

Largo superviviente en carcinoma microcítico de pulmón avanzado: papel de la inmunoterapia de mantenimiento y tratamiento local de la oligoprogresión

Long-term survivor with advanced small-cell lung carcinoma: the role of maintenance immunotherapy and local treatment of oligoprogression

Manuel Pérez-Martín*, Maria Mateos-González, Juan Corona, Mónica Antoñanzas y Carlos Aguado-de la Rosa

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Resumen

Introducción: El carcinoma microcítico de pulmón en estadio avanzado se asocia habitualmente a un pronóstico desfavorable y a una elevada tasa de recaídas precoces, a pesar de su alta sensibilidad inicial al tratamiento sistémico. **Presentación del caso:** Presentamos el caso de un varón de 54 años, exfumador, diagnosticado de carcinoma microcítico de pulmón en estadio diseminado tras debutar con un síndrome de vena cava superior. Recibió tratamiento de primera línea con carboplatino-etopósido y atezolizumab, alcanzando una respuesta radiológica significativa, seguida de radioterapia torácica de consolidación y mantenimiento con atezolizumab. Durante la evolución presentó una lesión cerebral única, tratada mediante resección quirúrgica y radioterapia holocraneal con protección hipocampal, manteniéndose posteriormente el tratamiento inmunoterápico. **Discusión y Conclusión:** Este caso ilustra el posible beneficio de una estrategia multimodal en pacientes seleccionados con carcinoma microcítico avanzado, integrando inmunoterapia de mantenimiento y tratamiento local de la oligoprogresión para prolongar el control de la enfermedad y mejorar la supervivencia a largo plazo.

Palabras clave: Carcinoma microcítico de pulmón. Inmunoterapia. Atezolizumab. Oligoprogresión. Radioterapia. Metástasis cerebral.

Abstract

Introduction: Extensive-stage small-cell lung cancer is usually associated with a poor prognosis and a high rate of early relapse, despite its marked initial sensitivity to systemic therapy. **Case presentation:** We report the case of a 54-year-old former smoker diagnosed with extensive-stage small-cell lung cancer after presenting with superior vena cava syndrome. First-line treatment with carboplatin-etoposide plus atezolizumab achieved a significant radiological response, followed by consolidative thoracic radiotherapy and maintenance atezolizumab. During follow-up, the patient developed a solitary brain metastasis, which was treated with surgical resection and hippocampal-sparing whole-brain radiotherapy, while maintenance immunotherapy was continued. **Discussion and Conclusion:** This case highlights the potential value of a multimodal

***Correspondencia:**

Manuel Pérez-Martín

E-mail: manulperezmartin@hotmail.com

Recibido: 01-05-2026

Aceptado: 22-05-2026

DOI: 10.24875/GECPLC.M26000012

Available online: 23-07-2026

Lung Cancer Clin. Res. J. 2026;2(1):13-15

www.lccrjournal.com

3081-6335 / 2026 © Grupo Español de Cáncer de Pulmón. Published by Permanyer. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

approach in selected patients with extensive-stage small-cell lung cancer, combining maintenance immunotherapy with local treatment of oligoprogression to prolong disease control and improve long-term survival.

Keywords: Small-cell lung cancer. Immunotherapy. Atezolizumab. Oligoprogression. Radiotherapy. Brain metastasis.

Enfermedad actual

Varón de 54 años, exfumador (índice paquetes-año [IPA] > 50), que consulta en agosto de 2020 por un cuadro progresivo de edema facial y de miembros superiores de aproximadamente 20 días de evolución, sugestivo de síndrome de vena cava superior. Asocia además ortopnea que achaca a sensación de «obstrucción nasal». No refiere clínica constitucional ni disnea relevante.

Tratamiento actual

Pantoprazol 20 mg 1-0-0. Ácido acetilsalicílico 100 mg 0-1-0. Captopril 25 mg 1-0-0. Rosuvastatina 20 mg 0-0-1. Ezetimiba 10 mg 0-0-1. Lorazepam 1 mg si precisa. Clopidogrel 75 mg 1-0-0.

Antecedentes clínicos

No reacciones alérgicas medicamentosas. Ex fumador de 1 paquete al día (IPA > 50). Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST en la cara inferior en diciembre de 2011, con implantación de un *stent* no farmacológico en la arteria circunfleja media y dos *stents* no farmacológicos en la arteria coronaria derecha media y distal. Fractura bilateral de tibia y fractura bilateral de radio. Antecedentes quirúrgicos: hernia inguinal hace 6 años. Situación basal: independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Estado funcional 0 en la escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group). Deportista (ciclismo). Profesión: maestro cortador de jamón.

Exploración física

Hemodinámicamente estable y afebril. Consciente y orientado en las tres esferas. Edema cervicofacial «en esclavina». Ortopnea. Auscultación cardíaca: rítmico, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado.

Exploraciones complementarias

Análisis de sangre en el momento del diagnóstico (agosto de 2020): sin alteraciones significativas, excepto sodio 133 mmol/l.

