

Cartas científicas

Supervivencia prolongada tras resección de metástasis hepáticas de adenocarcinoma de páncreas

Increased survival after resection of pancreatic cancer liver metastases

El pronóstico del adenocarcinoma de páncreas ha cambiado poco en las últimas décadas y aún hoy sigue siendo sombrío. La resección quirúrgica ha demostrado ser la única opción terapéutica capaz de lograr una mayor supervivencia a largo plazo (18% a los 5 años después de la duodenopancreatectomía [DP], reduciéndose al 12% cuando existen metástasis en los ganglios linfáticos regionales)¹⁻³. Con estos datos, cuando hay metástasis hepáticas sincrónicas en el momento de la cirugía, tradicionalmente la resección pancreática se considera contraindicada.

Se presenta un caso de supervivencia a largo plazo después de DP con resección simultánea de metástasis hepáticas sincrónicas y cirugía diferida para múltiples metástasis hepáticas metacrónicas.

Varón de 38 años de edad, sin antecedentes de interés, que acudió a urgencias en diciembre de 2006 con síndrome constitucional, ictericia y dolor abdominal localizado en el cuadrante superior derecho. En una tomografía computarizada (TC) se detectó una lesión ocupante de espacio de 15 × 9 mm en la cabeza del páncreas sin datos de enfermedad extrapancreática. Ante la alta sospecha de lesión maligna, se propuso realizar una DP. Durante la cirugía se biopsió una lesión superficial única en el hígado. Dado que el estudio histopatológico intraoperatorio descartó malignidad, se procedió a la realización de una técnica de Whipple estándar. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, y el análisis anatomopatológico definitivo fue de adenocarcinoma ductal de la cabeza del páncreas de 25 mm con una diferenciación moderada (pT2), y ausencia de ganglios linfáticos patológicos (pN0). Sin embargo, el estudio diferido del nódulo hepático biopsiado reveló la presencia de células tumorales metastásicas pancreáticas. En un control en junio de 2007 se detectaron 7 metástasis hepáticas en los segmentos II (×1), III (×3), IV (×1), V (×1) y VIII (×1) (fig. 1) por lo que se decidió comenzar un tratamiento quimioterápico con gemcitabina y capecitabina como uso compasivo.

El paciente presentó buena respuesta al protocolo, con regresión parcial de las metástasis hepáticas y persistencia de solo 2 lesiones en una TC realizada en noviembre de 2008. Ante esta situación se replanteó la estrategia terapéutica y se propuso una cirugía de rescate. Tras la laparotomía se identificaron y resecaron 6 metástasis subcentimétricas (segmentos II, III, IV, V, VIII). Además se detectó una lesión de mayor tamaño en el segmento IVb-v que fue tratada mediante ablación por radiofrecuencia. El estudio anatomopatológico demostró la presencia de adenocarcinoma pancreático en todas las lesiones resecadas. El paciente ha permanecido libre de enfermedad 50 meses después de la resección pancreática, 28 meses después de la segunda cirugía hepática (fig. 2). En abril de 2011, en una TC de control,



Figura 1 – Tomografía computarizada de abdomen tras duodenopancreatectomía cefálica mostrando metástasis hepática de adenocarcinoma de páncreas (flecha).

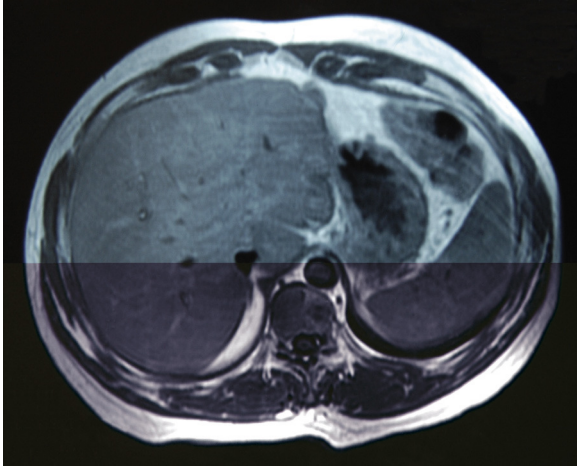


Figura 2 – Resonancia magnética realizada 2 años después de la resección hepática mostrando ausencia de enfermedad metastásica.

se detectaron múltiples metástasis hepáticas subcentrímetras bilaterales. Desde entonces se encuentra con un esquema de gemcitabina y cisplatino quincenal que mantiene estable la enfermedad.

