

RESCATE QUIRÚRGICO DE UN COLANGIOPCARINOMA INTRAHEPÁTICO IRRESECABLE TRAS 2º LÍNEA DE TRATAMIENTO CON GEMOX + BEVACIZUMAB

Lidia Fernández Cordon, Laura Fernández Prado, Alfonso Martín Carnicero
Servicio de Oncología Médica, Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja

Introducción

El colangiocarcinoma (CCA) es el segundo tumor primario a nivel hepático después del carcinoma hepatocelular. Por localizaciones, el CCA intrahepático (CCAI) supone el 20% de todos los CCA (1) y se asocia a un mal pronóstico a corto plazo, por lo que la cirugía es la mejor alternativa para aumentar la supervivencia (2).

Caso clínico

- Presentamos el caso de una mujer de 59 años que acude a Urgencias por dolor en flanco derecho irradiado a fosa ilíaca izquierda de 3 semanas de evolución acompañado de náuseas. Como antecedentes personales relevantes: intolerancia a antiinflamatorios, gastritis y esofagitis.
- En la exploración física resalta abdomen blando con dolor difuso en flanco derecho sin palpase masas ni megalias. ECOG: 0.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Analítica: CA 19.9 ↑ 59,9U/mL, resto normal.
- TAC abdominal: Lesión focal hipodensa de 53mm en segmento VII hepático con realce tardío de contraste hiperdensidad del parénquima circulante (Imagen 1).
- RM hepática: Lesión focal en segmento VII hepático de 54x54mm de señal heterogénea, hiperintensa en T2 e hipointensa en T1.
- Biopsia hepática: infiltración hepática por carcinoma moderadamente diferenciado.
- Estudio inmunohistoquímico (IHQ): CK19, CK7 y CK20 positivos 100%. CD10, CEA, GATA 3, p63, CDX2, PAX8 y TTF1 negativos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- El estudio IHQ descarta un origen hepatocitario y orienta a un origen en tracto digestivo superior incluyendo páncreas, vía biliar y estómago con menos probabilidad en intestino delgado distal/intestino grueso proximal.
- Dada su localización y comportamiento radiológico → **CCAI**.



Imagen 1: TAC abdominal al diagnóstico.

Tratamiento y evolución

- ❖ **Cirugía General** Resección de la lesión objetivándose intraoperatoriamente que la tumoración hepática contacta con vena cava → Irresecabilidad de la lesión.
- ❖ **Oncología Médica** 1º línea de QT: 5 ciclos Cisplatino – Gemcitabina → No se objetiva respuesta radiológica. Estudio del perfil genómico tumoral mediante FoundationOne CDX® → No se obtienen alteraciones potencialmente tratables con terapia dirigida.
- 2º línea QT: 5 ciclos Gemcitabina + Oxaliplatino (GEMOX) + Bevacizumab quincenal por uso compasivo → Se objetiva respuesta parcial de la lesión (Imagen 2).
- ❖ **Cirugía General** Hepatectomía derecha con linfadenectomía hepática (Imagen 3) → AP: colangiocarcinoma intrahepático moderadamente diferenciado (G2) de 5,3x5,1x4cm sin invasión linfovascular ni perineural con márgenes libres.
- ❖ Seguimiento: Tras 15 meses desde la cirugía la paciente permanece libre de enfermedad.



Imagen 2: TAC abdominal tras 2º línea QT (GEMOX + Bevacizumab).

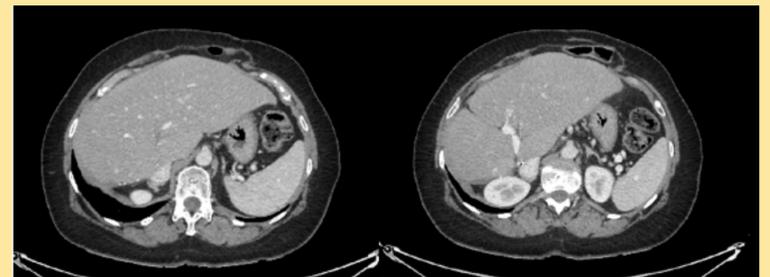


Imagen 3: TAC abdominal tras rescate quirúrgico.

Discusión

- El CCAi es una entidad de mal pronóstico con una incidencia creciente y unas tasas de supervivencia a 1 y 5 años del 30 y 10% respectivamente (2).
- La primera línea de QT con Cisplatino + Gemcitabina había reportado en el estudio ABC unas tasas de respuesta del 25,5% (4) y un elevado número de estabilizaciones (55,3%), como en nuestro caso.
- Aunque FOLFOX es la segunda línea estándar (3), decidimos utilizar GEMOX + Bevacizumab, en base a un estudio fase II (5) que reportó en 2ª línea unas tasas de respuesta del 40% y un aumento de la supervivencia global (Imagen 4).
- Reproducimos este caso dada la infrecuencia de una respuesta radiológica y un rescate quirúrgico tras una segunda línea de tratamiento en CCAi.

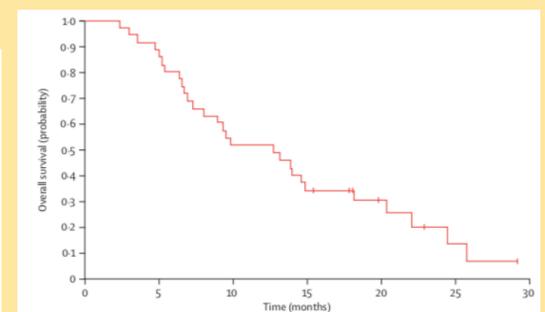


Imagen 4: Kaplan Meier supervivencia global

1. Rizvi S, Khan SA, Hallemeier CL, Kelley RK, Gores GJ. Cholangiocarcinoma - evolving concepts and therapeutic strategies. Nat Rev Clin Oncol. febrero de 2018;15(2):95-111.
2. El-Diwanly R, Pawlik TM, Ejaz A. Intrahepatic Cholangiocarcinoma. Surg Oncol Clin N Am. octubre de 2019;28(4):587-99.
3. Gómez-España MA, Montes AF, García-Carbonero R, Mercadé TM, Maurel J, Martín AM, et al. SEOM clinical guidelines for pancreatic and biliary tract cancer (2020). Clin Transl Oncol. mayo de 2021;23(5):988-1000.

4. Valle J, Wasan H, Palmer DH, Cunningham D, Anthony A, Maraveyas A, et al. Cisplatin plus Gemcitabine versus Gemcitabine for Biliary Tract Cancer. N Engl J Med. 8 de abril de 2010;362(14):1273-81.
5. Zhu AX, Meyerhardt JA, Blaszkowsky LS, Kambadakone AR, Muzikansky A, Zheng H, et al. Efficacy and safety of gemcitabine, oxaliplatin, and bevacizumab in advanced biliary-tract cancers and correlation of changes in 18-fluorodeoxyglucose PET with clinical outcome: a phase 2 study. Lancet Oncol. enero de 2010;11(1):48-54.