

Mañas Mora, Elisa¹; Sánchez Camarasalta, María²; Sequero López, Silvia³; Carnerero Córdoba, Lidia⁴; González Cebrián, Irene⁵. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario San Cecilio, Granada¹.

DEBUT DE ADENOCARCINOMA METASTÁSICO DURANTE LA LACTANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

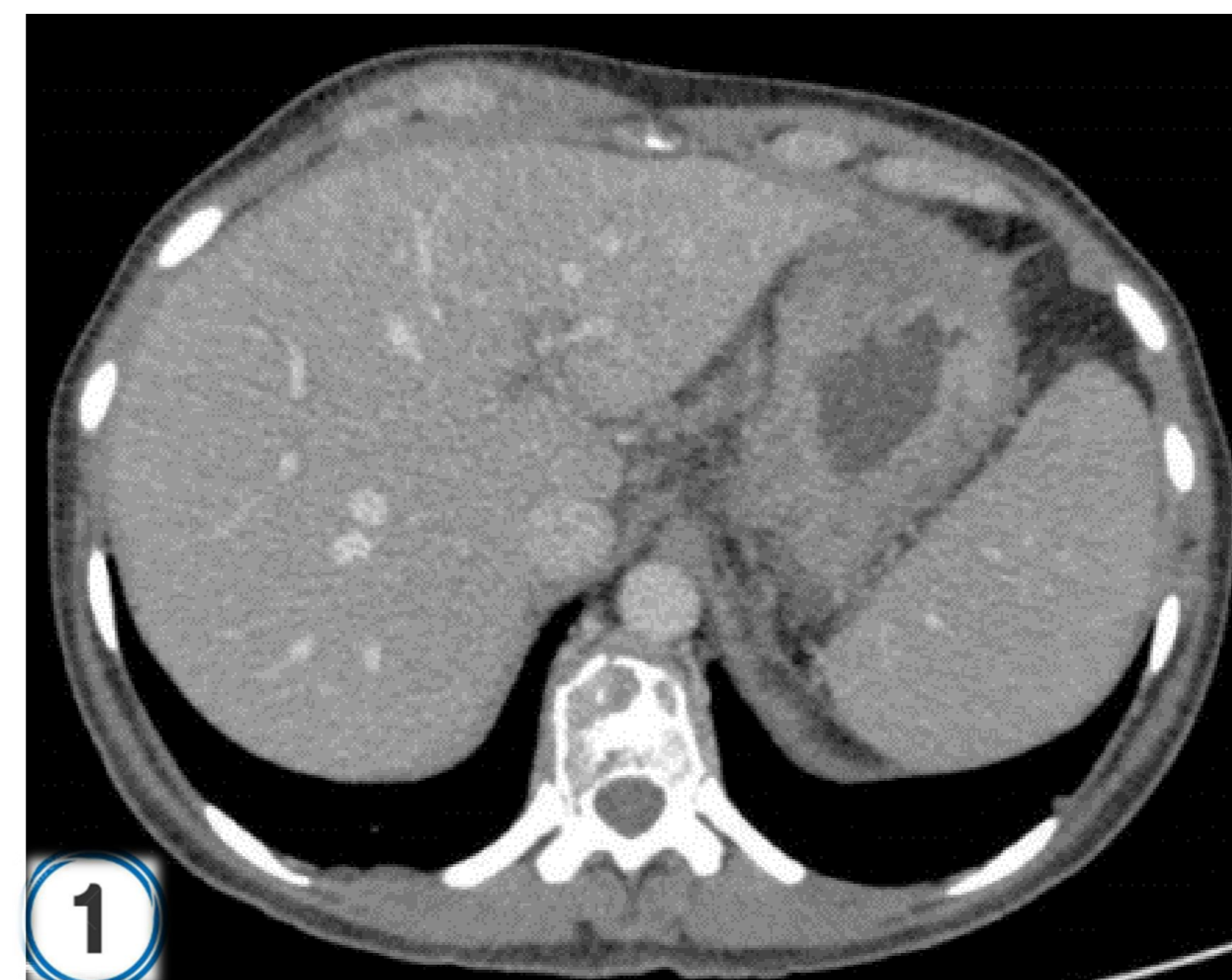
INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico es el quinto tumor maligno más frecuente en el mundo. En España, en 2015, se diagnosticaron 8500 casos nuevos de cáncer gástrico en ambos sexos. El riesgo de desarrollarlo aumenta a partir de los 50 años y es máximo en la séptima década de la vida. Además, es dos veces más frecuente en varones que en mujeres. Se ha relacionado con la infección por *H. pylori* y el consumo de salazones y ahumados.

