



Carcinoma adrenal metastásico refractario manejado con gemcitabina y capecitabina

» Alicia Quiroga Echeverri¹
» Luis Gabriel González Pérez¹

¹ Hospital Pablo Tobón Uribe

Objetivo: describir el caso de una paciente con cáncer adrenal metastásico refractario a mitotane y quimioterapia de primera línea en manejo por más de 12 meses con gemcitabina y capecitabina (Gem-Cap) en segunda línea en combinación con manejo local.

Caso: mujer de 45 años sin antecedentes, diagnosticada con carcinoma adrenal izquierdo que debutó con hirsutismo y acné desde marzo de 2018, manejada con adrenalectomía izquierda por laparoscopia. La patología confirma carcinoma de bajo grado con 6 mitosis por 50 campos de alto poder y Ki67 del 5 %, estadio II por T2N0M0R0. Diez meses después del diagnóstico durante el seguimiento presentó recaída locorregional. Se le realizó resección de tumor retroperitoneal con disección de grandes vasos, nefrectomía radical izquierda, linfadenectomía retroperitoneal, pancreatomectomía distal y esplenectomía; la patología reportó un carcinoma de alto grado, márgenes libres, 7/10 ganglios comprometidos y

un ki67 del 30 %. Recibió manejo adyuvante con mitotane a dosis de 3 gramos día. Ocho meses después, presenta progresión pulmonar por lo que es llevada a metastasectomía pulmonar y se continua el tratamiento suministrado. Cuatro meses después presenta nueva progresión pulmonar, se descarta rescate quirúrgico por tamaño de lesiones y tiempo de recaída menor de seis meses; recibió quimioterapia paliativa con cisplatino, doxorubicina y etoposido (EDC) asociado a mitotane. PET-CT después del sexto ciclo con progresión por aumento de SUV y aumento de tamaño en 3 nódulos pulmonares; se le realizó radiocirugía y en estudios de revaloración con progresión pulmonar en un solo nódulo, llevada a resección quirúrgica de este que confirma igual histología y se realiza FoundationONE, pero no hay mutaciones accionables. Se suspendió definitivamente mitotane por toxicidad asociada. Se documentó además progresión peritoneal y en masa pélvica, debido a dolor, se definió hacer radioterapia convencional pélvica, logrando

Autor para correspondencia: Alicia Quiroga Echeverri

Correo electrónico: aliciaqx@yahoo.com

Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

respuesta parcial. La paciente ha mantenido excelente funcionalidad, se ofreció manejo paliativo de segunda línea de quimioterapia con gemcitabine 800 mg/m² días 1 y 8 más capecitabina metronómica 1500 mg/m²/día continua. Estudios de febrero de 2022 mostraron oligoprogresión en pulmón y en nódulo peritoneal, se definió ante la ausencia de síntomas dar tratamiento más allá de la progresión, en vista de las limitadas opciones terapéuticas; mantuvo buena calidad de vida y enfermedad estable para junio de 2022, continua con igual esquema a la fecha.

Conclusiones: el carcinoma adrenal es un tumor excesivamente raro. Cuando hay fallas a la primera línea de manejo convencional con mitotane más la tripleta de quimioterapia EDC debe considerarse la opción de suspender el mitotane debido a su pobre perfil de tolerancia. No existe estándar de manejo para las segundas o terceras líneas, el tratamiento sistémico usado de manera sinérgica con manejos locales como la cirugía, ablación

por radiofrecuencia, quimioembolización y radiocirugía, hacen parte del arsenal terapéutico cuando las condiciones clínicas son favorables, como es el caso de la paciente. Aunque el esquema Gem-Cap en segunda línea está basado en un estudio fase II, existe mayor beneficio numérico mas no comparativo con la estreptosotozina en supervivencia libre de progresión y tasa de respuesta; se recomienda su uso en pacientes con buen estado funcional. La búsqueda activa de blancos moleculares extrapolados de otras enfermedades, que puedan modificar el curso agresivo natural de la enfermedad avanzada también es una alternativa. El manejo del carcinoma adrenocortical avanzado es complejo y requiere de un equipo interdisciplinario para guiar de manera asertiva e individualizada el tratamiento de cada paciente.

Palabras Clave:

Neoplasias de la corteza suprarrenal; metástasis de la neoplasia; quimioterapia.