

Cáncer de páncreas

Fecha de la última revisión: **18/12/2013**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cuándo sospecharlo? Síntomas y signos de alerta](#)
3. [¿Cómo diagnosticarlo?](#)
4. [¿Cómo se trata?](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

El cáncer de páncreas es un tumor con una elevada mortalidad, constituyendo la octava causa de muerte por cáncer en hombres y la novena en mujeres a nivel mundial.

Su manejo es complejo, ya que generalmente en el momento del diagnóstico nos encontramos con un estadio avanzado y el arsenal terapéutico del que disponemos actualmente para su tratamiento es limitado, aunque se han producido avances en los últimos años (Molina, 2013; Gallego, 2009; Clark WJ, 2008).

La incidencia del cáncer de páncreas está aumentando en los últimos años. El riesgo de padecerlo aumenta con la edad, con un pico de máxima incidencia entre los 60-70 años, y una relación hombre-mujer de 1,3:1 (Molina, 2013; Gallego, 2009; Clark WJ, 2008).

Su etiología es desconocida aunque existen múltiples factores de riesgo descritos: (Molina, 2013; Gallego, 2009; Clark WJ, 2008; NCCN, 2013; Earle C, 2008; Seufferlein T, 2012; Fernández-del Castillo C, 2013; Vincent A, 2012; Royal R, 2011)

- Tabaco: supone un riesgo relativo de entre 1,5-5 de padecer cáncer de páncreas. El 30% de los tumores de páncreas se produce en fumadores.
- Dieta: un dieta rica en grasas y pobre en vegetales.
- Obesidad.
- Exposición a carcinógenos ambientales como los bencenos, b-naftilamina, etc.
- Diabetes: existe controversia en cuanto a si la diabetes es causa o consecuencia del cáncer de páncreas. Diferentes estudios apoyan el hecho de que los niveles elevados de glucosa y la resistencia a la insulina suponen un aumento de riesgo de padecer esta enfermedad.
- Factores hereditarios: entre un 5-10% de pacientes presentan un familiar de primer grado con antecedentes de cáncer de páncreas.
- Síndrome hereditarios: Ataxia teleangiectasia, Von Hippel Lindau, Pancreatitis hereditaria, Peutz-Jeghers.
- Pancreatitis crónica.

Desde el punto de vista histológico más del 90% de los tumores de páncreas son adenocarcinomas, y el 75% se localiza en la región de la cabeza del páncreas (NCCN, 2013; Earle C, 2008; Seufferlein T, 2012; Fernández-del Castillo C, 2013; Vincent A, 2012; Royal R, 2011).

¿Cuándo sospecharlo? Síntomas y signos de alerta

La aparición de síntomas asociados al cáncer de páncreas suele ser tardía, lo que dificulta el diagnostico en estadios iniciales. Los tumores localizados en la cabeza del páncreas suelen manifestarse más precozmente que los localizados en cuerpo y cola.

Entre los síntomas más frecuentes podemos destacar: (Molina, 2013; Gallego, 2009; Clark WJ, 2008; Seufferlein T, 2012; Vincent A, 2012; Royal R, 2011)

- Ictericia: aparece en la mayoría de los casos, más frecuentemente en los tumores localizados en la cabeza del páncreas como manifestación de la obstrucción de la vía biliar.
- Dolor abdominal: localizado en epigastrio e irradiado a espalda, se presenta en el 75-90% de los casos. Generalmente es de predominio nocturno y empeora con la ingesta.
- Disminución de peso: en el 60% de los pacientes, como consecuencia de la disminución del aporte calórico y por la malabsorción asociada a la disminución de la secreción de enzimas pancreáticas.
- Astenia y anorexia.
- Otros síntomas:
 - Prurito.
 - Diabetes mellitus de reciente comienzo.
 - Diarrea.
 - Dispepsia.
 - Depresión.
 - Coluria.
 - Pancreatitis.
 - Tromboflebitis migratoria.

¿Cómo diagnosticarlo?

