

CANCER DE PANCREAS

(PANCREATIC CANCER)

* Julissa Fonseca Ureña

RESUMEN

El cáncer de páncreas es uno de los cáncer más mortales , es la cuarta causa de muerte por cáncer en Estados Unidos de Norteamérica en la actualidad y solo un 15% a un 20% de los pacientes diagnosticados son candidatos para resección quirúrgica.

DESCRIPTORES

Páncreas, adenocarcinoma ductal, coledocoyeyunostomía, resección quirúrgica, cáncer.

SUMMARY:

Pancreatic cancer is one of the deadliest cancers. Is the fourth leading cause of cancer-related death in the u.s, only 15–20% of patients are candidates for surgical intervention

KEYWORDS

Pancreas, ductal adenocarcinoma, choledochojejunostomy, surgical resection, cancer.

*Médico General.
Universidad de Ciencias
Médicas (UCIMED).
Médico coordinador
Coopesana, área San
Francisco - San Antonio.
San José - Costa Rica

FACTORES DE RIESGO

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de páncreas son, la edad avanzada, ya que el 80% de los casos, las personas se encuentran entre los 60 y 80 años. La raza afroamericana en ambos sexos presenta mayor incidencia que en personas blancas. El sexo masculino tiene una mayor incidencia, pero a pesar de esto, según estudios recientes, la mortalidad es mayor en el sexo femenino.

En cuanto a factores ambientales, el tabaquismo aumenta el riesgo de cáncer de páncreas en 1.5 a 5 veces, está directamente relacionado con el número de paquetes al día x el número de años de consumo. Además, dietas con alto contenido de carbohidratos totales, colesterol, carne, sal, comida deshidratada

o frita y azúcar refinados, entre otros, también se ha relacionado con aumento en la incidencia, mientras que dietas con alto contenido de fibra, vitamina C, frutas y vegetales, cuenta como un factor protector. Los síndromes genéticos específicos como síndrome Peutz-Jeghers, pancreatitis hereditaria, cáncer de mama familiar asociado a la mutación del gen BRCA 2, cáncer colorectal hereditario no polipósico, aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de páncreas. En relación a factores moleculares, los genes supresores tumorales más frecuentes que se encuentran inactivados son p16 en un 95%, p53 hasta en un 75%, DPC4 en un 50% y BRCA2, las mutaciones en DPC4 parecen ser más específicas para cáncer de páncreas que p16 y p53. La alteración genética de oncogenes más frecuente es el gen K-ras, encontrado en un 80% a un 100% de los casos. Los genes reparadores

de ADN están involucrados en un 4% del cáncer de páncreas, de estos los más frecuentes son hMSH2, hMSH3, hMSH6/GTBP, hMLH1, hPMS1, hPMS2.

PATOLOGIA

La neoplasia exocrina de páncreas más frecuente es el adenocarcinoma ductal, el cual abarca más del 75% de los cánceres de páncreas, de estos el 65% se produce en la cabeza, cuello o proceso uncinado del páncreas, 15% se origina del cuerpo y la cola del páncreas y 20% de manera difusa involucrando toda la glándula. Usualmente se presentan como masas duras, pobremente diferenciadas, que obstruyen de manera distal el conducto biliar común o en conducto pancreático principal. El adenocarcinoma ductal tiende a infiltrar espacios vasculares, linfáticos y perineurales, por lo que al momento de la resección la mayoría tienen metástasis en nódulos linfáticos regionales. Los sitios más frecuentes de metástasis son a hígado en un 80%, peritoneo en un 60%, pulmones y pleura en un 50-70% y glándulas adrenales en un 25%, además puede invadir directamente duodeno, estómago, colon, bazo y glándulas adrenales.

Según estudios histológicos el cáncer de páncreas parece surgir de lesiones precursoras benignas llamada neoplasia pancreática intraepitelial (NIPan), subdivididas en grados 1, 2 y 3, que van desde NIPan-1A como metaplasia cilíndrica a NIPan3 como carcinoma in situ .

Existen otros tipos de tumores epiteliales sólidos de páncreas, como los carcinomas adenoescamosos, carcinomas de celulares acinares, carcinomas de células gigantes o pancreatoblastomas, los cuales son poco frecuentes, usualmente cada uno de ellos

menor al 1% de los cánceres de páncreas exocrinos. En cuanto a los tumores epiteliales quísticos, son lesiones menos frecuentes que los adenocarcinomas ductales y más frecuentes en mujeres, dentro de los principales se encuentran los quistes neoplásicos serosos, quistes neoplásicos mucinosos, neoplasia intraductal papilar mucinosa.