Nuestro caso trata sobre una paciente joven, puérpera en pleno proceso de lactancia, que debuta con un adenocarcinoma gástrico metastásico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

- **ANTECEDENTES PERSONALES:** no FRCV, no fumadora ni bebedora. Hipotiroidismo. Madre de 2 niños sanos.
- **ENFERMEDAD ACTUAL:** Paciente de 40 años dando lactancia materna, que presenta pérdida involuntaria de 6 kilos de peso en 5 meses, sensación de saciedad precoz y vómitos con la ingesta. Tras aparición de anemia en un análisis de control, se realiza una endoscopia donde se observan lesiones sospechosas que son biopsiadas. Finalmente es diagnosticada de adenocarcinoma gástrico E. IV con presencia de carcinomatosis peritoneal, linfangitis pulmonar, metástasis óseas (con infiltración medular) y tumor ovárico (tumor de Krukenberg).
- **EXPLORACIÓN FÍSICA:** destaca palidez mucocutánea y abdomen globuloso y doloroso a la palpación en epigastrio.
- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**
 - **HG:** anemia 8,5 g/dl, plaquetas 76.000, CEA: 146, CA 19.9: 33.343
 - **TAC:** linfangitis pulmonar carcinomatosa. Engrosamiento parietal difuso en cuerpo gástrico. Ovario izquierdo aumentado de tamaño con probable infiltración neoplásica. Infiltración difusa de vértebras dorsales y lumbares, sacro, hueso pélvico y esternón. Líquido libre en pelvis y Douglas.
 - **EDA:** estómago con mucosa eritematosa, abullonada y áreas enrojecidas de forma parcheada.
 - **AP:** adenocarcinoma gástrico. HER-2 negativo. Inestabilidad focal de microsatélites.
 - **GO:** captación a nivel de cabezas humerales, manubrio esternal, columna vertebral, sacroilíacas, fémures y tibias en su parte proximal y distal y tarsos.
 - **CONSEJO GENÉTICO:** variantes de significado incierto sin relevancia patológica en el momento actual.

