



Administración de dilución de alectinib vía sonda orogástrica en paciente críticamente enfermo. Reporte de caso

» William Mantilla Durán^{1,2}
» Mariana Borrás Osorio¹
» Isabel Munévar^{1,2}
» Diana Cárdenas Romero^{1,2}

¹ Fundación Cardioinfantil

² Centro de Tratamiento e Investigación en Cáncer

Introducción: el cáncer de pulmón (CP) es el quinto cáncer más incidente y la cuarta causa de mortalidad por cáncer en Colombia. En los últimos años el desarrollo de terapias dirigidas a mutaciones activadoras del CP han significado un cambio en el paradigma del tratamiento, con un impacto significativo en la mortalidad.

El alectinib es un inhibidor potente y altamente selectivo de ALK, con remarcables tasas de respuesta (hasta 85 %); sin embargo, los estudios de aprobación incluyeron solo pacientes con ECOG= 2, administrado en cápsulas por vía oral, lo cual limita el uso clínico en pacientes con complicaciones respiratorias agudas asociado a su patología de base. Reportamos un caso de una paciente joven con falla respiratoria tratada con alectinib vía sonda nasogástrica.

Caso: paciente femenina de 37 años con historia de TVP en manejo con enoxaparina, consulta por cuadro agudo de astenia, adinamia, tos seca, disnea y dolor torácico. Estudios con evidencia de derrame

pleural bilateral, derrame pericárdico, zonas de ocupación alveolar, compromiso intersticial periférico y adenomegalias mediastinales. EBUS con patología de adenocarcinoma pulmonar, EGFR wildtype, rearrreglo de EML-ALK positivo, PLD 70 %. Estudios de extensión con conglomerado ganglionar abdominal y lesión focal hepática. Durante estancia hospitalaria se documenta TEP, con dxeterioro clínico que deriva en insuficiencia respiratoria y choque, requiriendo IOT, soporte vasopresor y traslado a UCI.

Se consideró paciente joven con CP estadio IV con metástasis a pleura, pulmón, ganglios no regionales e hígado. Considerando alteración molecular documentada y altas tasas de respuesta esperada, se decide iniciar alectinib. Dada IOT se realiza apertura de cápsula blanda de 150 mg y dilución del contenido de siete cápsulas en 210 cc de aceite de oliva a 55 °C, para una concentración final de 50 mg/ml, para posterior administración de 3 ml (150 mg) por sonda nasogástrica en cinco minutos cada 12 horas con lavado de la sonda

Autor para correspondencia: William Mantilla Durán

Correo electrónico: wmantillad@lacardio.org

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/>)

nasogástrica posterior a la administración.

Posterior al inicio de alectinib, presenta mejoría clínica que permite suspensión del soporte vasopresor y la posterior liberación de la ventilación mecánica 13 días posterior al inicio del tratamiento. La paciente evoluciona satisfactoriamente, cambiándose la vía de administración a vía oral, se realizan estudios de revaloración posterior a cuatro semanas de tratamiento con respuesta parcial.

En el mes siete de tratamiento la paciente presenta episodio agudo de insuficiencia respiratoria y fallece, con documentación de TEP como causa de la muerte.

Discusión: la presencia de mutaciones activadoras en pacientes con CP ha cambiado el paradigma de tratamiento, observándose de manera consistente mejoría en la SG, SLP y tasas de respuesta asociadas a tratamientos específicos para estas alteraciones. Si bien los estudios clínicos de alectinib para el tratamiento del CP ALK positivo fueron realizados en pacientes con ECOG= 2, las altas tasas de respuesta, beneficios clínicos y perfil de toxicidad,

permiten considerar su administración en situaciones clínicas seleccionadas.

La presentación de alectinib es en cápsulas y no se recomienda disolución para administración vía enteral por lo que no se dispone de información sobre preparación de suspensiones. Sin embargo, en la literatura hay reportes de casos en los que, por situaciones clínicas, disolver el alectinib se consideró la única opción. En nuestra paciente se consideró la dilución de alectinib como la mejor opción terapéutica, obteniendo una respuesta parcial temprana que permitió la liberación de ventilación mecánica y adecuado control de la enfermedad.

Conclusión: teniendo en cuenta la buena respuesta clínica observada, se considera que se debe evaluar el tratamiento en pacientes en situación crítica, en casos seleccionados, en donde su funcionalidad esté comprometida principalmente por el CP y que se considera que hay una alta probabilidad de recuperación de funcionalidad en caso de respuesta al tratamiento.