

DUCTAL DE PAROTIDA HER2+: ESTRATEGIA TERAPÉUTICA ANTE LA PROGRESIÓN A VARIAS LÍNEAS DE QUIMIOTERAPIA. EVIDENCIA DISPONIBLE

B.Losada, B Caballero, MC Pantin, J Letellez, D Gutierrez.
Servicio Oncología Médica y Radoterapia Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.



INTRODUCCIÓN:

La incidencia de carcinoma ductal de parótida (SDC) está en 100 casos anuales aproximadamente, con una mayor incidencia en pacientes mayores de 60 años y mayor tendencia a presentarse como enfermedad avanzada ya al diagnóstico, siendo la localización parotídea la más frecuente (78%).

Se revisa la evidencia clínica disponible y se presenta un caso clínico de SDC HER2+ que tras progresión tras 4 líneas de tratamiento, es tratado con trastuzumab y pertuzumab con respuesta clínica y radiológica.

Varón de 57 años de edad, sin antecedentes de interés, acude a consulta de Otorrinolaringología en noviembre de 2013 tras presentar tumoración cervical izquierda de un mes de evolución **no asociada a dolor ni a parálisis facial**. En TC cervical se objetivan adenopatías cervicales izquierdas, intraparotídeas así como otra lesión ovoidea de **17 x 8 mm** en región superficial de parótida.

PAAF con citología positiva para células malignas, por lo que se planifica **parotidectomía izquierda**, confirmando la presencia de **carcinoma ductal salivar, pobremente diferenciado** y presencia de afectación nodal extensa con **59/64 ganglios afectos, la mayoría con extensión extranodal. Borde quirúrgico afecto**. Estadio patológico definitivo **pT3 N2b RE(-), RP(-), C-erb2 (3+)**.

TAC de tórax sin objetivar enfermedad a distancia. Debido a la afectación ganglionar y la presencia de bordes quirúrgicos positivos (no ampliables quirúrgicamente) en tumor pobremente diferenciado, se plantea tratamiento adyuvante con cisplatino 100 mg/m² día 1 cada 3 semanas x 3 ciclos + RT (54 Gy) seguido de **Trastuzumab 6 mg/kg trisemanal adyuvante durante 1 año**.

Continúa revisiones sin signos de recidiva hasta diciembre de 2014 presentando enrojecimiento dérmico a nivel de la **cicatriz del vaciamiento cervical izquierdo**, por lo que se plantea biopsia cutánea siendo positiva para carcinoma ductal. Aunque no presenta enfermedad a distancia, **no es rescatable quirúrgicamente**, por lo que inicia tratamiento de **1ª línea con TDM-1 3.6 mg/kg cada 21 días desde enero de 2015 a octubre de 2015 con respuesta completa de la recidiva cervical**.

TRATAMIENTO:

En octubre de 2015 presenta en **región laterocervical izquierda** un nódulo subcutáneo con PAAF positiva para carcinoma. TC y RM cervical sin enfermedad metastásica (Figura 1), apreciándose únicamente un nódulo subcutáneo de nueva aparición por lo que se decide iniciar **2ª línea con Docetaxel 75 mg/m² trisemanal x 3 ciclos** hasta enero de 2016.

En febrero de 2016 aparece una nueva **lesión eritematosa sobre la herida quirúrgica** con biopsia que confirma recidiva de carcinoma ductal salivar por lo que se cambia a **Paclitaxel 80 mg/m² semanal** que se mantiene hasta julio de 2016, con PET-TC (agosto 2016) que muestra **respuesta tumoral completa**.

En noviembre 2016, presenta recidiva sobre la **región cervical izquierda** confirmada histológicamente con positividad débil (10%) para receptores de andrógenos por lo que se inicia 4ª línea con **bicalutamida**.

Nueva progresión en forma de **múltiples infiltrados pulmonares** con derrame pleural derecho y confirmándose nuevamente la sobreexpresión de HER2, por lo que se plantea tratamiento de 5ª línea con **trastuzumab 6 mg/kg trisemanal+ pertuzumab 420 mg+ navelbine 35 mg días 1 y 8 (estudio VELVET)** del cual mantiene hasta la actualidad.

CONCLUSIÓN:

En SDC, el estudio de **factores de mal pronóstico** es importante dada la heterogeneidad de resultados en la literatura: HER2+, afectación nervio facial, tamaño, extensión perineural, edad

-Muchos tumores SDC debutan con **enfermedad metastásica** y la recurrencia aparece hasta en un 50% de los casos a pesar de un tratamiento radical. Frecuentemente hay afectación ósea y pulmonar.

-**Estudiar de rutina HER2 (sobreexpresión entre 20-30%), Receptores hormonales, KI67** para la toma de decisiones, es importante dado que existe evidencia del beneficio de tratamientos dirigidos en SDC.

-**Es importante rebiopsiar los tumores** para comprobar que sigue habiendo una vía molecular sobreexpresada en las recidivas.