



Revista Colombiana de Cancerología

www.elsevier.es/cancerologia



REVISIÓN

Terapia intraperitoneal paliativa en ascitis maligna refractaria

Mauricio Antonio Castaño Cárcamo^{a,*} y Angélica Viviana Fletcher Prieto^b

^a Departamento de Dolor y Cuidado Paliativo, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D. C., Colombia

^b Departamento de Ginecología Oncología, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D. C., Colombia

Recibido el 28 de marzo de 2016; aceptado el 23 de enero de 2017

PALABRAS CLAVE

Ascitis;
Neoplasias;
Infusiones parenterales;
Infusiones intra-abdominales;
Terapia intraperitoneal;
Cuidados paliativos;
Supervivencia;
Calidad de vida

KEYWORDS

Ascites;
Neoplasms;
Infusions parenteral;
Intraperitoneal infusion;
Palliative care;
Survival;
Quality of life

Resumen El tratamiento convencional de la ascitis maligna refractaria es un reto oncológico pues provee mejoría sintomática poco duradera. La terapia intraperitoneal ha sido evaluada principalmente en reportes y series de casos, y en algunos ensayos clínicos, estudiados principalmente en la ascitis por cáncer ovárico y gastrointestinal. Esta terapia incluye: isótopos radioactivos, quimioterapia con hipertermia y sin esta, terapia inmunológica, biológica y otras. Los tratamientos más exitosos con respuestas variables, y aunque la comparación directa no es posible, son: la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (respuesta global entre 85,7% y 100%) y el catumaxomab, que frente a la paracentesis demostró una supervivencia libre de punción de 46 vs 11 días (HR 0,254) y una mediana a la próxima paracentesis de 77 vs 13 días (HR 0,169), con impacto positivo en la calidad de vida, principal fin en el escenario paliativo. La investigación en este campo continúa buscando resultados más duraderos, seguros y costo-efectivos.

© 2017 Instituto Nacional de Cancerología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Intraperitoneal palliative therapy in refractory malignant ascites

Abstract Conventional treatment of refractory malignant ascites is an oncological challenge since it provides little lasting symptomatic improvement. Intraperitoneal therapy, evaluated mainly through series and case reports, and some clinical trials include the use of radioisotopes, chemotherapy, with and without hyperthermia, immunological and biological therapy and others. It has been studied mainly in ascites from ovarian and gastrointestinal cancer. With variable response rates, and although direct comparison is not possible, the most successfully treatments are hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (overall response rate

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cod991113@hotmail.com (M.A. Castaño Cárcamo).

between 85.7% and 100%), and catumaxomab, which compared to paracentesis, demonstrated a puncture-free survival of 46 vs. 11 days (HR 0.254) and a median time to next paracentesis of 77 vs. 13 days (HR 0.169). This had a positive impact on quality of life, which is the main goal in the palliative setting. Research in this field continues looking for more lasting, safe, and cost-effective results.

© 2017 Instituto Nacional de Cancerología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La ascitis maligna es una condición en la que hay acumulación anormal de líquido intraabdominal de origen tumoral, comprende el 10% de todas las causas de ascitis y se caracteriza por ser muy sintomática (distensión abdominal, dolor, anorexia, náuseas, vómito, fatiga, edema, disnea), afectando la calidad de vida del paciente. Principalmente se debe al aumento de la producción de células mesoteliales y tumorales. La neovascularización, la permeabilidad vascular aumentada y la obstrucción linfática, son secundarios a estadios tardíos de carcinomatosis peritoneal (53 a 63%) como resultado de metástasis, recurrencia o progresión de ciertos cánceres¹⁻⁵. Las neoplasias más comúnmente asociadas son de ovario (37,7%), pancreato-biliar (21%), gástrica (18,3%), y colorrectal (3,7%), y extra-abdominales (esofágica (4%), mama (3%), pulmonar y linfoma).