Pruebas diagnósticas

- Radiografía de tórax (05/08/20): ICT dentro de la normalidad, SCF libres, masa parahiliar derecha con dos masas en el lóbulo medio e inferior derecho.
- Tomografía computarizada (TC) de tórax, abdomen y pelvis (05/08/20): gran masa parahiliar derecha de baja atenuación que no presenta plano de separación con probable conglomerado adenopático mediastínico y mide en su conjunto 8 × 4,6 × 9 cm en sus ejes T × AP × CC oblicuos (Fig. 1). Se observan adenopatías contralaterales paratraqueales izquierdas que forman conglomerados (3,6 cm), subcarinal (3 cm), cardiopneumónica derecha (9 mm) y torácicas internas derechas (milimétricas). Derrame pleural derecho que se introduce por la cisura mayor. No se observan nódulos pleurales visibles. No se observa derrame pericárdico. No otra enfermedad a distancia.
- Cavografía (06/08/20): se coloca un *stent* venoso que queda adecuadamente centrado en la zona de la obstrucción, permeable, con una expansión inicial del 60% y con buen flujo a su través.
- Fibrobroncoscopia (07/08/2020): árbol bronquial derecho con lesión endobronquial que obstruye la entrada al LM (infiltración de la mucosa de grado III). Se realizan biopsias endobronquiales y se envían a anatomía patológica, que reporta carcinoma de pulmón de célula pequeña, inmunofenotipo CD56+, sinaptosina positivo, cromogranina negativo y Ki67 80%.

Diagnóstico

Con diagnóstico de carcinoma microcítico de pulmón diseminado (enfermedad pulmonar y ganglionar bilateral) inicia tratamiento sistémico de primera línea con carboplatino y etopósido, añadiendo atezolizumab posteriormente tras la aprobación de farmacia hospitalaria¹.

Evolución y seguimiento

En la primera TC de tórax, abdomen y pelvis de reevaluación (18/12/20) se observa una significativa disminución del tamaño de la masa hilar derecha y de las adenopatías mediastínicas en relación al estudio

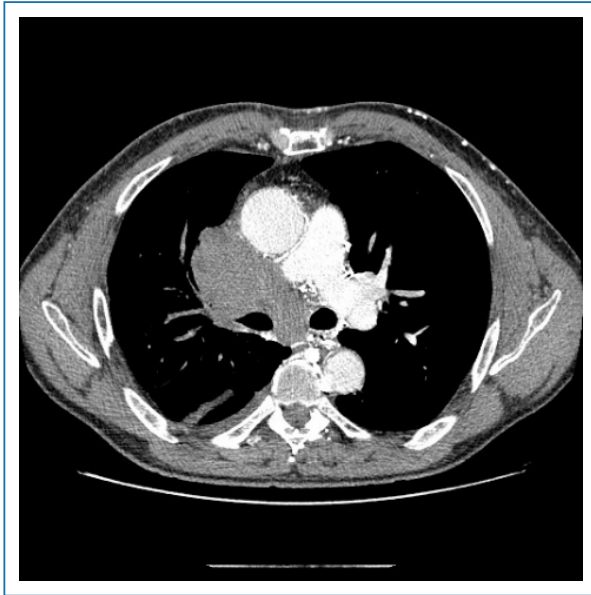


Figura 1. Lesión mediastínica antes del tratamiento.



Figura 2. Lesión mediastínica después del tratamiento.

previo. Importante disminución de la afectación tumoral del pulmón derecho. Desaparición del derrame pleural derecho. Resto sin cambios (Fig. 2).

Empieza tratamiento de mantenimiento con atezolizumab y se solicita valoración por oncología radioterápica para tratamiento de consolidación sobre el hilio derecho y el mediastino, con un total de 40 Gy (F: 5 x 2.66 Gy)², finalizando el 10/02/21. Continúa mantenimiento con atezolizumab.

En marzo 2021 presenta en la TC neumonitis rádica que se resuelve con corticoterapia y tratamiento de

soporte. Tras la resolución del cuadro se reintroduce el atezolizumab. En septiembre de 2021 se identifica en la TC cerebral una lesión ocupante de espacio en la región parietooccipital derecha, de 6,4 cm. Se confirma en la resonancia magnética cerebral que se trata de una lesión única. Se presenta caso en el comité de tumores cerebrales (04/10/21) y se decide realizar cirugía de la lesión cerebral³, que se lleva a cabo el 29/10/21. El resultado de anatomía patológica confirma la sospecha: metástasis cerebral de carcinoma neuroendocrino de célula pequeña. Se completa el tratamiento con radioterapia holocraneal con protección del hipocampo, administrando 30 Gy en 10 fracciones⁴. Continúa tratamiento de mantenimiento con atezolizumab.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria y anonimizados. Debido a la naturaleza del estudio, no fue necesario el consentimiento informado individual. Se han seguido las recomendaciones éticas pertinentes.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que se utilizó ChatGPT para la corrección y revisión del texto.

Referencias

1. Horn L, Mansfield AS, Szczesna A, Havel L, Krzakowski M, Hochmair MJ, et al. First-line atezolizumab plus chemotherapy in extensive-stage small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2018;379:2220-9.
2. Slotman BJ, van Tinteren H, Praag JO, Kneijens JL, El Sharouni SY, Hatton M, et al. Use of thoracic radiotherapy for extensive stage small-cell lung cancer: a phase 3 randomised controlled trial (CREST). *Lancet*. 2015;385:36-42.
3. Hatiboglu MA, Wildrick DM, Sawaya R. The role of surgical resection in patients with brain metastases. *Ecancelmedicalscience*. 2013;7:308.
4. Slotman B, Faivre-Finn C, Kramer G, Rankin E, Snee M, Hatton M, et al. Prophylactic cranial irradiation in extensive small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2007;357:664-72.