El estado actual de la resección hepática por metástasis de origen colorrectal o neuroendocrino está bien definido. Por el contrario, la eficacia de la cirugía hepática para metástasis hepáticas cuyo origen primario procede de otras localizaciones o diferente origen histológico, no está claro. A pesar de que la resección hepática por metástasis de origen no colorrectal ni neuroendocrino está ganando adeptos y el número de pacientes resecados está aumentando⁴, son pocos los estudios que apoyan la cirugía de metástasis hepáticas del cáncer de páncreas. Basándonos en los datos actualmente publicados, la supervivencia global observada varía entre 5,9 y 8,3 meses después de la resección de metástasis sincrónicas y de 5,8 a 20 meses para la resección de metástasis metacrónicas^{2,5}. Además, la quimioterapia para el cáncer de páncreas avanzado ha sufrido pocos cambios desde la aprobación de la gemcitabina⁶. A pesar de los múltiples ensayos llevados a cabo con gemcitabina y otros quimioterápicos, solo 2 combinaciones, erlotinib + gemcitabina y gemcitabina + capecitabina, han demostrado aumentar la supervivencia⁷⁻⁹. La elección de una u otra combinación de medicamentos se basa principalmente en el balance entre toxicidad y beneficios. En nuestro caso, la edad y la ausencia de comorbilidad permitieron la elección de una combinación de gemcitabina y capecitabina, que logró la estabilización de la enfermedad metastásica, mejorando significativamente la supervivencia.

Algunos centros sugieren la realización de una DP como procedimiento paliativo, dado que la reducción del tumor puede mejorar la calidad de vida de los pacientes resecados³. Sin embargo, la mayoría de los estudios revelan tasas similares de supervivencia en pacientes sometidos a DP con márgenes microscópicos positivos (R1) frente a los que recibieron tratamiento no quirúrgico¹⁰. Por otro lado, la extensión al hígado puede representar una enfermedad

sistémica, incurable con cirugía, además de ser un procedimiento con tasas de morbilidad muy altas, por lo que la mayoría de los cirujanos coinciden en que tiene pocos beneficios. A pesar de esto, nuestro caso demuestra que a veces es posible una supervivencia prolongada (actualmente con una supervivencia de 58 meses después de la primera cirugía, 38 meses después de la resección de metástasis hepáticas metacrónicas). Estamos de acuerdo en que la cirugía no puede ser la regla en estos casos, pero una estrategia que combine quimioterapia y cirugía puede ser empleada con éxito en casos seleccionados. Aunque no se puede hablar de curación en el cáncer de páncreas metastásico, debe tenerse en cuenta que un enfoque quirúrgico agresivo puede ofrecer a un paciente joven con baja comorbilidad la oportunidad de una supervivencia prolongada, especialmente si la enfermedad metastásica se estabiliza después de la quimioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schnelldorfer T, Ware AL, Sarr MG, Smyrk TC, Zhang L, Qin R, et al. Long-term survival after pancreatoduodenectomy for pancreatic adenocarcinoma: is cure possible. *Ann Surg.* 2008;247:456-62.
2. Adam R, Chiche L, Aloia T, Elias D, Salmon R, Rivoire M, et al. Hepatic resection for noncolorectal nonendocrine liver metastases: analysis of 1,452 patients and development of a prognostic model. *Ann Surg.* 2006;244:524-35.
3. Lillemoe KD, Cameron JL, Yeo CJ, Sohn TA, Nakeeb A, Sauter PK, et al. Pancreaticoduodenectomy. Does it have a role in the palliation of pancreatic cancer? *Ann Surg.* 1996;223:718-25. discussion 25-28.
4. O'Rourke TR, Tekkis P, Yeung S, Fawcett J, Lynch S, Strong R, et al. Long-term results of liver resection for non-colorectal, non-neuroendocrine metastases. *Ann Surg Oncol.* 2008;15:207-18.
5. Tani M, Kawai M, Miyazawa M, Hirono S, Ina S, Nishioka R, et al. Liver metastasis as an initial recurrence has no impact on the survival of patients with resectable pancreatic adenocarcinoma. *Langenbecks Arch Surg.* 2009;394:249-53.
6. Burris 3rd HA, Moore MJ, Andersen J, Green MR, Rothenberg ML, Modiano MR, et al. Improvements in survival and clinical benefit with gemcitabine as first-line therapy for patients with advanced pancreas cancer: a randomized trial. *J Clin Oncol.* 1997;15:2403-13.
7. Moore MJ, Goldstein D, Hamm J, Figer A, Hecht JR, Gallinger S, et al. Erlotinib plus gemcitabine compared with gemcitabine alone in patients with advanced pancreatic cancer: a phase III trial of the National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. *J Clin Oncol.* 2007;25:1960-6.
8. Herrmann R, Bodoky G, Ruhstaller T, Glimelius B, Bajetta E, Schuller J, et al. Gemcitabine plus capecitabine compared with gemcitabine alone in advanced pancreatic cancer: a randomized, multicenter, phase III trial of the Swiss Group for Clinical Cancer Research and the Central European Cooperative Oncology Group. *J Clin Oncol.* 2007;25:2212-7.
9. Cunningham D, Chau I, Stocken DD, Valle JW, Smith D, Steward W, et al. Phase III randomized comparison of gemcitabine versus gemcitabine plus capecitabine in patients with advanced pancreatic cancer. *J Clin Oncol.* 2009;27:5513-8.
10. Klempnauer J, Ridder GJ, Piso P, Pichlmayr R. Is liver resection in metastases of exocrine pancreatic carcinoma justified? *Chirurg.* 1996;67:366-70.

