



## CARTA CIENTÍFICA

**Metástasis pancreática de sarcoma, un hallazgo infrecuente****Pancreatic metastasis from sarcoma, an infrequent finding**

La mayoría de los tumores pancreáticos son primarios, siendo el adenocarcinoma ductal la principal estirpe histológica. La invasión por metástasis de tumores de otros órganos es una entidad clínica rara, que supone < 2% de las neoplasias pancreáticas. El carcinoma de células renales es la neoplasia primaria que más comúnmente metastatiza en el páncreas, seguida del cáncer colorrectal, melanoma, cáncer de mama y pulmón. Los casos de metástasis pancreáticas de sarcoma son limitados, pudiendo presentar un desafío diagnóstico y terapéutico debido a su rareza y la dificultad para distinguir entre tumores primarios y metastásicos<sup>1</sup>. Presentamos los casos de dos pacientes diagnosticados de metástasis pancreática de sarcoma.

**Caso 1.** Mujer de 76 años intervenida en 2019 de tumoración endometrial con degeneración sarcomatosa de alto grado de 18 cm, realizándose histerectomía, doble anexectomía y linfadenectomía iliaca bilateral. Posoperatorio sin incidencias, Clavien-Dindo I. La histología fue compatible con leiomiomasarcoma uterino subseroso T2N0M0, vimentina +++, S100 -, actina ML +++, Ki67 40%. Se inicia quimioterapia adyuvante con adriamicina-dacarbazina, evidenciándose a los nueve meses en tomografía computarizada (TC) de control (fig. 1) masa de 2x2x1,9 cm con dilatación de conducto pancreático principal y captación patológica en tomografía por emisión de positrones (PET)-TC (fig. 1) y glúteo mayor izquierdo. La ecoendoscopia confirma la presencia de metástasis de sarcoma. Se interviene realizándose pancreatomectomía corporo-caudal + esplenectomía laparoscópicas y resección de masa glútea, compatibles ambas con metástasis de leiomiomasarcoma. No recibió tratamiento adyuvante

posterior y tras un año de seguimiento no se evidencia recidiva.

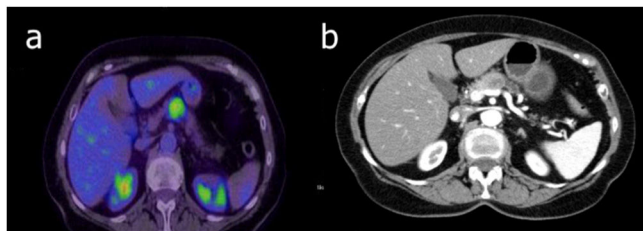
**Caso 2.** Paciente de 67 años intervenida en 1969 de sarcoma sinovial fusocelular retroperitoneal, con múltiples recidivas en el seguimiento: pulmonares en 1989, 1991, 2001 y 2010 (resección pulmonar atípica); fémur derecho en 2005 (resección y prótesis); retroperitoneo con infiltración gástrica, suprarrenal y riñón derecho en 2012 (gastrectomía total, nefrectomía y suprarrenalectomía izquierdas y resección de ángulo esplénico del colon) y cuerpo de páncreas 2017 (pancreatectomía corporo-caudal + esplenectomía). La anatomía patológica de todas las lesiones confirmó recidiva de sarcoma sinovial fusocelular. La paciente falleció como consecuencia de una neumonía nosocomial en el posoperatorio de la última cirugía.

Las metástasis pancreáticas de sarcoma son asintomáticas en hasta el 20-60% de los casos. El diagnóstico suele realizarse de forma incidental o durante el seguimiento de la neoplasia primaria. En aquellos casos en que producen síntomas, destacan el dolor abdominal y la ictericia obstructiva<sup>2</sup>. Las mejoras en el tratamiento y la supervivencia de los pacientes con sarcoma están aumentando la frecuencia de detección de metástasis en sitios inusuales; no obstante, no se ha establecido un régimen de tratamiento estándar para el sarcoma pancreático metastásico. El acúmulo de casos en la literatura científica ayuda a mejorar el conocimiento de esta enfermedad que, sumado al descenso de la morbi-mortalidad de la cirugía pancreática, permite el abordaje quirúrgico en una gran cantidad de casos<sup>3</sup>.

Los criterios para la selección de pacientes para la cirugía pancreática deben incluir: tipo de cáncer primario asociado con un buen resultado, control del tumor primario, ausencia de enfermedad metastásica extrapancreática, reseccabilidad de las lesiones y aptitud del paciente para tolerar la pancreatomectomía<sup>4</sup>. Aunque están descritos casos de enucleación o pancreatomectomías ahorradoras de parénquima, el abordaje quirúrgico habitualmente empleado es la duodeno-pancreatomectomía céfalica o la pancreatomectomía distal.

El beneficio de la cirugía en términos de supervivencia se ha observado para las metástasis de cáncer de células renales, mientras que para otros tumores primarios, como los cánceres de pulmón y mama, la función de la cirugía es principalmente paliativa. La resección de las metástasis pancreáticas del sarcoma está sustancialmente justificada solo en pacientes muy seleccionados.

