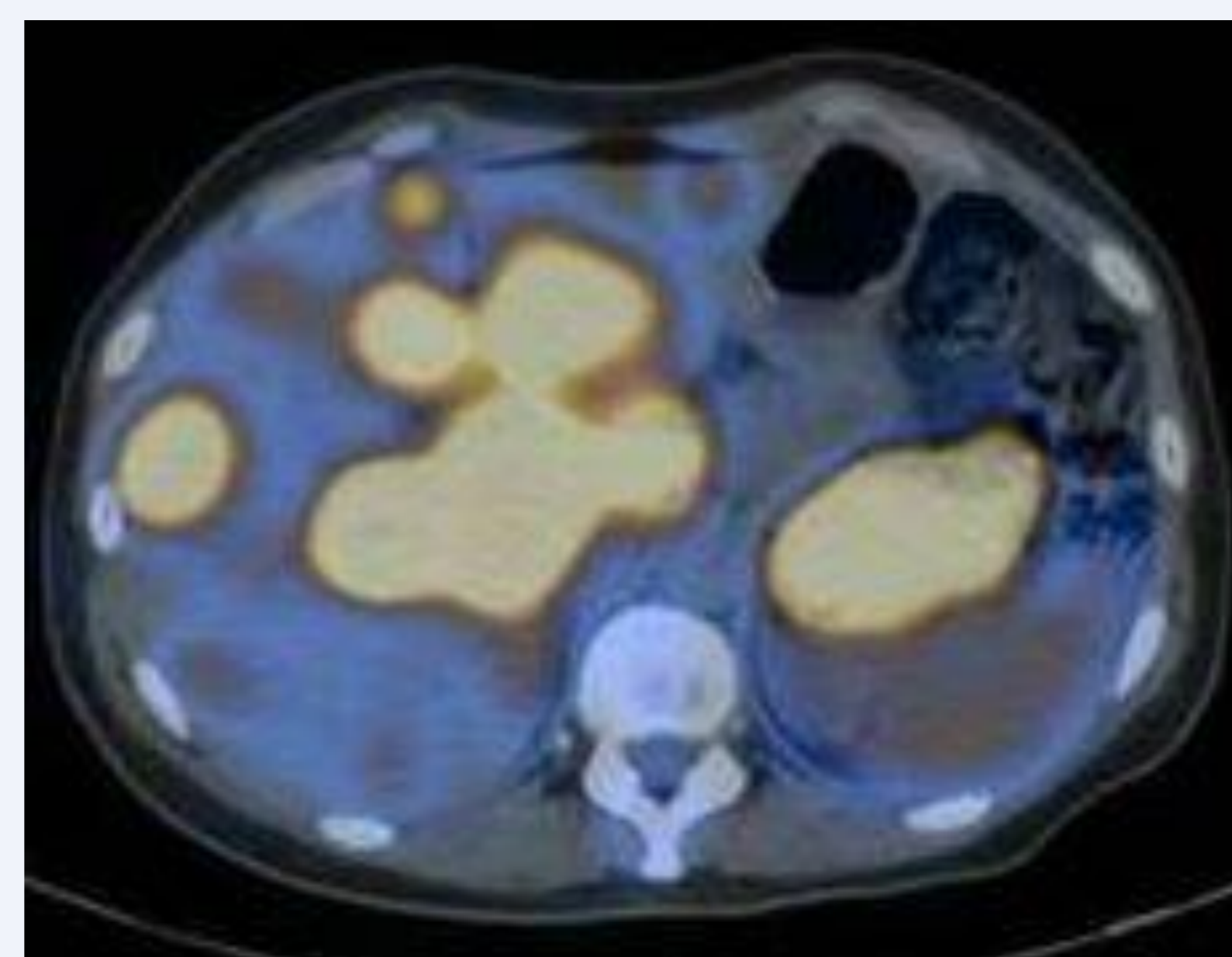
En junio de 2022 clínica neurológica que evidencia progresión tumoral con **dos metástasis cerebrales** temporales de 3.8 y 1.5cm.

- **Comité de neurooncología** decidiendo abordar la lesión mayor con cirugía tumoral y radiocirugía del lecho, así como tratar la lesión menor con SBRT radical en vistas a controlar la progresión cerebral e iniciar nueva línea.

