

Tumores malignos del páncreas exocrino

R. Faroux

El adenocarcinoma ductal, que representa más del 95% de los tumores malignos del páncreas, es, junto al cáncer de la vesícula, el cáncer digestivo de peor pronóstico. La supervivencia a los 5 años es inferior al 5%. El tabaquismo es el principal factor de riesgo ambiental. Los signos clínicos están dominados por la ictericia, clásicamente manifiesta con una gran vesícula palpable. El dolor, de tipo sordo, es frecuente, así como la pérdida de peso y la alteración del estado general. La ecografía y la tomografía computarizada (TC) helicoidal son las principales pruebas complementarias de entrada necesarias para el diagnóstico y el estudio de extensión. La ecoendoscopia completa el estudio y puede permitir realizar una citopunción. Las metástasis afectan sobre todo al hígado y a los pulmones. La invasión vascular arterial es la principal contraindicación de la cirugía de exéresis. El estudio permite clasificar a los pacientes en resecables, es decir, candidatos de entrada a una cirugía curativa, en metastásicos o en tumor llamado borderline, es decir, aquéllos en los que la indicación de una exéresis quirúrgica es discutible, ya que puede no ser curativa. La cirugía curativa R0 mediante duodenopancreatectomía cefálica o esplenopancreatectomía izquierda es el único medio de intentar una curación. Los progresos de la quimioterapia adyuvante han permitido aumentar la supervivencia sin recidiva y la supervivencia global a los 5 años. En el caso de tumores metastásicos, recientes progresos han permitido mejorar de forma significativa pero moderada la supervivencia media de los pacientes.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Páncreas exocrino; Adenocarcinoma ductal; Duodenopancreatectomía cefálica; Esplenopancreatectomía izquierda

Plan

■ Introducción	1
■ Epidemiología	1
Factores ambientales	1
Factores genéticos y predisposiciones hereditarias	2
■ Patología	2
Tumores de origen ductal	2
Tumores de origen acinoso	2
■ Diagnóstico	2
Manifestaciones clínicas	2
Diagnóstico positivo	2
Estudio de extensión	3
■ Principios terapéuticos	3
Tratamiento con objetivo curativo	3
Tratamiento paliativo	4
■ Conclusión	5

■ Introducción

Los tumores malignos del páncreas exocrino están representados en su gran mayoría por los adenocarcinomas ductales. Sólo se

describe en este artículo esta forma histológica. Simplemente se nombran las demás formas patológicas.

■ Epidemiología

Los adenocarcinomas ductales del páncreas representan más del 90% de los tumores malignos del páncreas exocrino. Con aproximadamente 12.000 casos al año en Francia, el adenocarcinoma ductal del páncreas es la quinta causa de fallecimiento por cáncer en los países occidentales. Tras el cáncer colorrectal, es el segundo cáncer digestivo. La media de edad en el momento del diagnóstico es de 69 años en los varones y de 74 años en las mujeres^[1] (Cuadros 1 y 2).

El pronóstico sigue siendo muy desfavorable, con una proporción incidencia-mortalidad cercana a 1 y una supervivencia aproximada a los 5 años del 5%.

Factores ambientales

El tabaco es el único factor cuyo efecto predisponente está claramente admitido. El riesgo relativo es de 1,7 en los fumadores activos y de 1,2 en los exfumadores. El alcohol sólo es un factor de riesgo identificado en los casos de consumo elevado. Diabetes y sobrecarga ponderal son factores débilmente asociados, con un

riesgo relativo cercano a 1. Un reciente metaanálisis no demuestra asociación entre el consumo de glucosa, de sacarosa, el índice glucémico y el cáncer de páncreas exocrino [2,3].

En los estudios de cohortes, la actividad física y el consumo elevado de frutas y verduras no han demostrado claramente su posible papel protector.

Factores genéticos y predisposiciones hereditarias

Están implicados factores genéticos identificados en cerca del 5% de los casos.

Mutaciones de *breast cancer 2 (BRCA2)* (síndrome mama/ovario/páncreas) y de *cyclin dependent kinase 2a/p16 (CDKN2A/p16)* (síndrome melanoma/cáncer de páncreas) se asocian a un sobrerriesgo de cáncer de páncreas del orden del 5-15%. En la pancreatitis crónica hereditaria con mutación del gen *PRSS1*, el riesgo acumulado de adenocarcinoma pancreático es del 40% a los 70 años de edad. El tabaquismo aumenta este riesgo. También existe un aumento del riesgo de cáncer de páncreas en el síndrome de Peutz-Jeghers, el síndrome de cáncer colorrectal hereditario no polipósico y la poliposis adenomatosa familiar.

