



Actualización en cáncer de páncreas y de vías biliares

A.M. Jiménez Gordo^{a,*}, M. López Gómez^a, E. Casado^a y R. Molina^{b,c,d}

^aUnidad de Oncología Médica. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España. ^bServicio de Enfermedades del Sistema Inmune y Oncología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España. ^cUnidad Asociada I+D al Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Centro Nacional de Biotecnología). Madrid. España. ^dDepartamento de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Cáncer de páncreas
- Colangiocarcinoma
- Tratamiento
- Diagnóstico

Keywords:

- Colorectal cancer
- Chemotherapy
- Colonoscopy
- Targeted agents

Resumen

Introducción. Se trata de un grupo de enfermedades con mal pronóstico que con frecuencia se presentan con ictericia y síndrome constitucional.

Cáncer de páncreas. Se caracteriza por tener alta quimiorresistencia. Produce frecuentes recaídas locales y diseminación a distancia. El único tratamiento curativo es quirúrgico. Se recomienda la administración de quimioterapia adyuvante. En estadios avanzados la quimioterapia sistémica puede aumentar la supervivencia.

Cáncer de vías biliares. Los tumores de las vías biliares se pueden presentar intrahepáticos, extrahepáticos, en vesícula biliar y en ampolla de Vater. Cada uno tiene diferentes características biológicas y moleculares. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. Frecuentemente está indicada la quimioterapia y la radioterapia adyuvante o con intención radical en casos no resecables. En los pacientes con enfermedad diseminada se recomienda la administración de quimioterapia sistémica.

Es muy importante en todos los casos el tratamiento sintomático e individualizar el tratamiento más adecuado para cada paciente de acuerdo con las características de la enfermedad y de la edad, estado general y comorbilidad.

Abstract

Update on pancreatic and biliary tract cancer

Introduction. Group of bad prognosis diseases frequently diagnosed with jaundice and constitutional syndrome.

Pancreatic cancer. It has high chemoresistance. Frequently presents metastases and local relapses. The only curative treatment is surgery. Adjuvant chemotherapy is usually recommended. Chemotherapy has shown increased survival in advanced stages.

Biliary tract cancer. They include intrahepatic, extrahepatic, gallbladder and ampoule of Vater tumors. Each one has different biological and molecular characteristics. Elective treatment is surgery when possible. Chemotherapy and radiation therapy are often indicated in adjuvant or palliative setting. Chemotherapy is recommended in advanced stages.

In all cases palliative treatment and individualized treatment according to characteristics of disease, age, performance status and comorbidity of patients is very important to improve quality of life and survival.

*Correspondencia

Correo electrónico: anajgordo@hotmail.com

Introducción

Los tumores de páncreas y vías biliares son entidades muy diferentes desde el punto de vista molecular y de orientación terapéutica, a pesar de que algunos mecanismos etiopatogénicos, manifestaciones clínicas, factores pronósticos y modos de tratamiento se asemejan dada la cercanía anatómica. Por lo tanto, a continuación se van a describir por separado el cáncer de páncreas (CP) de los localizados en el árbol biliar. Dentro de estos últimos también se van a distinguir los tumores de vesícula biliar, de toda la vía biliar intrahepática y extrahepática y los de ampolla de Vater.

Cáncer de páncreas

Concepto

El CP es la cuarta causa de mortalidad atribuible al cáncer en los países desarrollados. Dado su infausto pronóstico, la tasa de incidencia y de mortalidad es muy similar. Es más frecuente en varones y a partir de los 70 años¹. En la última década se han aprobado nuevas líneas de tratamiento que han logrado mejorar la mediana de supervivencia y la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, aún es necesario continuar investigando para mejorar su pronóstico.

Etiopatogenia

El riesgo de desarrollar CP se ha relacionado con el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo y una dieta rica en carne y grasas saturadas y pobre en frutas y vegetales. También se ha relacionado con el consumo excesivo de alcohol, infección por *H. pylori* y hepatitis B, niveles de vitamina D, el consumo de café y de ácido acetilsalicílico.

La pancreatitis crónica y los quistes pancreáticos, particularmente la neoplasia mucinosa papilar intraductal, aumentan el riesgo (hasta un 5-15% de los casos desarrollarán CP).

También se ha relacionado con el diagnóstico de diabetes, especialmente en menores de 50 años². La insulina y las sulfonilureas aumentan el riesgo, mientras que se atribuye un papel protector a metformina³.

El 5-10% de los casos tienen antecedentes familiares de CP. Se ha relacionado con mutaciones de BRCA-1, BRCA-2, PALB2, ATM, CDKN2A, síndrome de Peutz-Jeghers (mutaciones en STK-11), síndrome de Lynch y otras menos frecuentes. Deben valorarse en una consulta especializada los pacientes que presenten al menos 2 casos en la familia, si uno es familiar de primer grado del caso afecto o a partir de 3 casos⁴.

Clasificación

El 90% son adenocarcinomas ductales. Menos del 5% del total son tumores neuroendocrinos. El resto son mucho menos frecuentes.

TABLA 1

Estadificación TNM del cáncer de páncreas

Estadio	T (tumor primario)	N (ganglios linfáticos)	M (metástasis a distancia)
0	Tis (tumor <i>in situ</i>)	N0 (no afectación ganglionar)	M0 (no metástasis a distancia)
IA	T1 (tumor confinado al páncreas ≤ 2 cm)	N0	M0
IB	T2 (tumor confinado al páncreas > 2 cm)	N0	M0
IIA	T3 (tumor que invade estructuras fuera del páncreas, no eje celiaco ni arteria mesentérica superior)	N0	M0
IIB	T1/T2/T3	N1 (afectación ganglionar regional)	M0
III	T4 (invasión de eje celiaco o arteria mesentérica superior)	N0/N1	M0
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1 (metástasis a distancia)

Es necesario realizar una correcta estadificación (tabla 1). Para la orientación terapéutica, el CP se suele clasificar en las siguientes categorías.

Resecable

Posible resección quirúrgica completa (estadios hasta IIB).

Localmente avanzado o *border-line*

Contacto focal (menos de 180°) con las arterias viscerales u oclusión de un corto segmento venoso confluencia portomesentérica que permita una adecuada reconstrucción (algunos estadios II).

Localmente avanzado irresecable

Afectación arterial mayor de 180°, oclusión venosa que no permita reconstrucción, invasión aórtica, adenopatías más allá del campo de resección (estadio III).

Metastásico

Diseminación a distancia.

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son el dolor abdominal, la ictericia y el síndrome constitucional.

El 60-70% se localiza en la cabeza del páncreas y, en este caso, se presenta frecuentemente con ictericia colestásica por obstrucción de la vía biliar.

El dolor se presenta en el 85% de los casos probablemente por infiltración esplácnica. Se localiza en epigastrio o hipocondrio derecho, continuo o intermitente, irradiado en

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5681407>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5681407>

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