(Molina, 2013; Gallego, 2009; Clark WJ, 2008; NCCN, 2013; Earle C, 2008; Vincent A, 2012; Royal R, 2011)

- Anamnesis: antecedentes personales y familiares, factores de riesgo y síntomas.

- Exploración física: prestando especial atención a la disminución de peso, ictericia, lesiones cutáneas de rascado y a la palpación abdominal con presencia de hepatomegalia y/o vesícula palpable (signo de Le Corvusier), presente en el 20% de los enfermos. La existencia de ascitis se relaciona con enfermedad avanzada.
- Analítica de sangre:
 - Hematimetría y función hepática: podemos encontrarnos anemia normocítica normocrómica, aumento de las transaminasas, fosfatasa alcalina y bilirrubina.
 - Marcadores tumorales: el más utilizado es el Ca19-9, tiene una sensibilidad del 80% y una especificidad del 90%. Se relaciona con el pronóstico, resecabilidad y sensibilidad a la quimioterapia.
- Eco abdominal: suele ser la primera prueba diagnóstica a realizar en el estudio de un paciente con ictericia ya que permite visualizar la vesícula y vía biliar.
- TC abdominal con contraste: es la técnica de elección para el diagnóstico de cáncer de páncreas. Identifica el 98% de estos tumores, y permite determinar la presencia de lesión a nivel del páncreas así como la extensión local y la existencia de metástasis a distancia. Si es posible debe realizarse utilizando un protocolo adaptado a páncreas que incluye una fase sin contraste, y fases con contraste arterial, parénquima pancreático y venosa portal.
- RNM: es una técnica equivalente al TC.
- CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica): se emplea en aquellos pacientes con ictericia en los que el TC no es diagnóstico. Además es útil para paliar la ictericia en pacientes no quirúrgicos mediante la colocación de stent (Siddiqui AA, 2013).
- Eco-endoscopia (EUS): presenta una sensibilidad y especificidad del 90%, permite determinar la afectación vascular y la realización de biopsia, sin embargo no permite el estudio de extensión.
- Laparoscopia: su empleo podría ser útil en pacientes con enfermedad potencialmente quirúrgica o enfermedad localmente avanzada susceptibles de quimio-radio, para descartar la presencia de metástasis no detectables mediante otros métodos (Seufferlein T, 2012).
- Anatomía patológica: es fundamental el diagnóstico histológico, con muestras obtenidas por laparotomía, citología por ERCP o PAAF guiada por eco o TC.

El screening es un tema controvertido. El CAPS consortium recomienda realizar screening con EUS, RNM o colangiografía, para individuos de alto riesgo definidos como los portadores de mutaciones de p16, BCRA 2 con un familiar de primer grado afecto, pacientes con síndrome de Peutz-Jeghers y pacientes con síndrome de Lynch y un familiar de primer grado afecto (Canto MI, 2012).

El pronóstico viene determinado por el estadio al diagnóstico. El estadiaje se realiza mediante el sistema **TNM**. En el momento del diagnóstico menos del 20% son resecables y el 71% presentan un estadio III-IV (Molina, 2013; Gallego, 2009; Royal R, 2012).

La tasa de supervivencia a los 5 años en pacientes operados es de entre 3-25%, en el caso de los tumores no resecables la mediana de supervivencia es de 6-12 meses (Molina, 2013; Vincent A, 2011; Royal R, 2011).

¿Cómo se trata?

El único tratamiento potencialmente curativo para el cáncer de páncreas es la cirugía. En el manejo terapéutico de este tumor debemos diferenciar tres situaciones:

