

IV Simposio **GETHI**

Tumores Infrecuentes Hospitalizados

Raquel Ten Benajes

R4 Hospital Provincial de Castellón

Organizado por:



INTRODUCCIÓN

- Tumor raro se define cuando presenta incidencia inferior a 6 casos/100.000 habitantes/año
- Son relativamente frecuente en la práctica clínica habitual, ya que por separado son pocos, pero sumados todos entre sí representan un componente asistencial importante.
- Representan entre el 20-24% del total de la neoplasias diagnosticadas en España
- La supervivencia a 5 años es del 47% en tumores infrecuentes frente a 65% en tumores frecuentes en los primeros años las diferencias no son tan grandes, pero se agravan con el paso de los años.
- Las principales dificultades para el manejo de estos tumores: Falta de información y formación, retraso en el diagnóstico, tratamiento difícil y no estandarizado y falta de interés en la investigación

CASO CLINICO 1

Varón de 41 años diagnosticado en 1993 de Linfoma Hodgkin (E- IIA) con masa bulky mediastínica que recibió 8 ciclos CMOPP/ABVD + de RT Mantle (46Gy)

En Julio del 2014, se detecta tumoración cardíaca localizada en AD de 4x3cm que invade el pericardio visceral a nivel de la pared lateral de la AD con una FEVI del 65%.

En Agosto del 2014 se realiza exéresis completa de masa.

→AP definitiva : Se observa proliferación neoplásica de estirpe mesenquimal de crecimiento difuso y fascículos fusiformes. Sugestivo de leiomiosarcoma cardíaco.

→PET-TAC que informa de hipermetabolismo en área quirúrgica cardíaca y en adenopatía paratraqueal derecha.

Ante este diagnóstico se plantea tratamiento con quimioterapia con **Doxorrubicina-Ifosfamida, (precisando ingreso)** completando 4 ciclos con muy buena tolerancia.

ILP 1a

- Crecimiento 50% lesión. No subsidiario a IQX (alcanza unión A-V)
- Gemcitabina-DTIC x4
- Criterios de EE

ILP 3m

- crecimiento de un 60% de la cava inferior y de la masa basal cardíaca un 20%
- 2º linea Trabectedina

- Tras 1º ciclo ingreso : Nauseas G2 y elevación de transaminasas, mejoría clínica y analítica tras pauta de antieméticos y con tolerancia paulatina a ingesta oral.
- Entre el 2º y 3º ciclo ingresa por plaquetopenia G4 y neutropenia grado 4, precisando trasfusión de diversos pool de plaquetas ante diatesis hemorrágica.
- Se reduce la dosis un 20% tras 3 ciclo precisa ingreso de nuevo por plaquetopenia G4 con diatesis hemorragica. Durante el mismo se objetiva progresión de e enfermedad, presentando crecimiento de la masa en base y de la lesión que se localizaba por detrás de la VC. FEVI 45%



Pazopanib 600mg/24 pero ante la aparicion de flutter auricular se disminuye a 400mg completando 4 semanas→ TAC : PROGRESION DE LA ENFERMEDAD

Ingresa en Agosto del 2016: INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

Presenta deterioro progresivo con oligoanuria a pesar de diuresis siendo finalmente
EXITUS.

CAUSAS INGRESOS

1. Administracion QT
2. Toxicidad digestiva G2
3. Toxicidad hematológica (Neutropenia y Plaquetopenia G4) hasta en 2 ocasiones
4. FALLO CARDÍACO → Exitus

CASO CLINICO 2

Paciente de 51 años como únicos antecedentes embarazo ectópico hace 23 años con exéresis de trompa. Inicia estudio en Mayo del 2017 a raíz de metrorragias de repetición precisando trasfusión de CH.

- Se realiza Junio 2017 Histerectomía+doble anextomía+salpingooforectomía.
- AP definitiva: Tumor mesenquimal maligno con rasgos morfológicos e IHQ compatibles con leiomioma .
- TAC TAP: Múltiples metástasis pulmonares

JULIO 17

- Gemcitabina/doxetacel x 6 ciclos (último Octubre 2017)
- TAC : PE a nivel pulmonar y aparición de derrame pleural.

OCTUBRE 17

- Doxorrubicina/Olaratumab x 5 ciclos (último Marzo 2017)
- TAC PE a nivel pulmonar

ABRIL 17

- Trabectedina x4 ciclos (ultimo junio 2018) ingreso para administración
- 1º Ciclo ingresa: Mal control del dolor
- TAC: PE pulmonar

Julio 18

- Pazopanib
- INGRESA: Mal control del dolor
- TAC (agosto 2018): PE pulmonar

Septiembre
18

- Ifosfamida monoterapia
- INGRESO: administración QT
- 1 ciclo NEUROTOXICIDAD → ajusta medicacion → Neurotoxicidad
- DETERIORO CLÍNICO → INSUFICIENCIA RESPIRATORIA → EXITUS

CAUSAS DE INGRESO

1. Administración QT
2. Mal control del dolor hasta en 2 ocasiones
3. Insuficiencia respiratoria → Exitus

CASO CLÍNICO 1	CASO CLÍNICO 2
Adminstración QT	Administración QT
Toxicidad digestiva G2	Mal control del dolor
Toxicidad hematológica G4	Neurotoxicidad
Fallo cardiaco	Insuficiencia respiratoria

CONCLUSIONES

- En general, manejo de paciente hospitalizado es el mismo que en los tumores frecuentes
- Características específicas dependiendo del tratamiento administrado:
 1. No puede administrarse en hospital de día (duración y por protocolo)
 2. Las toxicidades específicas de dichos tratamientos