José Manuel Lorente-Herce*, Pablo Parra-Membrives,
Daniel Díaz-Gómez, Darío Martínez-Baena,
Macarena Márquez-Muñoz y Francisco Javier Jiménez-Vega

Unidad de Gestión Clínica, Enfermedades Digestivas, Hospital
Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lorente82@gmail.com (J.M. Lorente-Herce).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los
derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2012.02.015

Síndrome de Paget-Schroetter

Paget-Schroetter syndrome

El síndrome de Paget-Schroetter es una enfermedad relativamente infrecuente pero de especial importancia por afectar a sujetos jóvenes y sanos¹. Su manejo es controvertido y suele precisar tratamiento médico, quirúrgico y endovascular.

Presentamos un caso de una mujer de 48 años, fumadora (20 paquetes/año), sin otros antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor y edema en miembro superior derecho súbito, de menos de 24 h de evolución. La exploración física general fue normal. En el miembro superior derecho presentaba ingurgitación venosa, así como en la parte anterior del pecho. Se realizó ecografía venosa en la que no se apreció flujo en la vena subclavia derecha.

Ante el diagnóstico de trombosis venosa profunda de miembro superior derecho, se decide realizar flebografía con guía hueca de fibrinólisis 0,035 mm y en el mismo acto se inicia fibrinólisis intratrombo con urocinasa a dosis iniciales de 250.000 U y posteriormente 60.000 U/hora. Realizamos controles radiológicos seriados para ver evolución y así poder recolocar el catéter. A las 48 h del inicio, tras comprobar la lisis

del trombo, se decide suspender la fibrinólisis, realizar angioplastia con balón 8 × 40 mm e iniciar anticoagulación hasta la cirugía (fig. 1). Tras 4 semanas, se realiza cirugía descompresiva mediante resección transaxilar de la primera costilla. En el control flebográfico posquirúrgico se observa una estenosis residual significativa y presencia de abundantes colaterales, por lo que se coloca stent 8 × 40 mm para corrección de dicha estenosis (fig. 2). Actualmente, tras un año de evolución, la paciente está asintomática.

El síndrome de Paget-Schroetter es una trombosis primaria de la vena subclavia en la unión subclavio-axilar. Se produce por compresión de la vena subclavia al pasar por el triángulo formado por el músculo escaleno anterior, la primera costilla y el tendón y músculo subclavios².

Su incidencia es de 2 por 100.000 habitantes y afecta a jóvenes (edad media 32 años) principalmente varones (2:1)³, en la extremidad superior dominante. Hasta el 80% de los pacientes refieren actividad física importante con movimientos de separación y rotación externa.

La clínica clásica consiste en dolor, edema y sensación de pesadez en el miembro afectado⁴. El inicio es brusco, en el

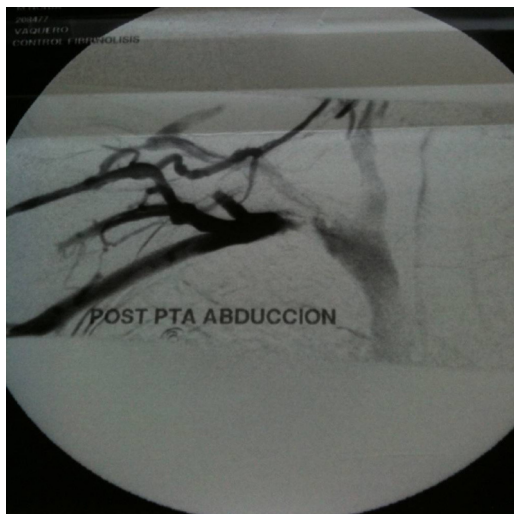


Figura 1 – Flebografía inicial a las 48 h del inicio, tras fibrinólisis y angioplastia con maniobras de provocación.

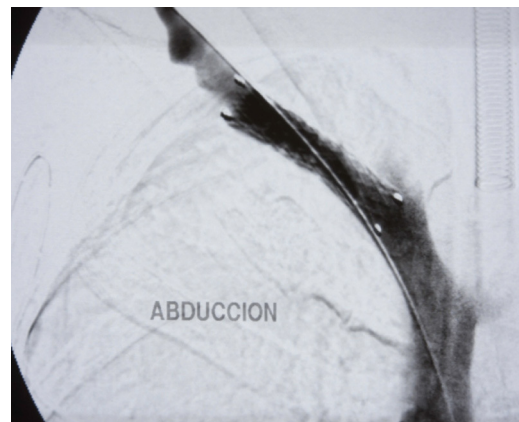


Figura 2 – Resultado final tras resección de la primera costilla y colocación de stent.