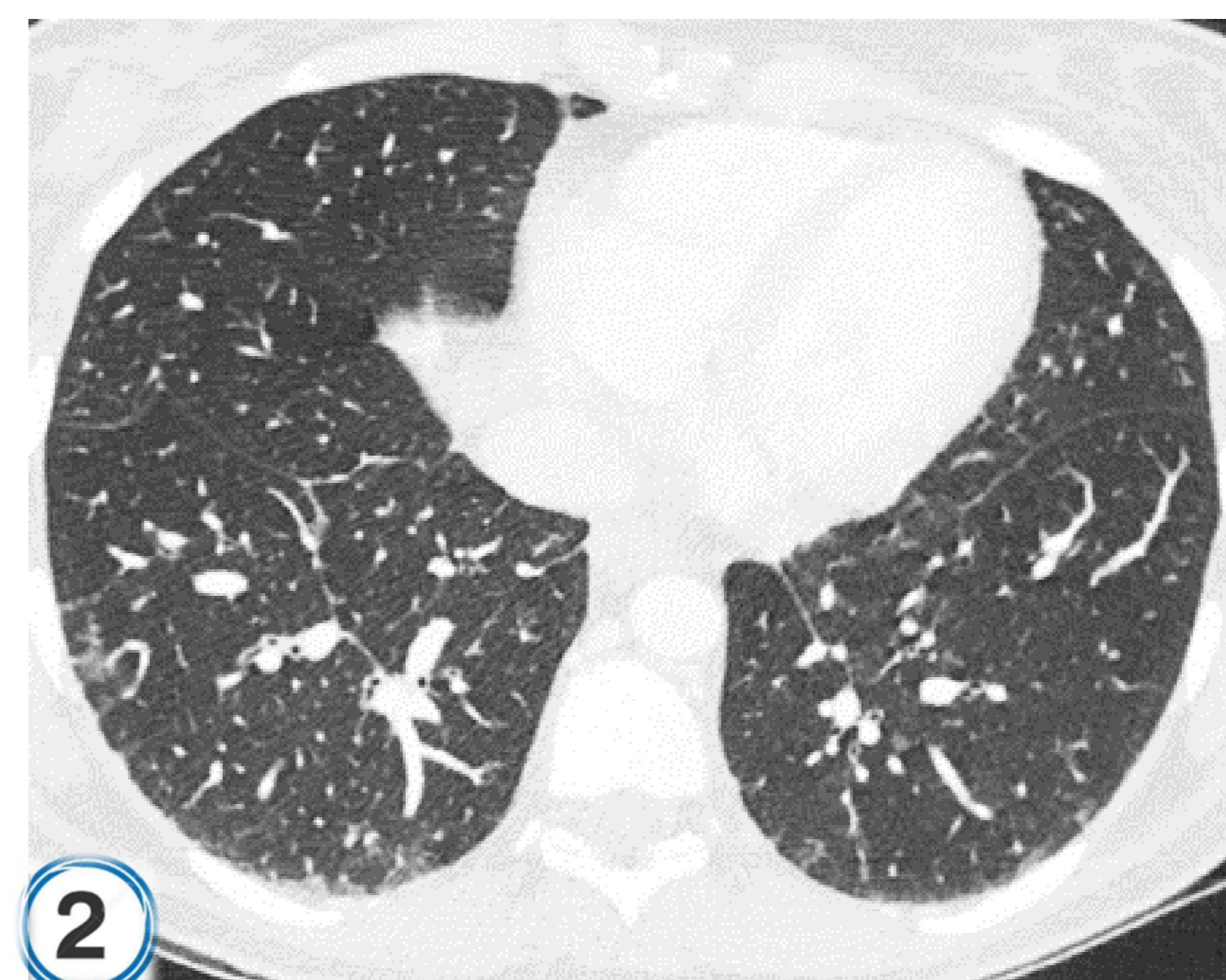


1

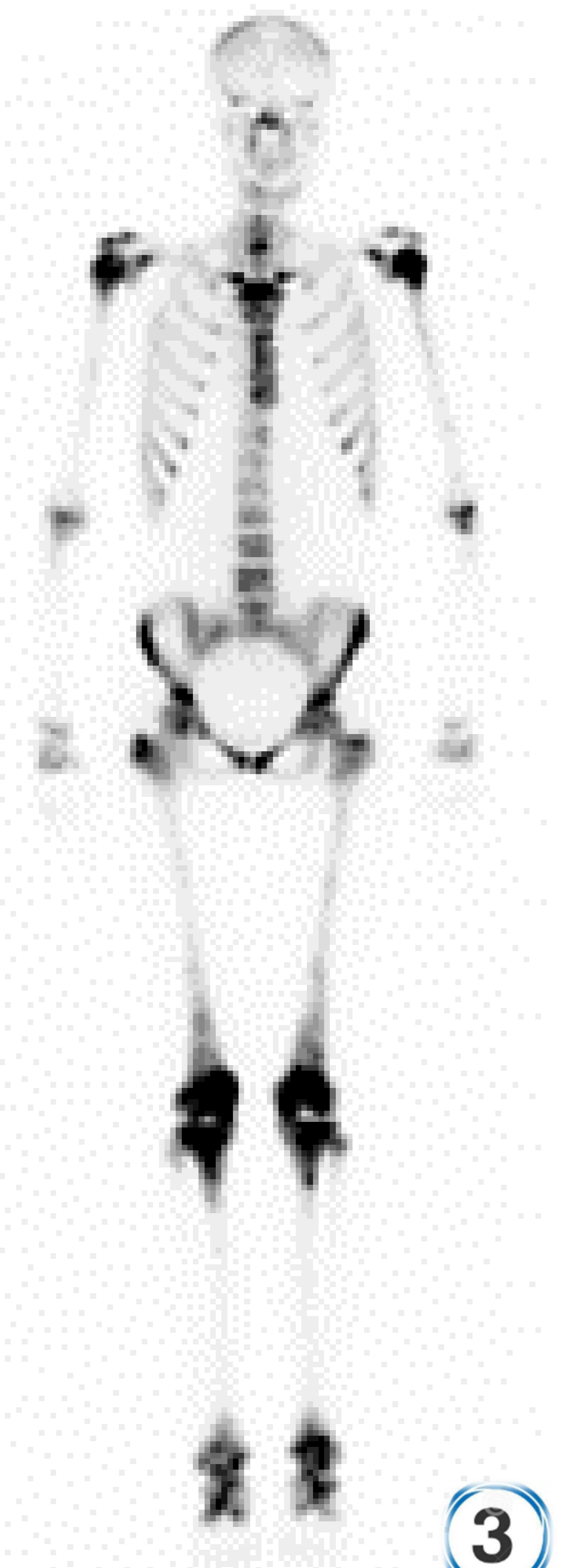
IMAGEN 1. TUMOR GÁSTRICO

IMAGEN 2. LINFANGITIS PULMONAR

IMAGEN 3. GAMMAGRAFÍA ÓSEA CON PATRÓN SUPERSKAN



2



3

TRATAMIENTO

- **1º LÍNEA:** FOLFOX 6M (11 ciclos: progresión tumoral tras 5 meses de tratamiento). El primer ciclo administrado al 75% por trombopenia (36.000). Desde progresión, ascitis quillosa refractaria a paracentesis evacuadoras.
- **2º LÍNEA:** PACLITAXEL-RAMUCIRUMAB: hasta actualidad (4 ciclos).
- La paciente fue desestimada de **ENSAYO CLÍNICO** por presencia de enfermedad metastásica no medible.

DISCUSIÓN

Se decidió iniciar primera línea con FOLFOX siguiendo los resultados obtenidos en dos estudios fase III, en los cuales se objetiva eficacia similar a los esquemas tradicionales basados en cisplatino y docetaxel, pero con menor toxicidad.

A la progresión, tras fracaso de selección para ensayo clínico, se inicia segunda línea con paclitaxel + ramucirumab, un antiangiogénico que ha demostrado aumento de la supervivencia global en comparación con paclitaxel + placebo, según datos obtenidos en el ensayo clínico fase III (RAINBOW). La paciente se mantiene actualmente con este tratamiento con aceptable estado general y con toxicidad tolerable, no habiendo superado de momento la mediana de supervivencia global de la combinación con ramucirumab (9,6 meses).

