



“Caso clínico 3 “

Carolina Haro Haro

Maria Teresa Salcedo Allende

Servicio de Anatomía Patológica

Hospital Universitario Vall de Hebrón



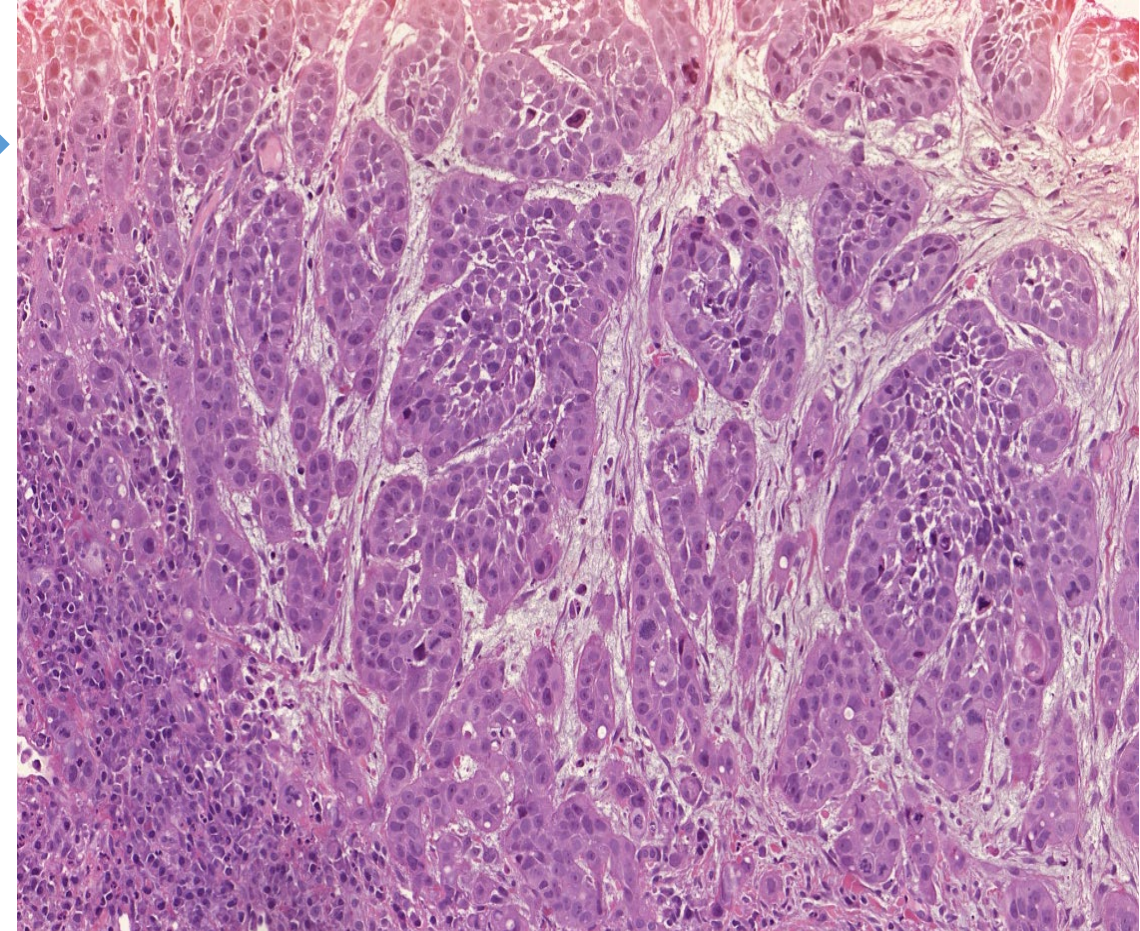


56 años
Exfumadora (2016) 1paq/d (35paq/año)
AP: Hipercolesterolemia 2009
AF: Madre HTA
Padre DMT1, Neoplasia de esófago 74 años

Enero-2016/ Primera Neoplasia

Carcinoma Escamoso p16 negativo afectando amígdala palatina izquierda, pilar anteroposterior, y paladar blando homolateral.

Tto QT(Cisplatino)/RT (**fin Julio/2016**) cT3N1M0 sin recidiva pos/tratamiento hasta la fecha.





56 años
Exfumadora (2016) 1paq/d (35paq/año)
AP: Hipercolesterolemia 2009
AF: Madre HTA
Padre DMT1, Neoplasia de esófago 74 años

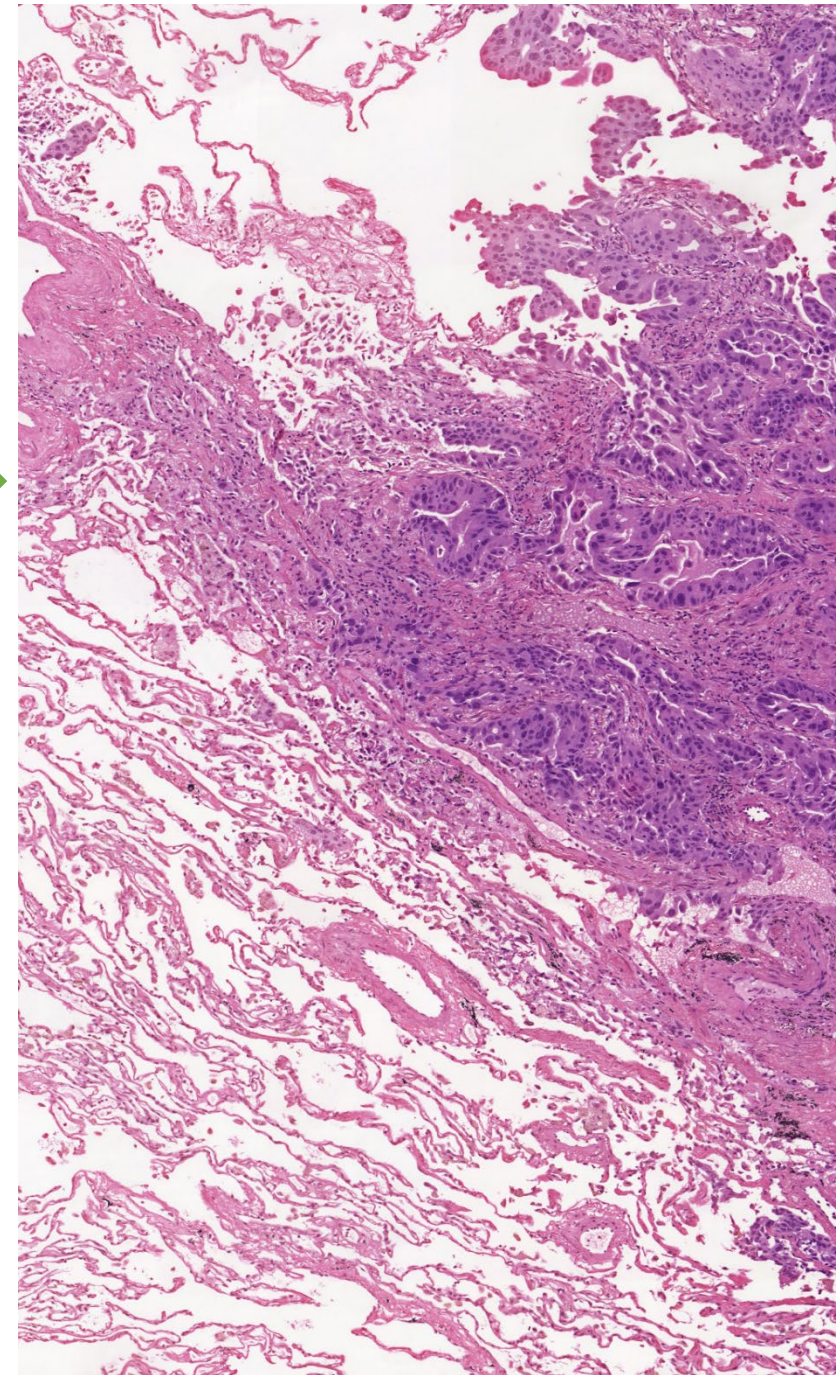
Enero-2016/ Primera Neoplasia

Abril-2016/Segunda Neoplasia

Adenocarcinoma Pulmonar LSI no se identifica
mutación EGFR, o ALK.