Los pacientes con metástasis pancreáticas deben ser evaluados en un comité multidisciplinar, siendo la cirugía parte del tratamiento multimodal de estas entidades clínicas. Son necesarios más estudios para establecer la forma de combi-



**Figura 1** a) Imagen axial de PET-TC con captación patológica en cuerpo de páncreas ( $SUV_{\max}$  6,14). b) Imagen axial de TC con lesión en cuerpo de páncreas y dilatación del conducto pancreático principal.

nar la cirugía con los tratamientos médicos en las diferentes enfermedades metastásicas del páncreas<sup>5</sup>.

## Financiación

Los autores declaran no tener ninguna fuente de financiación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Lee M, Song JS, Hong SM, Jang SJ, Kim J, Song KB, et al. Sarcoma metastasis to the pancreas: experience at a single institution. *J Pathol Transl Med*. 2020;54:220–7, <http://dx.doi.org/10.4132/jptm.2020.03.04>.
2. Song S, Cheng J, Liu N, Zhao T. Diagnosis and treatment of pancreatic metastases in 22 patients: a retrospective study. *World J Surg Oncol*. 2014;12:299.
3. Blanco-Fernández G, Fondevila-Campo C, Sanjuanbenito A, Fabregat-Prous J, Secanella-Medayo L, Rotellar-Sastre F, et al. Pancreatic metastases from renal cell carcinoma. Postoperative

outcome after surgical treatment in a Spanish multicenter study (PANMEKID). *Eur J Surg Oncol*. 2022;48:133–41.

4. Reddy S, Wolfgang C. The role of surgery in the management of isolated metastases to the pancreas. *Lancet Oncol*. 2009;10:287–93.
5. Sperti C, Moletta L, Patané G. Metastatic tumors to the pancreas: The role of surgery. *World J Gastrointest Oncol*. 2014;6:381–92.

Daniel Aparicio-López<sup>a,\*</sup>, Jorge Chóliz-Ezquerro<sup>a</sup>, Carlos Hörndler-Algarate<sup>b</sup> y Mario Serradilla-Martín<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

<sup>c</sup> Instituto de Investigación Sanitaria Aragón, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [dani\\_93@hotmail.com](mailto:dani_93@hotmail.com) (D. Aparicio-López).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2022.06.002>  
0210-5705/

© 2022 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Eficacia, persistencia y optimización de ustekinumab en colitis ulcerosa: datos de práctica clínica



### Efficacy, persistence and optimization of ustekinumab in ulcerative colitis: Clinical practice data

Ustekinumab es un anticuerpo monoclonal que fue aprobado por la Food and Drug Administration para el tratamiento de la colitis ulcerosa moderada-grave en octubre de 2019. Por lo tanto, hay una relativa escasez de estudios en práctica clínica<sup>1–4</sup>.

El objetivo principal del estudio fue conocer la eficacia (remisión clínica y biológica), el porcentaje de persistencia con el fármaco y la necesidad de optimización de dosis.

La remisión clínica se define como un índice de Mayo parcial < 2 y ningún subíndice > 1; la remisión biológica, como valores de calprotectina fecal (CF) < 150 mg/kg.

El objetivo secundario fue determinar la eficacia de ustekinumab en las manifestaciones articulares asociadas a la colitis ulcerosa.

Se trata de un estudio observacional retrospectivo de una base de datos mantenida de forma prospectiva en la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal de nuestro centro, de los pacientes que iniciaron ustekinumab desde julio de 2018 hasta septiembre de 2021 (N = 16).

Se realiza un análisis estadístico descriptivo mediante el software IBM® SPSS® v26, utilizando una significación estadística de  $p < 0,05$ . Las variables cualitativas se expresan en números absolutos y porcentajes. Las variables cuantitati-

vas se expresan en medias y desviación estándar o medianas y rango intercuartílico, según corresponda. Para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas en los valores de las variables analizadas durante la evolución clínica, se utiliza el test no paramétrico de Friedman.

Las características basales de los pacientes y de la enfermedad se resumen en la [tabla 1](#).

El tiempo medio de tratamiento con ustekinumab fue de 17,81 meses (desviación estándar 12,57). El 81,30% de los sujetos iniciaron ustekinumab sin corticoides concomitantes. En 2 pacientes (12,50%), ambos tratados previamente con más de 2 líneas de biológicos, se utilizó comboterapia con inmunosupresor (tacrólimus) como inducción hasta alcanzar la remisión clínica (un paciente durante 3 meses y otro durante un mes, suspendido este por neurotoxicidad).

La remisión clínica libre de corticoides se alcanzó en el 25% en la semana 4, en el 50% en la semana 8, en el 69,2% en la semana 16, en el 54,5% en la semana 24, en el 90% en la semana 52 y en el 87,5% a los 18 meses.

El sangrado rectal, presente basalmente en el 81,30% de los sujetos, desapareció en la mitad de ellos en la semana 4.

El índice de Mayo parcial disminuyó de forma estadísticamente significativa durante el seguimiento ( $p = 0,000$ ). La mediana de CF basal fue de 1.459 mg/kg (rango intercuartílico 1.911,5) con tendencia a la normalización de sus cifras ( $p = 0,064$ ); su descenso ocurrió fundamentalmente a partir de la semana 16. La remisión biológica se alcanzó en el 56,25% al finalizar el seguimiento.

En 11 pacientes (68,75%) se optimizó el tratamiento a cada 4 semanas por pérdida de respuesta secundaria o respuesta parcial. De ellos, se alcanzó la remisión clínica libre de corticoides en el 86,6% y la remisión biológica en el