Contexto de agregación familiar no sindrómica

El riesgo depende del número de familiares afectados y varía entre 5 y 30. En caso de cáncer de páncreas en al menos dos familiares de primer grado, se recomienda derivar a los pacientes a una consulta de oncogenética. Se podrá recomendar dejar de fumar, buscar una mutación de *CDKN2A/p16* y después de *BRCA1* y *BRCA2*, y así mismo una vigilancia de los pacientes de riesgo según modalidades todavía sujetas a debate.

Patología

Los tumores malignos del páncreas se dividen en tumores de origen ductal o acinoso.

Tumores de origen ductal

Se pueden desarrollar sobre lesiones precancerosas (neoplasia intraepitelial pancreática [PanIN]):

- adenocarcinomas ductales: son los más frecuentes y representan la gran mayoría de los tumores malignos del páncreas;
- carcinoma intraductal papilar mucinoso.

Tumores de origen acinoso

Son:

- el adenocarcinoma acinoso: raro, con frecuencia de gran tamaño con mutaciones frecuentes del gen de la betacatenina.
- el pancreatoblastoma: tumor infantil, de malignidad muy elevada.

Cuadro 1.

Número de casos en el varón y la mujer en Francia según el año (según [1]).

	Año					
	1980	1990	2000	2005	2010	2012
Varón	1.715	1.982	2.902	3.802	5.202	5.963
Mujer	1.085	1.544	2.543	3.498	4.940	5.699

Cuadro 2.

Tasa de incidencia en Francia según el año (estandarizados mundo por 100.000 personas-años) (según [1]).

	Año						Tasa media de evolución	
	1980	1990	2000	2005	2010	2012	De 1980 a 2012	De 2005 a 2012
Varón	4,9	5,1	6,3	7,5	9,3	10,2	2,3	4,5
Mujer	2,0	2,6	3,8	4,8	6,2	6,9	3,9	5,4

- los tumores sólidos seudopapilares: afectan sobre todo a la mujer joven; de lenta evolución y malignidad más baja.

Diagnóstico

Manifestaciones clínicas

La ictericia colestásica es el signo más frecuente del adenocarcinoma de la cabeza del páncreas. Se trata clásicamente de una ictericia manifiesta, progresiva, acompañada (cf supra) de prurito. Con frecuencia se observa alteración del estado general y pérdida de peso, en ocasiones de entrada. La palpación de una vesícula grande, inconstante, es un signo clínico que orienta mucho hacia un cáncer de páncreas o de colédoco.

En los tumores corpocaudales o del proceso uncinado, el dolor, con frecuencia en primer plano, es sordo. Puede ser engañoso y orientar erróneamente hacia una patología raquídea.

Las metástasis, casi siempre hepáticas, pueden también detectarse de entrada. Las demás áreas metastásicas más frecuentes son los pulmones y el peritoneo.

Diagnóstico positivo

Pruebas de imagen

Ecografía abdominal

Prueba complementaria de entrada por su sencillez, no detecta o detecta mal el páncreas en aproximadamente el 20% de los casos. La aparición de una dilatación de la totalidad de la vía biliar principal sin litiasis visible sugiere un tumor del páncreas o un colangiocarcinoma del colédoco. Una doble dilatación del colédoco y del conducto de Wirsung sugiere un tumor de la cabeza pancreática. La ecografía puede también mostrar la presencia de metástasis hepáticas.

Tomografía computarizada helicoidal

La tomografía computarizada (TC) helicoidal toracoabdominopélvica de corte fino, con captación en fase arterial y portal y reconstrucciones coronales y sagitales multiplanares, es la prueba de elección tras la ecografía. Permite detectar el tumor pancreático en el 80% de los casos y observar metástasis, sobre todo hepáticas o pulmonares. La TC es la única prueba necesaria para un tumor claramente reseccable de entrada. Es también la prueba de referencia para confirmar la no reseccabilidad desde el punto de vista «vascular», con un valor predictivo negativo de invasión del 100%. Sin embargo, en ocasiones resulta difícil confirmar una invasión vascular, y es necesaria una segunda lectura de los resultados por parte del radiólogo y del cirujano. Los elementos esenciales del estudio vascular que se deben buscar son la afectación de la arteria mesentérica superior, del tronco celíaco, de la arteria hepática, de la vena mesentérica superior y de la vena porta. Una pequeña invasión venosa no constituye forzosamente una contraindicación para la resección. La invasión arterial, salvo excepciones, es casi siempre sinónimo de no reseccabilidad.



Resonancia magnética

La resonancia magnética (RM) permite obtener imágenes parenquimatosas y permite también realizar un estudio ductal biliopancreático mediante las secuencias de colangio-wirsungo-RM.

La RM y en particular la RM de difusión también están indicadas para el diagnóstico de los pequeños tumores invisibles en la TC y en el estudio de extensión, sobre todo ganglionar y peritoneal.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465314>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465314>

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