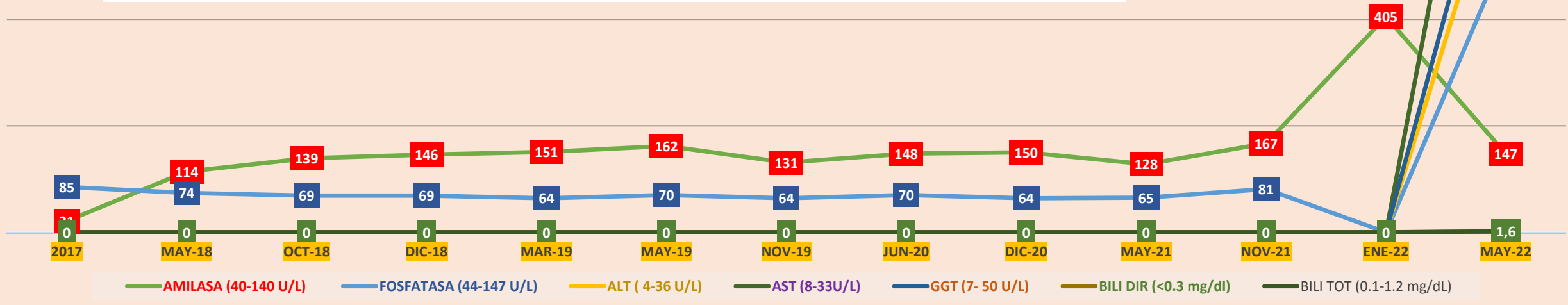
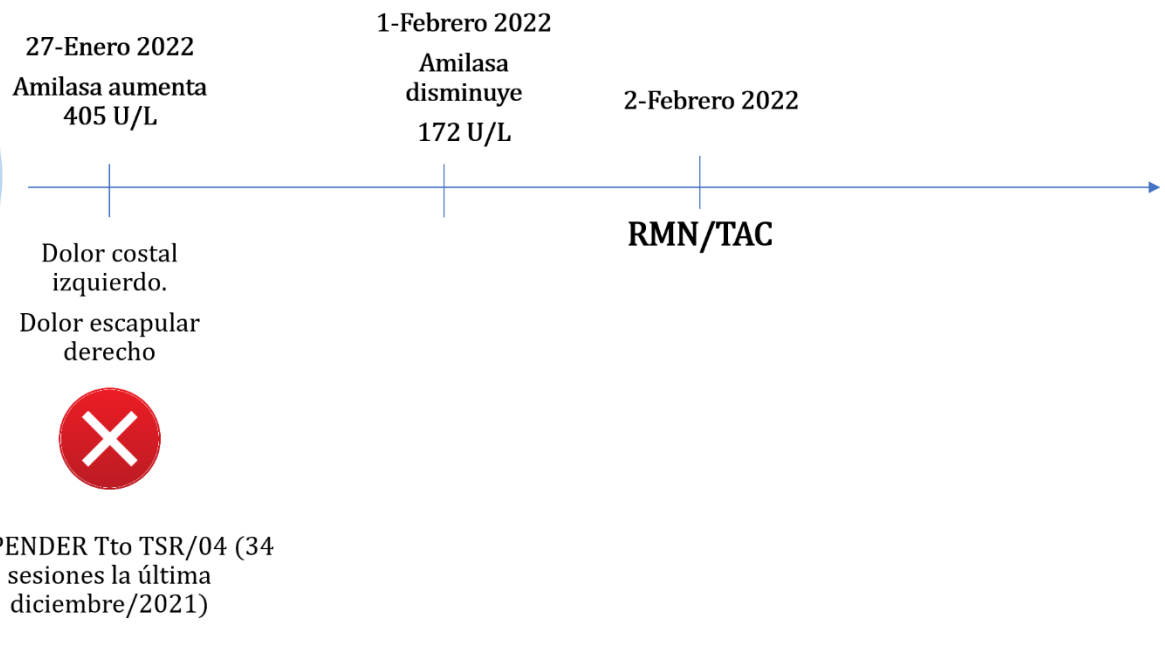
Primera línea de tto carboplatino y pemetrexed
Progresó carboplatino y vinorelbina.

**2018 candidata e inicia EC TSR-04 Dostarlimab
(anti-PD1)**



Glucosa 200mg/dl

2016 Adenocarcinoma Pulmonar y
11/05/2018 inicia
 TSR-04 Dostarlimab
 (anti-PD1)

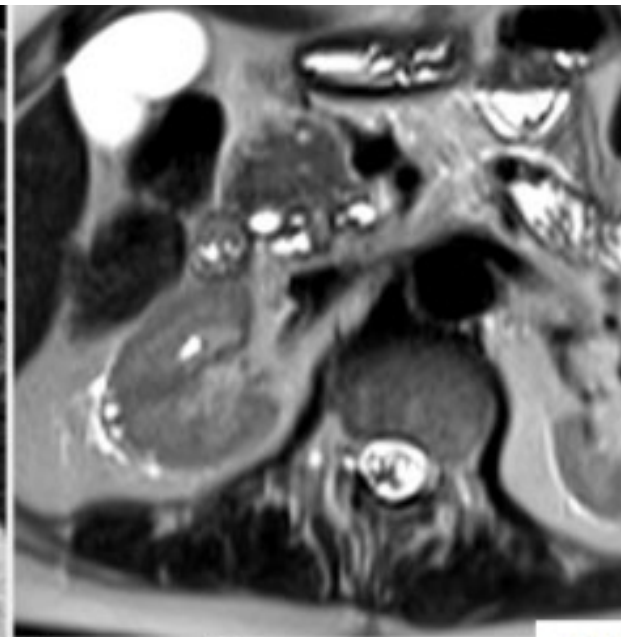




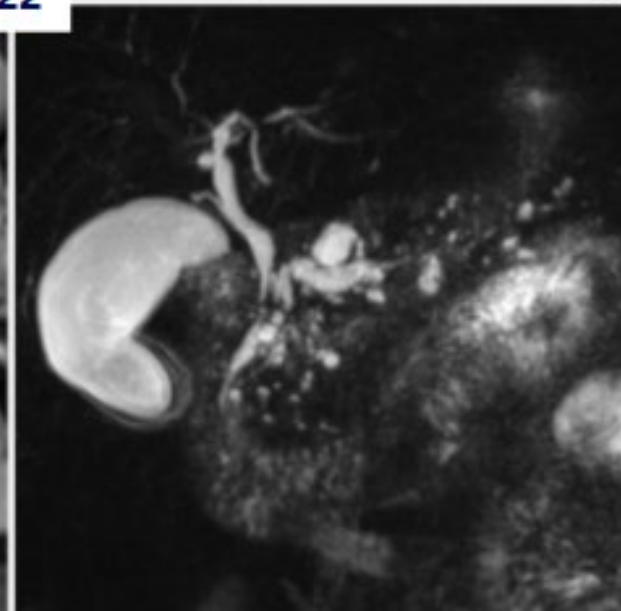
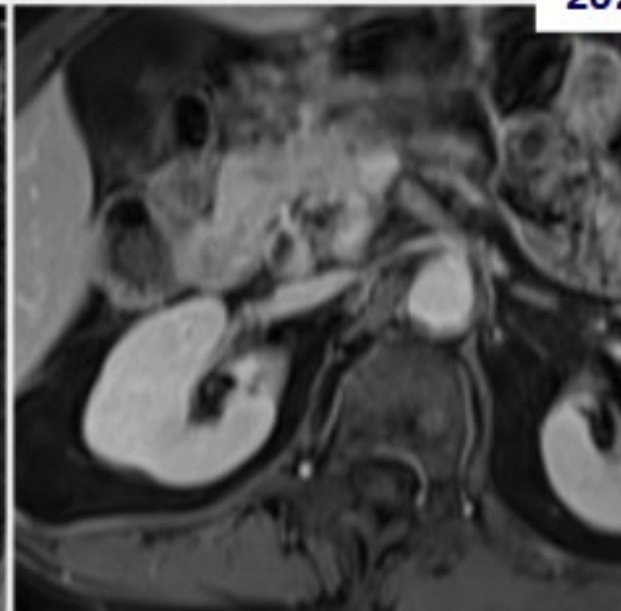
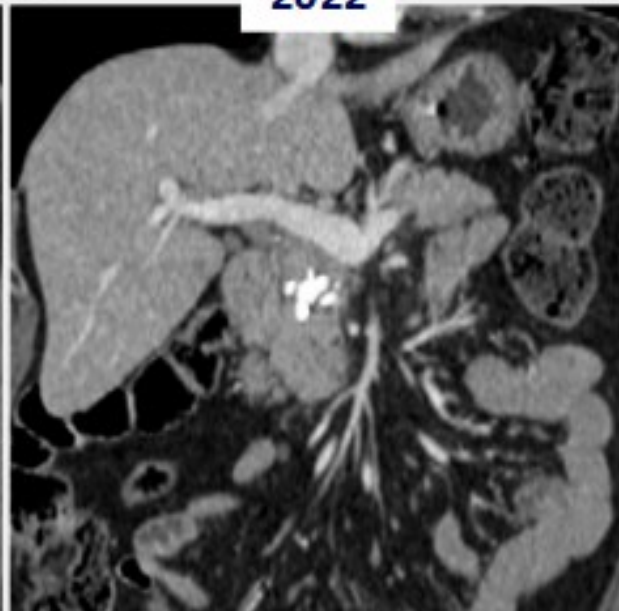
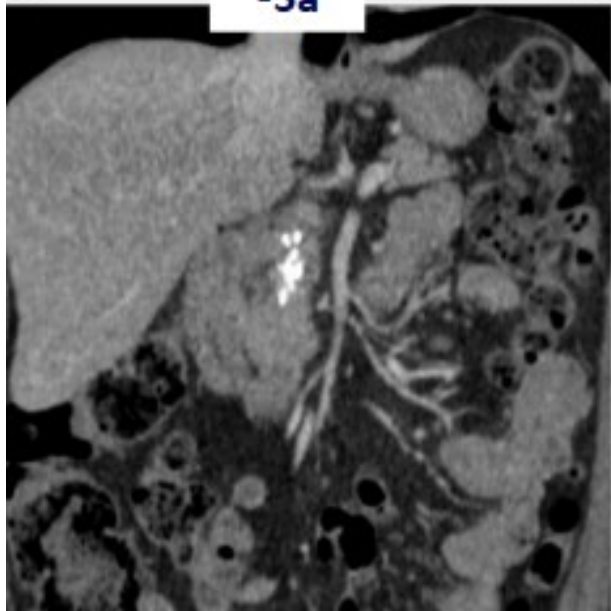
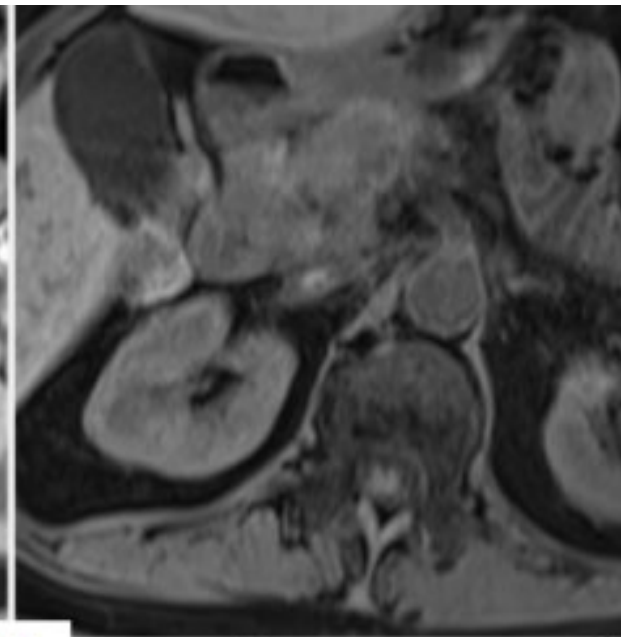
-5a