CLINICA Y DIAGNOSTICO

Los síntomas más tempranos relacionados al cáncer de páncreas son anorexia, pérdida de peso, malestar abdominal y náuseas, aun así, el diagnóstico en etapas tempranas es poco frecuente y los síntomas específicos se desarrollan después de la invasión u obstrucción de estructuras cercanas. El hallazgo físico más común es la ictericia, la cual junto a la pérdida de peso y el dolor epigástrico constituyen la triada más importante en cáncer de páncreas. Ya que la mayoría de los cánceres de páncreas se desarrollan en la cabeza de páncreas, la obstrucción de la porción intrapancreática del conductor biliar común provoca ictericia, acolia, coluria y prurito. El dolor es un síntoma común, generalmente inicia en la parte superior del abdomen o en espalda, el cual empeora en posición supina. La hepatomegalia o vesícula biliar palpable también podrían estar presentes. En estadios avanzados es más evidente el desgaste muscular, la caquexia, un hígado palpable nodular, debido a metástasis, nódulo de Virchow, adenopatía periumbilical y ascitis (15%).

Los estudios de laboratorio generalmente revelan aumento de las bilirrubinas totales, fosfatasa alcalina, γ -glutamyl transferasa, los cuales indican obstrucción del conducto biliar. La lipasa y amilasa sérica usualmente se encuentran dentro de límites normales

en pacientes con lesiones localizadas y tempranas, en estadios avanzados podríamos encontrar anemia normocrómica e hipoalbuminemia. El marcador tumoral CA 19-9 ayuda al diagnóstico y seguimiento de los pacientes, la precisión para adenocarcinoma ductal varía dependiendo del nivel sérico, entre 80% en niveles superiores a 37 U/ml y alcanzando un 95% en niveles superiores a 200 U/ml.

El TAC helicoidal es el método no invasivo de preferencia para diagnóstico y estadiaje, ya que brinda información de la lesión primaria y su relación con vasos viscerales adyacentes .

Estadiaje Preoperatorio

Los pacientes se pueden estratificar en 3 grupos distintos, según criterios de TAC específicos basados en anatomía.

- A. Metastásico: evidencia de extensión de metástasis a hígado, peritoneo o pulmón.
- B. Localmente avanzado: invasión del tronco celiaco o arteria mesentérica superior (AMS), invasión venosa u oclusión de vena mesentérica superior o venas portales.
- C. Probabilidad de resección: sin evidencia de enfermedad extrapancreática, confluencia de vena mesentérica superior-venas portales o invasión del tronco celiaco o AMS.

Al momento del diagnóstico solo el 10% de los pacientes presentan tumores confinados al páncreas, 40% están localmente avanzados y más del 50% presentan metástasis a distancia .

TRATAMIENTO

El tratamiento quirúrgico consiste en dos fases, primero, evaluar la posibilidad resecar el tumor, segundo, si el tumor es resecable, realizar una pancreatoduodenectomía y restaurar la continuidad gastrointestinal. Existen varios procedimientos quirúrgicos, algunos incluyen resección radical de nódulos linfáticos, lo cual según estudios no mejora la sobrevida en los pacientes, otros preservan el píloro, lo cual tampoco mejora la sobrevida en el paciente, pero reduce el tiempo operatorio y mantiene la totalidad del estómago como reservorio.

El manejo quirúrgico del carcinoma de cuerpo y cola de páncreas es más limitado, ya que al momento de diagnóstico o presentación clínica ya hay extensión de la enfermedad, lo que impide la resección quirúrgica del tumor. Las complicaciones más frecuentes después de la pancreatoduodenectomía son el retardo en el vaciamiento gástrico, fístula pancreática presente en un 5% a un 15%, abscesos intraabdominales, hemorragia, entre otros.

La sobrevida a 5 años en general es menor al 5%, en pacientes con cáncer de páncreas después de la pancreatoduodenectomía es del 18%, con una media de 18 meses (3). Los factores que influyen en la sobrevida se encuentran el tamaño del tumor (<3cm de diámetro), márgenes negativos en la resección, moderada diferenciación celular, tratamiento con quimioterapia o radioterapia postquirúrgica.

Desafortunadamente la mayoría de los pacientes al momento del diagnóstico no son candidatos para una resección quirúrgica curativa. Por lo que se deben manejar los principales síntomas paliativos tales como la ictericia, con una hepatoyeyunostomía o

coledocoyeyunostomía en pacientes que la expectativa de vida sea de al menos 6 meses, en pacientes con menos expectativa de vida se puede colocar un stent vía endoscópica o percutánea. La obstrucción duodenal ocurre hasta en un 20% de los pacientes paliativos, lo cual

podría mejorar la calidad vida mediante una gastroyeyunostomía. Por último, el manejo del dolor es uno de los aspectos más importantes en el manejo de pacientes paliativos, por lo que se recomienda el uso de medicación de forma regular y no bajo el método “en caso necesario”.

BIBLIOGRAFIA

1. Mulholland, M., Lillemoe, K., Doherty, G., Maier, R., Simeone, D., & Upchurch, G. (2010). Greenfield's Surgery: Scientific Principles & Practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
2. Ruiz, B., Campos, J., Franco, E., Suárez, A., Aso, J., Veganzones, I., & Arreo, V. (2013). AMIR Medicina. Madrid. España: Marbán.
3. Townsend, C., Beauchamp, R., Evers, B., & Mattox, K. (2013). Sabiston Tratado de Cirugía. Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. Barcelona, España: Elsevier.

Recepción: 02 Julio de 2017

Aprobación: 10 Julio de 2017