

CARCINOMA DE PÁNCREAS

ARTÍCULOS RELACIONADOS

1. EPIDEMIOLOGÍA:

- **10º** cáncer en frecuencia: 2,6% de cánceres de ambos sexos
- **8º** en causa de muerte, 65.000 cada año en Europa.
- Tasa de incidencia: se incrementa con la edad.
 1. VARONES: 8,7 (este) y 7,3 (norte y oeste)/100.000 hab.
 2. MUJERES: 5,7 (norte) y 4,5 (este) /100.000 hab.
- Tasa de mortalidad: > 95% de diagnósticos.
- **5% base genética**, resto adquirido pero:
 1. familiares de 1º grado tienen 18 veces más riesgo.
 2. Asociados a muchos síndromes genéticos:
 - a. SÍNDROME DE PANCREATITIS HEREDITARIA
 - b. CÁNCER COLORECTAL HEREDITARIO NO POLIPÓSICO
 - c. SÍNDROME DE MELANOMA Y MOLA MÚLTIPLE ATÍPICA.
 - d. BRCA-2 cáncer de mama y Ovario.
 - e. SD de Peutz-Jeghers

2. DIAGNOSTICO:

- Biopsia o Citología por PAAF
- **HISTOLOGÍA**:
 - 90% **ADENOCARCINOMA DUCTALES**.
 - Resto:
 - **CARCINOMA DE CELS ACINARES**: con sobreproducción de lipasa que puede llevar a mts subcutáneas grasas, necrosis grasa, eosinofilia y poliartralgias.
 - **PANCREATOBLASTOMA** más frecuente en niños.
- 90% tienen mutaciones en el gen K RAS por lo que se dificulta su tratamiento.

3. DIAGNOSTICO y ESTADIFICACIÓN

- Historia Clínica:
 - Ictericia en los de cabeza y dolor en cuerpo y cola son los síntomas más frecuentes.
 - 10% se diagnostica por debut diabético
 - Pancreatitis especialmente en ancianos y sin historia de piedras o alcohol
 - pérdida de peso.
- Exploración física.
- Hemograma, bioquímica con enzimas hepáticas. **CA 19.9**:
 - de valor diagnóstico limitado por ser inespecífico y no se puede sintetizar en pacientes con ausencia de antígeno LEWIS.
 - Útil en seguimiento y evaluación de respuesta
- Rx de tórax.
- Ecografía, TAC, RMN o laparoscopia de abdomen. Se prefiere **TAC** por:
 - Localiza el 1º
 - Valora los grandes vasos (invasión o trombosis) ayudado por **RMN**
 - Valora la existencia de mts hepáticas, adenopatías locoregionales o retroperitoneales y la afectación peritoneal.
- Gammagrafía ósea: no recomendada, poca frecuencia mts óseas.
- Laparoscopia:
 - Permite diagnosticar enf peritoneal y hepática microscópica.
 - Cambia la actitud en el 25 % de los casos.
 - Se debe realizar:
 - Tumores izquierdos de gran tamaño.
 - Antes de tratamiento neo-adyuvante.

SIN EMBARGO
LA EXTENSIÓN
DEFINITIVA
SOLO SE VE EN
LA CIRUGÍA

- ✦ **CPRE:** diagnóstica y terapéutica en casos de ictericia.
- ✦ **PET:** en desarrollo.
- ✦ **ECOENDOSCOPIA:**
 - es superior al TAC en tumores pequeños, útil para seguimientos familiares.
 - Se puede realizar PAAF.
- ✦ **Toma de biopsia o citología:**
 - **Imprescindible en:**
 - ✦ No resecables
 - ✦ Tratamiento Neoadyuvante
 - ✦ Metastásicos
 - **Innecesaria y SE DEBE EVITAR en:**
 - ✦ Resecables