2022



2022





TPMI VS PANCREATITIS CRÓNICA





ELSEVIER

Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia


GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Pancreatitis crónica para el clínico. Parte 1: etiología y diagnóstico. Documento de posicionamiento interdisciplinar de la Societat Catalana de Digestologia y la Societat Catalana de Pàncrees



Xavier Molero^{a,b,c,d,*}, Juan Ramon Ayuso^{e,f}, Joaquim Balsells^{c,g}, Jaume Boadas^h, Juli Busquetsⁱ, Anna Casteràs^j, Mar Concepción^{c,k}, Míriam Cuatrecasas^{d,f,l}, Gloria Fernández Esparrach^{d,f,m}, Esther Fort^{n,o}, Francisco Garcia Borobia^p, Angels Ginès^{d,f,m}, Lucas Ilzarbe^q, Carme Loras^{d,r}, Miquel Masachs^s, Xavier Merino^t, Jorge J. Olsina^u, Valentí Puig-Diví^{c,v}, Sílvia Salord^w, Teresa Serrano^{d,x} y Eva Cristina Vaquero^{d,f,y,z}

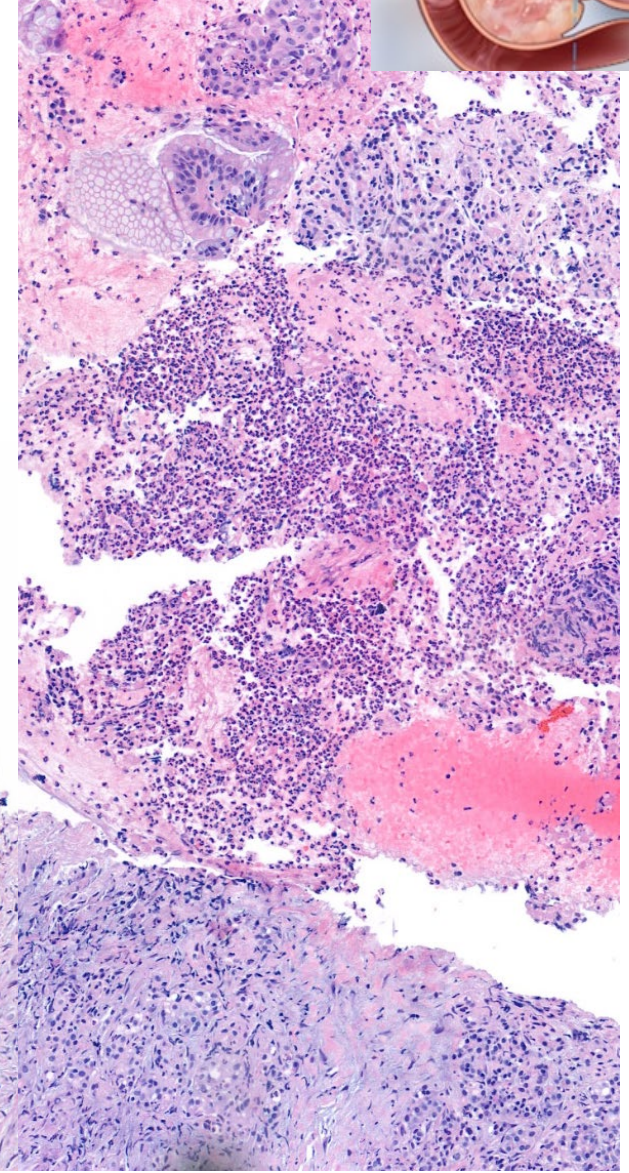
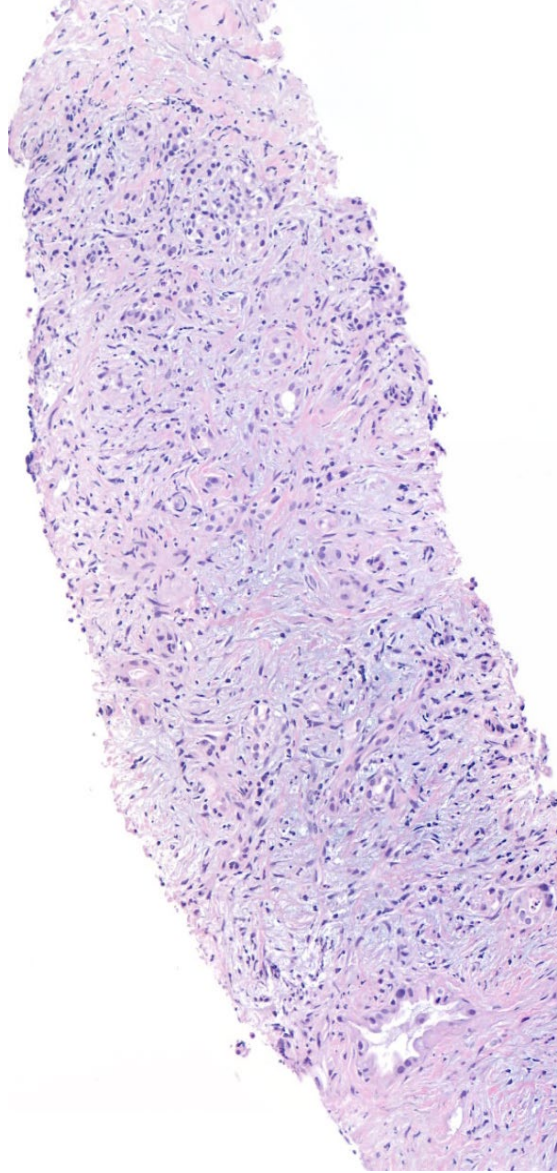
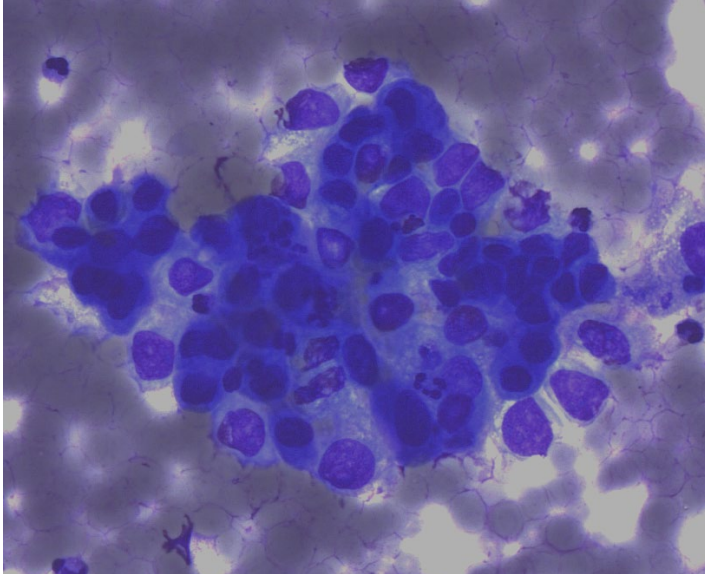
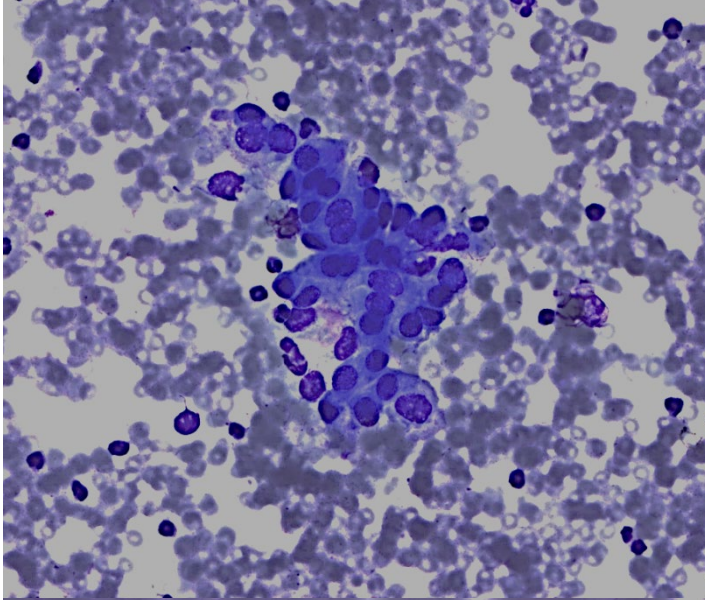
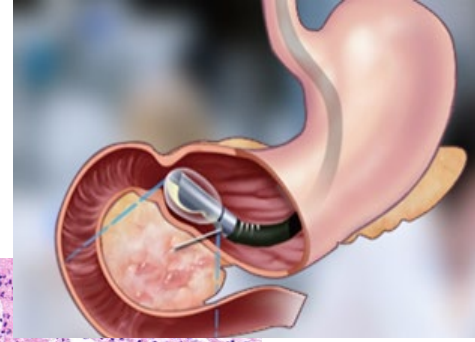
Xavier Molero^a, Juan Ramon Ayuso^{e,f}, Joaquim Balsells. Pancreatitis crónica para el clínico. Parte 1: etiología y diagnóstico. Documento de posicionamiento interdisciplinar de la Societat Catalana de Digestologia y la Societat Catalana de Pàncrees. [Vol. 45. Núm. 3](#), páginas 231-248 (Marzo 2022)