En caso de progresión a segunda línea, si la paciente hubiera tenido inestabilidad de microsatélites, se podría haber planteado tratamiento con inmunoterapia (pembrolizumab). Del mismo modo, tampoco es candidata a tratamiento con trastuzumab (estudio ToGA) al ser HER-2 negativa.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Van Cutsem E, Moiseyenko VM, Tjulandin S, Majlis A, Constenla M, Boni C, et al. Phase III study of docetaxel and cisplatin plus fluorouracil compared with cisplatin and fluorouracil as first-line therapy for advanced gastric cancer: a report of the V325 Study Group. *J Clin Oncol*
2. Wilke H, Muro K, Van Cutsem E, et al. Ramucirumab plus paclitaxel versus placebo plus paclitaxel in patients with previously treated advanced gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (RAINBOW): a double-blind, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol*.
3. Marcus L, Lemery SJ, Keegan P, Pazdur R. FDA approval summary: pembrolizumab for the treatment of microsatellite instability-high solid tumors. *Clin Cancer Res* 2019;25:3753
4. Bang, Yung-Jue et al. Trastuzumab in combination with chemotherapy versus chemotherapy alone for treatment of HER2-positive advanced gastric or gastro-oesophageal junction cancer (ToGA): a phase 3, open-label, randomised controlled trial. *The Lancet*.