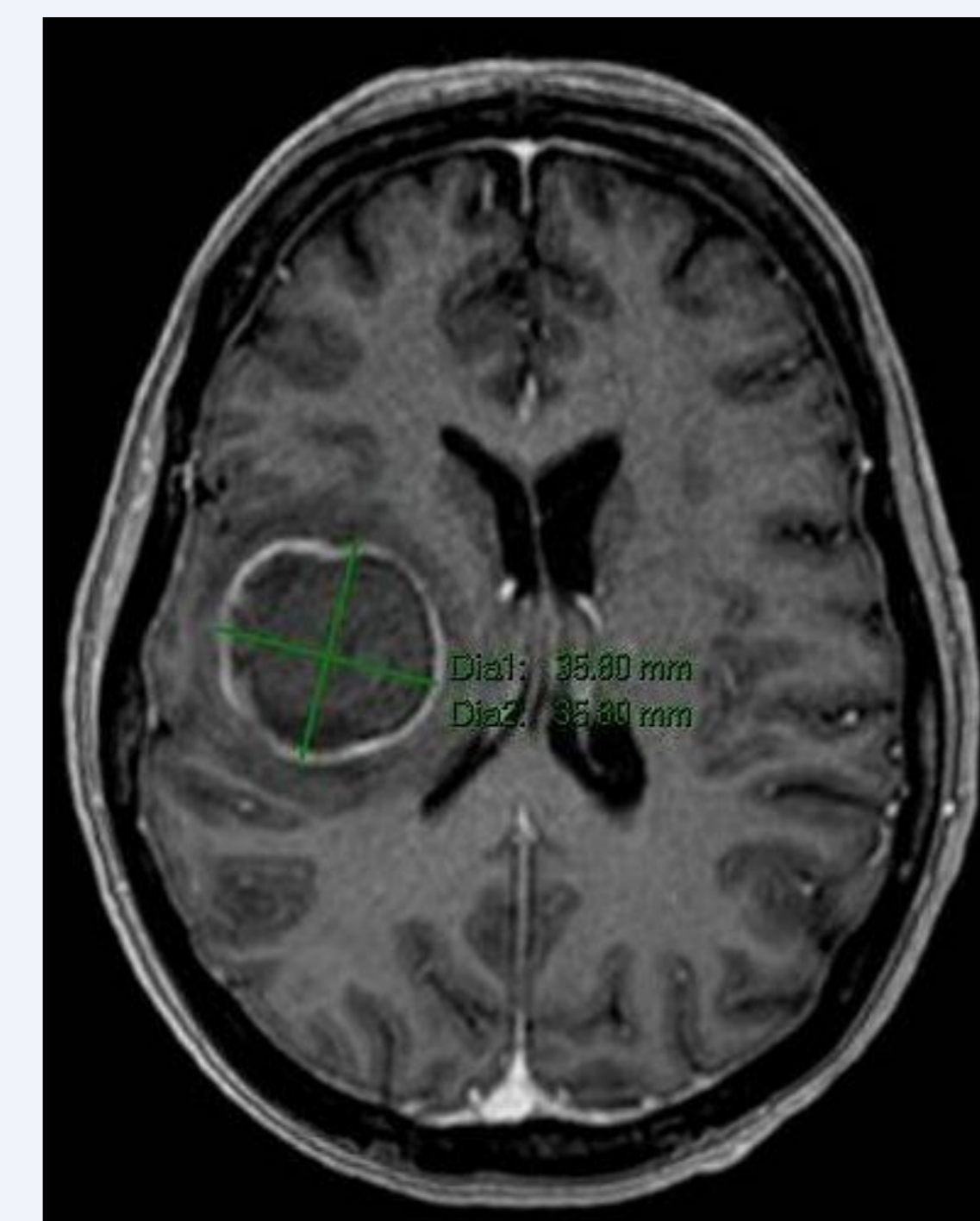
- **Comisión de farmacia:** aprobación de **Lutecio en 3ª línea**, dado el aumento de la SLP y tasa de respuesta radiológica demostrada en el estudio NETTER-1.
- Tras la retirada de sunitinib previo a la cirugía, ingresa por **hipoglucemias severas muy sintomáticas (<20mg/dL)** en contexto de **síndrome carcinoide**.
- Previamente, nunca había producido clínica neuroendocrina, pero tras retirada asoció **hipoglucemias, diarrea, taquicardia y disnea** que tratamos conjuntamente con endocrinología iniciando octreótide y estableciendo una pauta de revisiones que permitió llevar a cabo la radiocirugía.
- El inicio del tratamiento con **Lutecio permitió mejorar este síndrome y volver a quedar de nuevo asintomática** con estabilidad de enfermedad hasta la actualidad.



**Imagen 1:** Estudio de extensión al diagnóstico



**Imagen 2:** Estudio de extensión al diagnóstico



**Imagen 3:** Progresión tumoral SNC

### CONCLUSIONES

- Es necesario mantener un **manejo multidisciplinar** para dar respuesta óptima tanto a las progresiones tumorales como a las toxicidades en relación con el tratamiento.
- A pesar de ser un TNE no funcionante, tras retirada del tratamiento se desencadena funcionalidad neuroendocrina del mismo.
- El **seguimiento estrecho cardiológico permitió prolongar la 2ª línea con sunitinib durante 1 año** manteniendo estable la enfermedad en espera de la aprobación del lutecio como terapia posterior.
- El abordaje conjunto con **RT y neurocirugía nos ha permitido un buen control local en SNC**, y el inicio de lutecio esperamos que prolongue esta buena situación clínica en espera de nuevas posibilidades terapéuticas.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Salazar. Historia de los tumores neuroendocrinos (TNEs). Disponible en: <http://www.getne.org/Profesionales/MaterialeducacionalenTNEs/HistoriadelostumoresNeuroendocrinosTNEs.aspx>
2. Uri, I., & Grozinsky-Glasberg, S. (2018). Current treatment strategies for patients with advanced gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors (GEP-NETs). Clinical diabetes and endocrinology, 4(1), 1-10.