<https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-avance-resumen-pancreatitis-cronica-el-clinico-parte-S0210570521002065>

- Se empleará una batería combinada de pruebas de imagen y la obtención de muestras para estudio histológico cuando sea posible.
- La USE con punción o biopsia puede ayudar al diagnóstico si es claramente positiva, pero las biopsias negativas han interpretarse con cuidado.
- El rendimiento diagnóstico de citología o biopsia guiada por EUS en masas pancreáticas varía del 80% al 95%, **pero en presencia de PCr disminuye al 50-75%.**



USE: Àrea sòlida heterogènea, hipocòica amb marges mal delimitats de 26 mm. Se realitza PAAF.





DIAGNÒSTIC

A) PAAF de lesió sòlida a cap de pàncrees (26 mm). Control per ecoendoscòpia, EUS:

FOCUS DE INFILTRAT INFLAMATORI AGUT ASSOCIAT I ESCASSES PLÀQUES I GRUPS ACINARS DE CÈL·LULES EPITELIALS
AMB ATÍPIA CITOLÒGICA, SUGGESTIU D'ADENOCARCINOMA

CORRESPON A LA CATEGORIA V DE LA CLASSIFICACIÓ DE LA SOCIETAT DE PAPANICOLAOU.

COMENTARIS

La negativitat IHQ per a TTF1 obtinguda descarta raonablement la possibilitat d'una metàstasi d'adenocarcinoma primari pulmonar conegut, donant suport a l'origen primari pancreàtic de la neoplasia puncionada.

Management of branch-duct intraductal papillary mucinous neoplasms: a large single-center study to assess predictors of malignancy and long-term outcomes



Wiriyaporn Ridditid, MD,^{1,2} John M. DeWitt, MD,¹ C. Max Schmidt, MD, PhD,¹ Alexandra Roch, MD,¹ Jennifer Schaffter Stuart, BS,¹ Stuart Sherman, MD,¹ Mohammad A. Al-Haddad, MD, MSc, FASGE³

Indianapolis, Indiana, USA; Bangkok, Thailand; Abu Dhabi, United Arab Emirates

GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY Volume 84, No. 3 : 2016

Indicaciones Qx:

TAC-RM RANGOS PREOCUPANTES

Conducto pancreático principal >10 mm

Componente sólido

Tamaño del quiste ≥ 30mm

Paredes de quiste engrosadas

Nódulos murales sin realce

Cambio abrupto en el calibre del conducto pancreático principal /atrofia pancreática distal

RASGOS EUS-FNA

Nódulos murales definidos (pegado a la pared del quiste, nódulo que confirme la presencia de tejido tumoral)

Citología sospechosa

Conducto pancreático principal imágenes sospechosas: Paredes engrosadas, mucina intraductal.

De 364 pacientes con BD-IPMN, 6 pacientes presentaban HRS, se sometieron a cirugía. Cinco tenían USE-PAAF preoperatoria con citología benigna, que se confirmó como benigna en la cirugía. Uno tenía citología maligna y se estadificó como neoplasia maligna T3N0M0. Este paciente se sometió a un ciclo de quimioterapia neoadyuvante de 1 mes y murió debido a los eventos adversos posoperatorios.

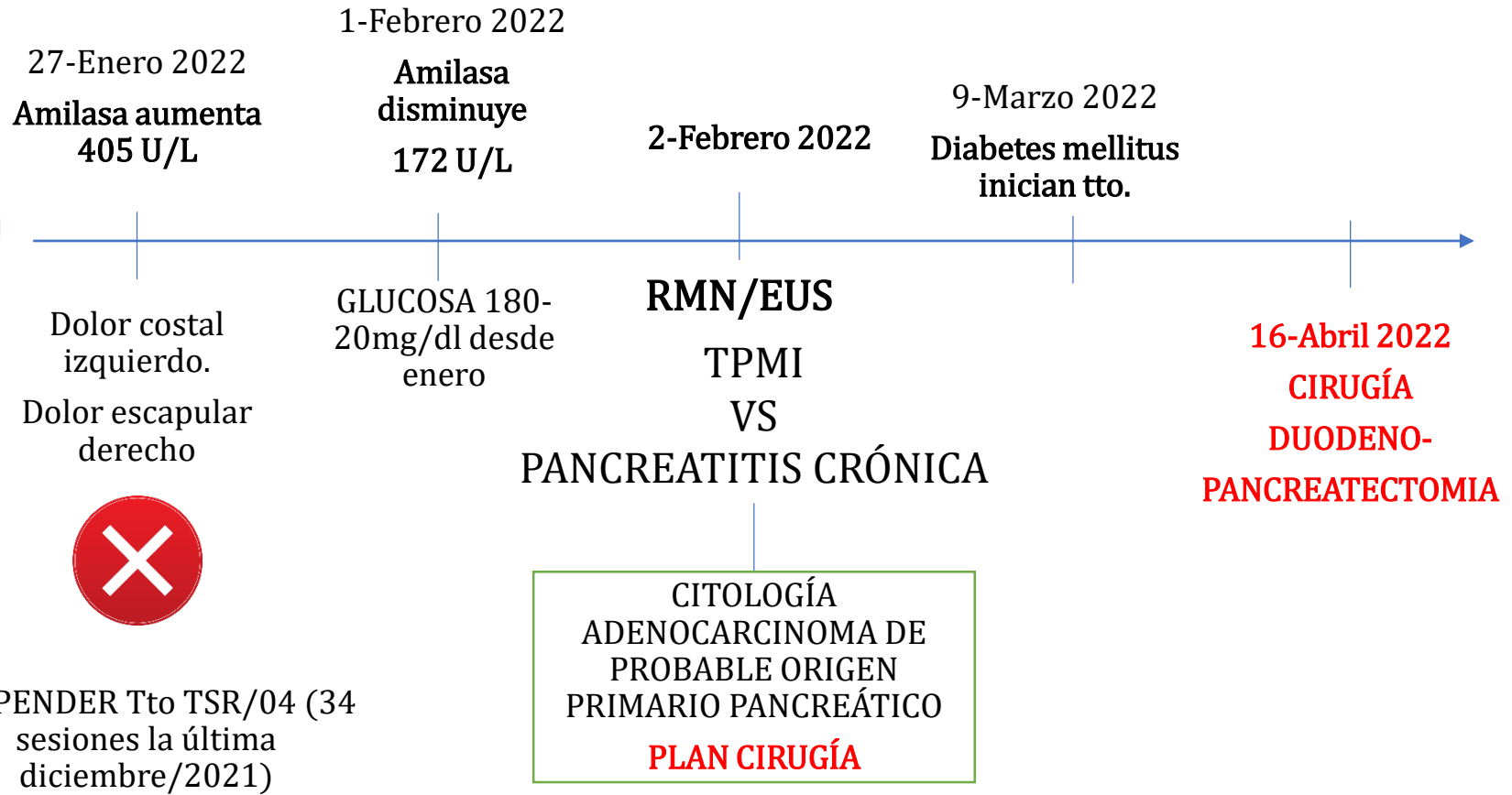
Wiriyaporn Ridditid, MD,^{1,2} John M. DeWitt, MD,¹ C. Max Schmidt, MD, PhD,¹ Alexandra Roch, MD,¹ Jennifer Schaffter Stuart, BS,¹ Stuart Sherman, MD,¹ Mohammad A. Al-Haddad, MD, MSc, FASGE³.