El primario de origen desconocido es causante hasta en un 8,1% y en más de la mitad de los casos la ascitis representa el primer signo de malignidad. En el 95% de los pacientes cursa concomitantemente con enfermedad metastásica^{4,6-9}. La ascitis maligna es un factor de mal pronóstico independiente según el estudio EVOCAPE (Evolution of Peritoneal Carcinomatosis). Las medianas de supervivencia varían entre 5 y 20 semanas y solo el 11% sobrevive más allá de 6 meses, exceptuando al cáncer de ovario^{1,4,8,10}.

En estadios avanzados de cáncer o recurrencia sin opción curativa, es fundamental proporcionar manejo paliativo enfocado en la calidad de vida⁴. El tratamiento de primera línea es la paracentesis, aunque no hay consenso ni límite de seguridad establecido para la cantidad de líquido drenado por sesión; algunos consideran segura la extracción de hasta 5 litros.

La infusión de albúmina posterior a la misma no está estandarizada, pues no se ha demostrado diferencia en términos de mortalidad^{4,7,11,12}. No obstante, independientemente del volumen extraído, generalmente se requieren paracentesis a repetición con un intervalo medio libre de punción de 7 a 11 días, lo que implica admisiones hospitalarias y riesgo de complicaciones^{4,8,13}. En muchas ocasiones se usan complementariamente los diuréticos, que aunque son principalmente efectivos en ascitis por hipertensión portal no maligna, tienen una respuesta global del 44% en estudios no controlados, perdiendo su eficacia con el tiempo^{4,7-9,11-15}. También se ha considerado el uso de catéteres permanentes de autodrenaje, tunelizados y no tunelizados; estos últimos son una estrategia costo-efectiva cuando un paciente requiere entre 9 y 10 paracentesis puesto que tienen menores tasas de complicación y una mediana de oclusión de

24,7 días, aunque otras series indican una mayor vida útil^{4,7,9,16-18}.

Aunque la definición de ascitis maligna refractaria (AMR) no se encuentra ampliamente difundida, se considera que es aquella que persiste, recurre tempranamente y no puede ser prevenida tras las terapias de primera línea mencionadas¹⁹⁻²¹. Como alternativa se usan las derivaciones peritoneovenosas, con mayor respuesta al 50% en cáncer de mama y ovario y solo del 10 al 15% en gastrointestinal, con permeabilidad de 10 a 12 semanas, aunque con citología peritoneal positiva puede durar solo 3 o 4 semanas. Sin embargo, es un procedimiento con alta morbimortalidad lo que limita su uso^{1,4,17,22}. El beneficio de la quimioterapia sistémica para AMR se encuentra alrededor de un 30%^{23,24}.

Teniendo en cuenta la supervivencia limitada de la AMR, el tratamiento ideal debe ser sencillo, mínimamente invasivo, ambulatorio o permitiendo el alta temprana, con bajo riesgo de complicaciones y proveer alivio sintomático a un costo razonable¹⁷. Uno de los abordajes terapéuticos que intenta cumplir con estas condiciones es la administración de medicamentos intraperitoneales que permite mayores concentraciones, lo que evitaría efectos adversos sistémicos⁶. Esta revisión se enfoca en el manejo intraperitoneal de la AMR exclusivamente en el escenario paliativo, donde los pacientes no pueden tolerar regímenes terapéuticos agresivos (cirugía citoreductora) y el objetivo primordial es la mejoría en la calidad de vida.

Métodos

Se realizó una búsqueda en las bases de datos de Pubmed y Lilacs con los términos MeSH y DeCS referidos. Se utilizaron artículos de revisión, reporte y serie de casos y ensayos clínicos. La búsqueda se limitó a artículos publicados en inglés, español y francés. No hubo restricción en cuanto al año de publicación de los artículos. Se realizó una búsqueda manual de las referencias citadas tanto en artículos originales como de revisión.

Terapia intraperitoneal

Radioisótopos

Los isótopos radioactivos introducidos en 1945 para terapia intraperitoneal tienen efectos letales sobre las células por mecanismos directos e indirectos sobre el ADN, generando fibrosis y obliteración de vasos pequeños en la superficie mesotelial. El oro coloidal radioactivo (Au¹⁹⁸), usado por primera vez en 1947, tiene buena distribución por su

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8789417>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8789417>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)