				Supervivencia a 5 años
ESTADIO 0	T is	N0	M0	---
ESTADIO I	T1-2	N0	M0	5-35%
ESTADIO II	T3	N0	M0	2-15%
ESTADIO III	T1-3	N1	M0	2-15%
ESTADIO IVA	T4	Cualquier N	M0	1-5%
ESTADIO IVB	Cualquier T	Cualquier N	M1	<1%

✦ FACTORES PRONÓSTICOS

- **Resecabilidad:** < 20% pts.
 - ✦ Sin afectación extra-pancreática
 - ✦ Sin afectación del tronco celiaco
 - ✦ Sin afectación de arteria mesentérica superior.
 - ✦ La afectación de la porta NO es contraindicación siempre. (Muñoz Bellvis requiere > 1 cm libre de la confluencia para poder injertar)
- **Presencia de márgenes libres**
- **Estadio patológico**
- **Otros menores:**
 - ✦ contenido DNA
 - ✦ experiencia del cirujano

4. **TRATAMIENTO** Objetivos:

- a. Cirugía radical curativa en estadios iniciales
- b. Paliación en el resto

✦ **Estadio I: RESECCION COMPLETA RADICAL**

- Tumores de la cabeza:
 - PANCREATODUODENECTOMÍA CON PRESERVACIÓN DE PILORO
 - MODIFICACIÓN DE WHIPPLE CON PRESERVACIÓN DE PILORO Y ESTÓMAGO DISTAL.
- Tumores de Cuerpo y Cola:
 - PANCREATECTOMÍA DISTAL CON ESPLENECTOMÍA.
- Tratamiento Complementario:
 - 6 CICLOS DE 5 FU O GEMCITABINA 6
 - QUIMIOTERAPIA en pacientes con resección R1.

✦ Estadios IIA:

- La mayor parte son tumores no resecables, sin embargo se debe realizar:
 - PANCREATECTOMÍA para evitr complicaciones
 - DERIVACIÓN BILIAR en tumores de la cabeza
 - BY PASS PALIATIVO si obstrucción intestinal
- Se deben incluir en ensayos clínicos para tratamiento NEOADYUVANTE

✦ Estadios II B y III:

- Irresecables por afectación de grandes vasos.
- Durante largo tiempo el tratamiento de elección fue la QUIMIORADIOTERAPIA, pero datos retrospectivos del estudio GERCOR demuestran que **SÓLO debe ser ofrecida a los que no progresan tras 3 meses de GEMCITABINA.**

✦ Estadios IV:

- GEMCITABINA: opción más razonable
- Otras combinaciones con:
 - 5FU *(NO MODIFICA SG)*
 - Irinotecán *(NO MODIFICA SG)*
 - CDDP o L-OH *INDICADO EN JÓVENES CON BUEN PS*
 - CAPECITABINA *incrementa SG SOLO EN UN ENSAYO (no confirmado)*
 - ERLOTINIB *incrementa SG en 2 semanas con gran incremento del gasto*
 - CETUXIMAB o BEVACIZUMAB *no indicados*
- No existe TTO en segunda línea.

✦ Tratamiento paliativo:

- Evitar obstrucción biliar: prótesis de metal es preferible si la esperanza de vida es > 3 meses.
- Evitar obstrucción gástrica o duodenal: solo ocurre en el 5% de pacientes, a veces se evita con prótesis, la gastroenterostomía sigue siendo controvertida, no debe ser estándar pero puede ser útil en algunos pacientes.
- Dolor: opioides, sobre todo morfina, bloqueo del plexo celiaco es otra opción muy válida.

5. EVALUACIÓN DE RESPUESTA

- ✦ Visita en cada ciclo de QTX con evaluación de respuesta cada 2 ciclos con CA 19.9.
- ✦ TAC sólo en caso de enfermedad localmente avanzada para descartar mts y dar RTx.
- ✦ No es necesaria, no es beneficiosos el diagnostico precoz de recaídas, sólo en función de los síntomas y del paciente para evitar stress o desatención, así
 1. CA 19.9 elevado evaluar cada 3 meses
 2. TAC cada 6 meses

6. SEGUIMIENTO

- ✦ Sólo historia clínica y exploración.