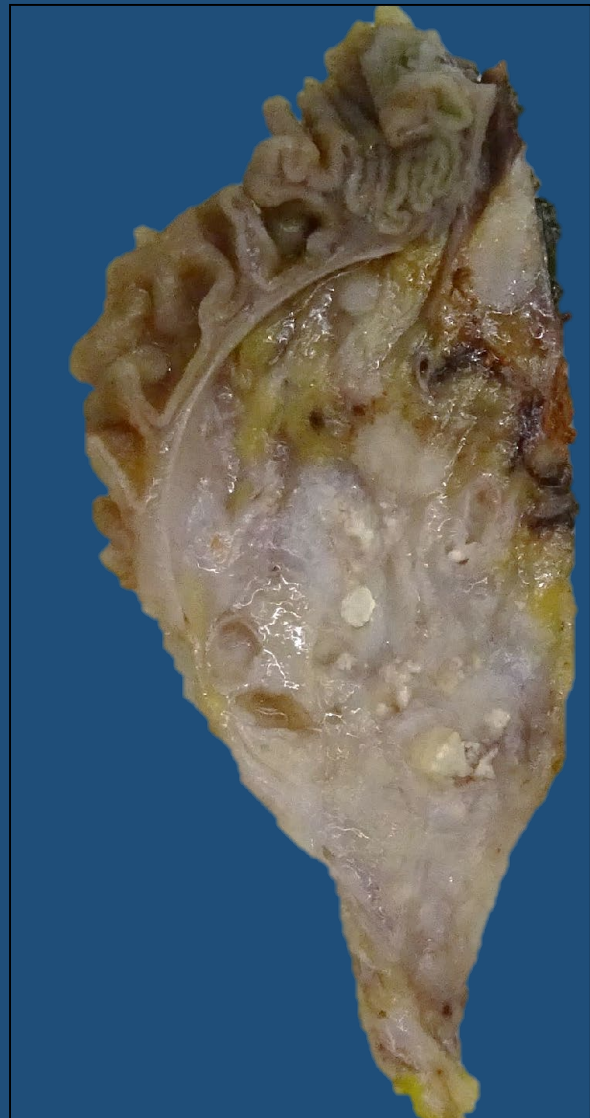
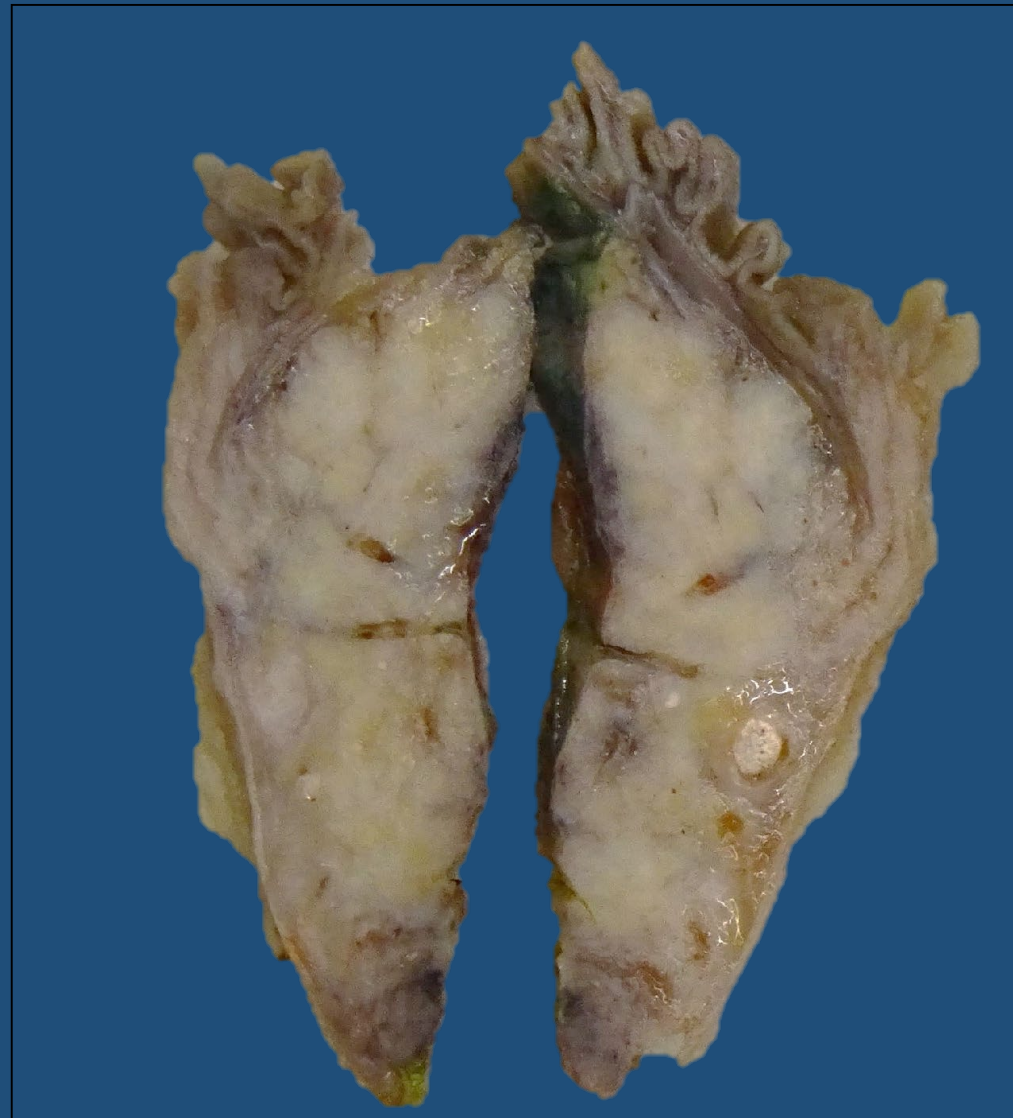
Management of branch-duct intraductal papillary mucinous neoplasms: a large single-center study to assess predictors of malignancy and long-term outcomes

<https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0016510716001589?returnurl=null&referrer=null>



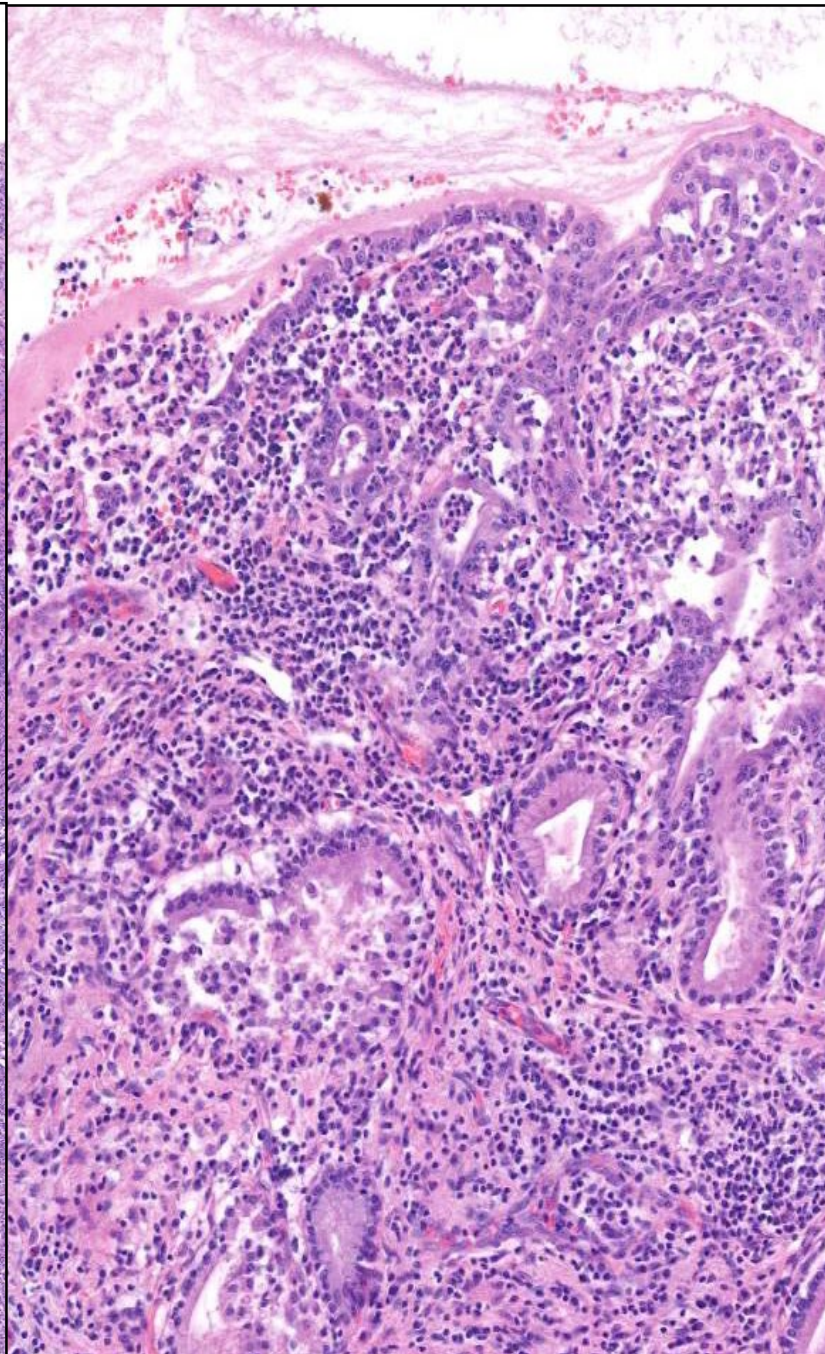
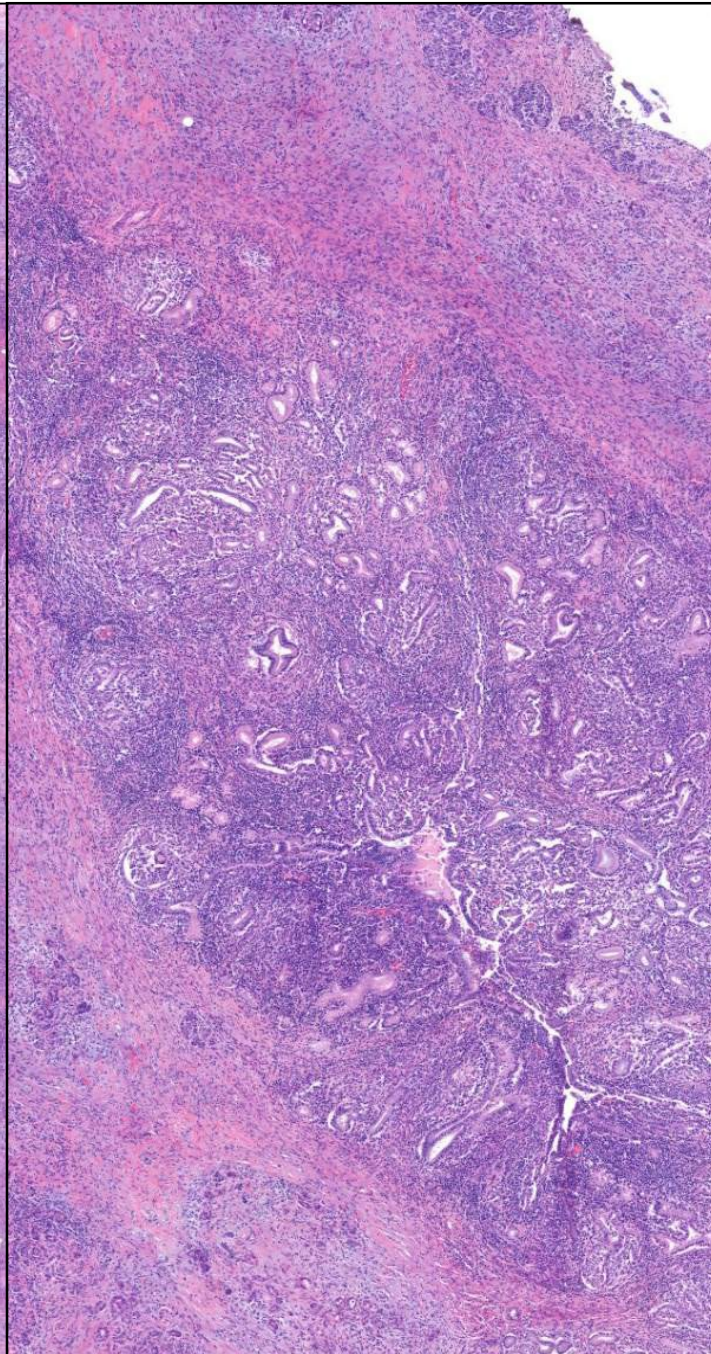
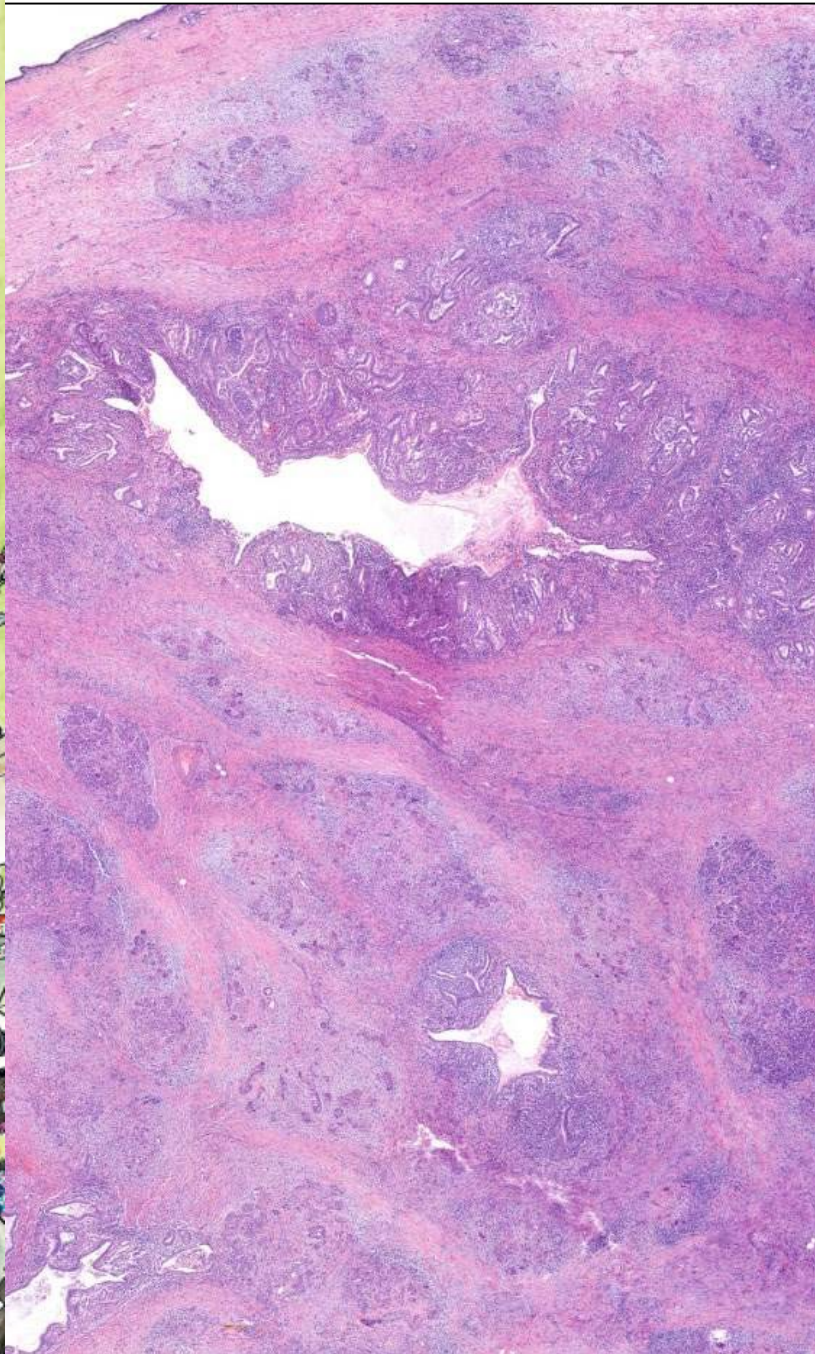
2016 Adenocarcinoma Pulmonar y
11/05/2018 inicia
TSR-04 Dostarlimab
(anti-PD1)





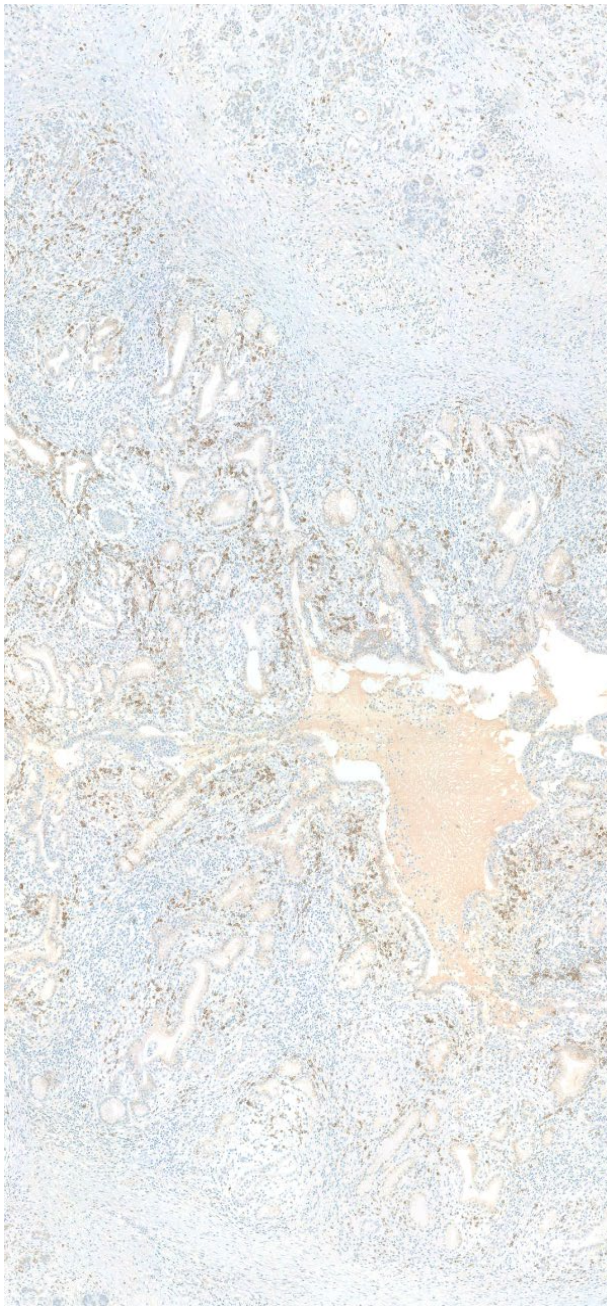
VH22B008564A - 22 Mar 2022 15:03

← 100mm →





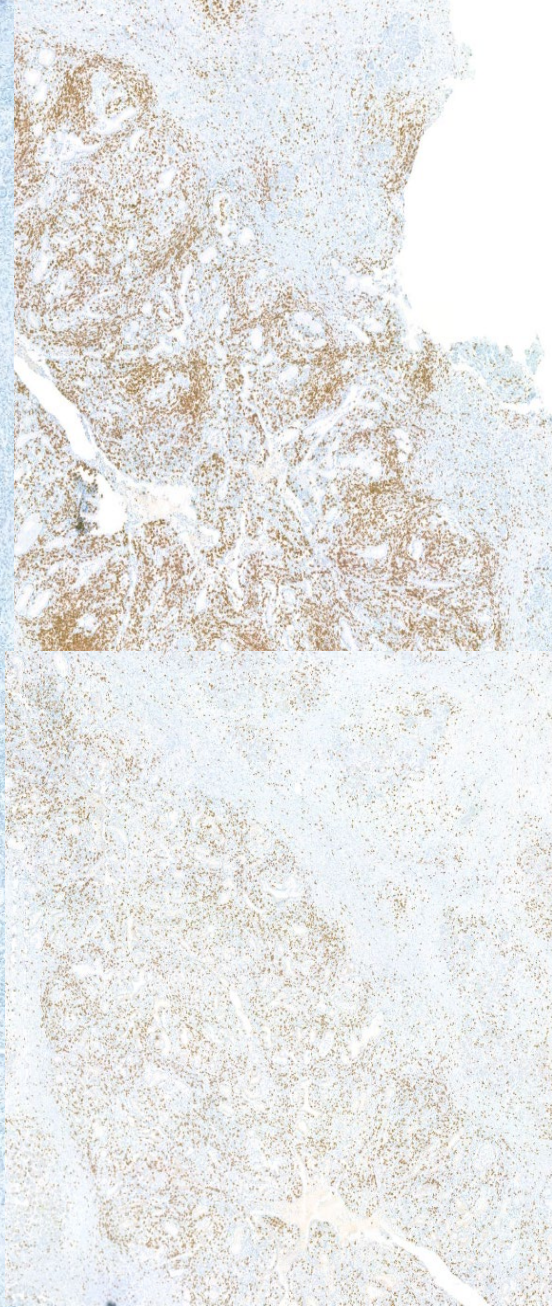
IHQ CD138



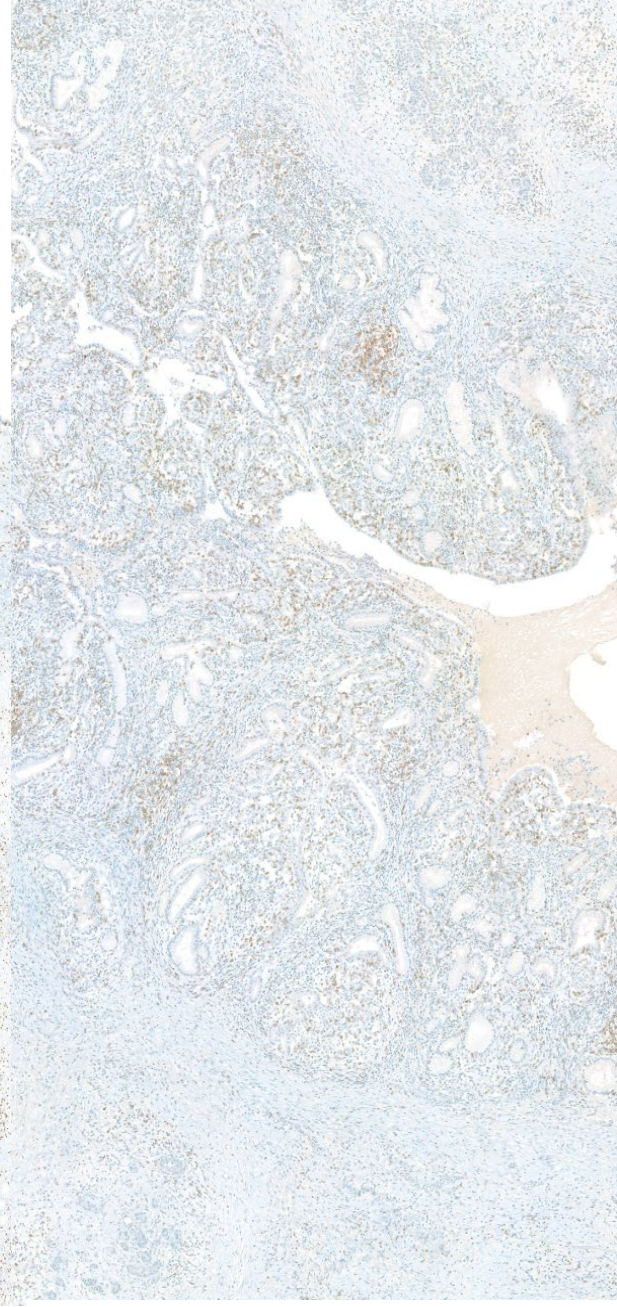
IHQ IgG4



IHQ CD3 / CD8

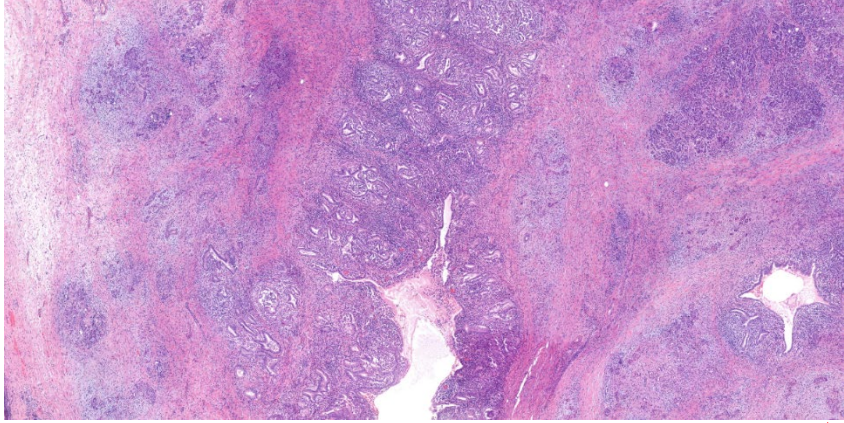


IHQ PD-1





Diagnóstico diferencial



× TPMI

PAI tipo 2 = pancreatitis del ducto central idiopática

- ✓ HISTOLOGÍA COMPATIBLE
- ✓ IgG4: AISLADAS CÉLULAS +
- X NO SIGNOS RADIOLÓGICOS DE PAI (aumento difuso del parènquima y realce tardío después del contraste; conducto con estrechez larga o múltiple, sin dilatación proximal significativa)
- X NO ENFERMEDAD CELÍACA

- IgG4 EN SUERO NO DETERMINADA

Pancreatitis inmunomediada

- ✓ AMILASA
- ✓ AFECTACIÓN DE OTROS ÓRGANOS
- ✓ TEMPORALIDAD

- HISTOLOGÍA: NO DESCRITA EN LA LITERATURA



Contents lists available at ScienceDirect

Cancer Treatment Reviews

journal homepage: www.elsevierhealth.com/journals/ctrv



Complications of Treatment

Diagnosis, monitoring and management of immune-related adverse drug reactions of anti-PD-1 antibody therapy



Thomas K. Eigentler^{a,1}, Jessica C. Hassel^{b,1}, Carola Berking^c, Jens Aberle^d, Oliver Bachmann^e, Viktor Grünwald^f, Katharina C. Kähler^g, Carmen Loquai^h, Niels Reinmuthⁱ, Martin Steins^j, Lisa Zimmer^k, Anna Sendl^l, Ralf Gutzmer^{m,*}



Contents lists available at ScienceDirect

Immunology Letters

journal homepage: www.elsevier.com/locate/immlt



Review

Immune-mediated adverse effects of immune-checkpoint inhibitors and their management in cancer



Ke-Tao Jin^{a,1}, Shi-Bing Wang^{b,c,1}, Xiao-Jiang Ying^a, Huan-Rong Lan^d, Jie-Qing Lv^e, Li-Hua Zhang^a, Morteza Motallebnezhad^{b,8}, Xiao-Zhou Mou^{b,c,*}

Adenocarcinoma Pulmonar **11/05/2018** inicia TSR-04 Dostarlimab (anti-PD1)

22-11-2018

Hipotiroidismo

2020

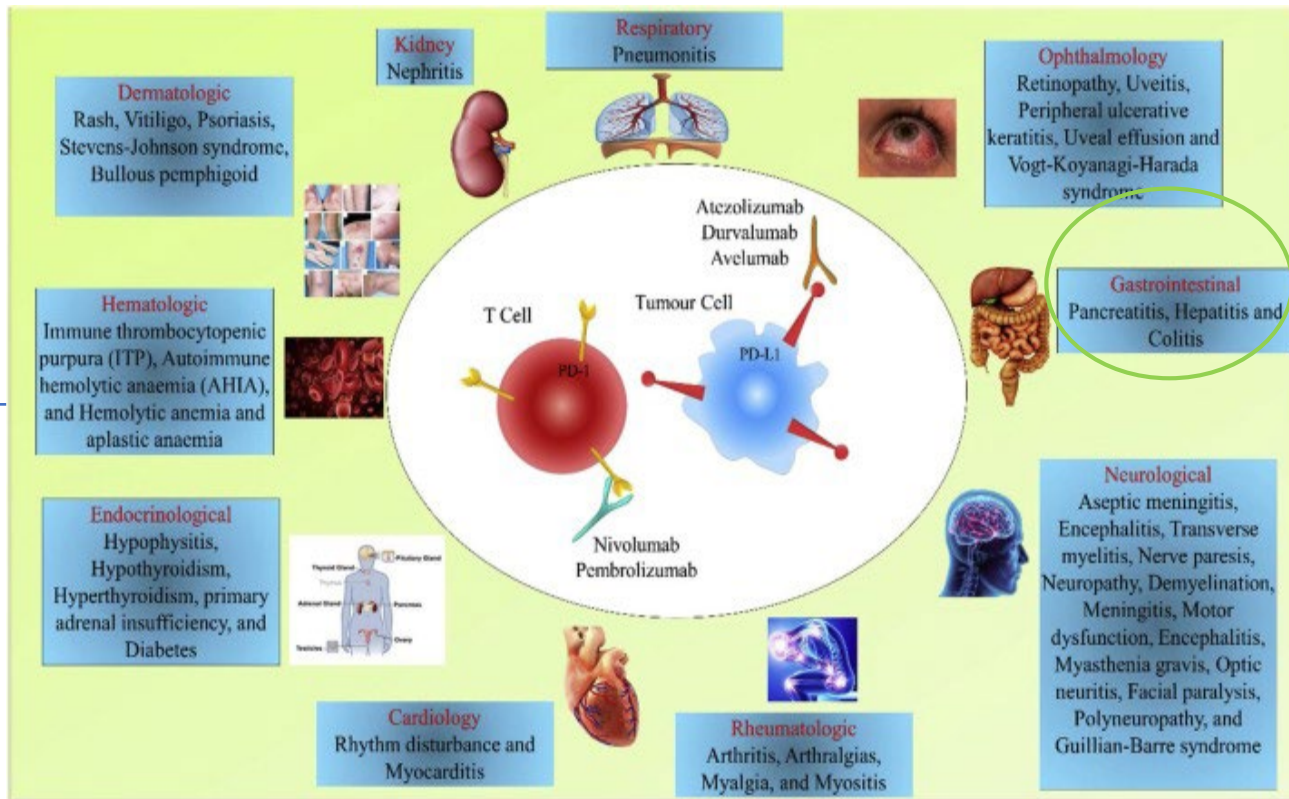
Pérdida de memoria ocasional, Astenia, Estreñimiento

09/2020 Eritema, prurito en región frontal y mejillas (TAC contraste iodado)

03/2021 Hiperamilasemia

03/2022

Diabetes Mellitus





DIAGNÒSTIC

A) PIEZA QUIRÚRGICA REMITIDA COMO: DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA Y VESÍCULA BILIAR

- PANCREATITIS CRÓNICA CÁLCICA, DIFUSA, CON ÁREAS DE ATROFIA E INFLAMACIÓN AGUDA Y CRÓNICA DE MODERADA INTENSIDAD, CON AFECTACIÓN DUCTAL TRANSMURAL PROVOCANDO, EN LA MAYORÍA DE DUCTOS DE MEDIANO Y GRAN CALIBRE, OBLITERACIÓN PARCHEADA DE MÁS DEL 60% DE LA LUZ DE LOS MISMOS.

Nota: tinción IHQ de IgG4 focal, con contaje medio de 6 células plasmáticas positivas/CGA.

- SE IDENTIFICAN 34 GANGLIOS LINFÁTICOS, EN TEJIDO ADIPOSO PERIPANCREÁTICO, CON LINFADENITIS REACTIVA.
- VESÍCULA BILIAR SIN ALTERACIONES MORFOLÓGICAS DESTACABLES. GANGLIO LINFÁTICO PERICÍSTICO CON LINFADENITIS REACTIVA.

Nota: comentado el caso en el comité multidisciplinar de Tumores pancreáticos se concluye que la pancreatitis observada es atribuible al tratamiento con anti PD1 (pancreatitis inmunomediada)

EQUIP

Patòleg	SALCEDO ALLENDE, MARIA TERESA
Resident	HARO HARO, CAROLINA ESTEFANIA



Workup and Management of Immune-Mediated Hepatobiliary Pancreatic Toxicities That Develop During Immune Checkpoint Inhibitor Treatment

CHRISTINE HSU,^a JOHN L. MARSHALL,^b AIWU RUTH HE^b

^aMedStar Georgetown Transplant Institute, Pasquerilla Healthcare Center, Washington, DC, USA; ^bLombardi Comprehensive Cancer Center, Georgetown University, Washington, DC, USA

Disclosures of potential conflicts of interest may be found at the end of this article.

Published Ahead of Print on September 9, 2019 as 10.1634/theoncologist.2018-0162.

Pancreatitis inmunomediada

- ✓ La pancreatitis inmunomediada es una complicación rara, que se observa entre el 0,5 -1.6%.
- ✓ Puede aparecer en un rango de 2 a 16 semanas después del inicio del tratamiento, pero puede ocurrir o reaparecer meses después de la interrupción de la inmunoterapia.
- ✓ Antes de iniciar el tratamiento, se debe descartar trastornos como pancreatitis obstructiva, pancreatitis autoinmune, etc.
- ✓ En pacientes tratados con inmunoterapia, las elevaciones de la amilasa y la lipasa pueden reflejar una inflamación mediada por células T, incluso de órganos distintos del páncreas que producen estas enzimas.
- ✓ La inflamación subclínica puede contribuir al desarrollo de secuelas tardías, como insuficiencia pancreática exocrina, diabetes o toxicidad de la mucosa oral.



TAKE HOME MESSAGES

- ✓ La importancia de la implicación de los comités multidisciplinares.
- ✓ La correlación clínico-patológica.

XV
CONGRÉS
de la Societat
Catalana
d'Anatomia
Patològica



FELICIDADES!



PATOLOGOS!