- Enfermedad resecable: (NCCN, 2013; Seufferlein T, 2012; Royal R, 2011) consideramos como resecable aquel tumor que no afecta a estructuras extrapancreáticas y no presenta extensión local a tronco celíaco, arteria mesentérica superior y tronco de la vena porta. El tratamiento de elección es la cirugía, mediante la pancreatoduodenectomía (técnica de Whipple). La mortalidad operatoria es elevada (entre 15-20%), y presenta además una alta morbilidad, especialmente en pacientes mayores de 70 años. Existe controversia en cuanto al tratamiento adyuvante y neoadyuvante con quimio o quimioradioterapia, aunque en los estudios publicados parece aportar beneficio el tratamiento combinado de 5 fluorouracilo con radioterapia.
- Enfermedad localmente avanzada: (NCCN, 2013; Seufferlein T, 2012; Royal R, 2011) se considera enfermedad localmente avanzada al estadio III. En este grupo de pacientes el tratamiento es controvertido, siendo la quimio-radioterapia con 5-fluorouracilo una de las opciones más empleadas.
- Enfermedad metastásica: (Burris H, 1997; Conroy T, 2011; Moore MJ, 2007; Von Hoff DD, 2013) durante muchos años el tratamiento de elección en la enfermedad metastásica fue la utilización de gemcitabina en monoterapia (Burris H, 1997), cuya eficacia en términos de supervivencia es limitada, pero que ofrece una mejoría en el control sintomático. En los últimos años se han producido avances en el tratamiento de la enfermedad metastásica en la primera línea de tratamiento. Tres regímenes de quimioterapia han demostrado un beneficio en supervivencia global. En pacientes con buen estado general (ECOG 0-1), el estudio PRODIGE (Conroy T, 2011) comparó el tratamiento con folirinox (5-FU, LV, irinotecan, oxaliplatino) frente a gemcitabina, demostrando un beneficio en supervivencia global (11.1 meses vs 6.8 meses, p <0.001) a favor del grupo que recibió folirinox. Las toxicidades grado 3-4 con este esquema fueron superiores, especialmente neutropenia (45.7%), diarrea (12.7%), trombopenia (9.1%) y neuropatía sensorial (9%). El estudio IMPACT (Von Hoff DD, 2013) evalúa la combinación de gemcitabina con nab-paclitaxel frente a gemcitabina en monoterapia. El beneficio en supervivencia global fue de 8.5 meses vs 6.7 meses; (p <0.001; HR 0.72), siendo la neutropenia y neuropatía los efectos secundarios grado 3-4 más frecuentes. Por último la combinación de gemcitabina con erlotinib (Moore MJ, 2007) también ha demostrado una muy discreta mejoría de la supervivencia global, pero con una mayor tasa de efectos secundarios, por lo que su utilización no es muy frecuente en la práctica clínica habitual.

En el tratamiento paliativo es fundamental el control de los síntomas:

- Ictericia: colocación de prótesis mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, cirugía o de manera percutánea.
- Dolor: es un síntoma frecuente y en muchos casos es preciso el empleo de opioides para su manejo, la esplenectomía química se ha empleado en pacientes con difícil control del mismo.
- Pérdida de peso: es fundamental el soporte nutricional, administrando si es preciso enzimas pancreáticas, estimuladores del apetito (megestrol, dronabinol o corticoides) y suplementos calóricos.

Bibliografía

- Burris HA 3rd, Moore MJ, Andersen J, Green MR, Rothenberg ML, Modiano MR, et al. Improvements in survival and clinical benefit with gemcitabine as first-line therapy for patients with advanced pancreas cancer: a randomized trial. J Clin Oncol. 1997;15(6):2403-13. PubMed **PMID: 9196156**
- Canto MI, Harinck F, Hruban RH, Offerhaus GJ, Poley JW, Kamel I, et al.; International Cancer of Pancreas Screening (CAPS) Consortium. International Cancer of the Pancreas Screening (CAPS) Consortium summit on the management of patients with increased risk for familial pancreatic cancer. Gut. 2013;62(3):339-47. PubMed **PMID: 23135763. Texto completo**
- Clark WJ. Cáncer pancreático. En: Chabner AB, Lynch Jr TJ, Longo DL. Harrison. Manual de Oncología. México: Mc Graw Hill; 2008. p. 402- 9.
- Conroy T, Desseigne F, Ychou M, Bouché O, Guimbaud R, Bécouarn Y, et al.; Groupe Tumeurs Digestives of Unicancer; PRODIGE Intergroup. FOLFIRINOX versus gemcitabine for metastatic pancreatic cancer. N Engl J Med. 2011;364(19):1817-25. PubMed **PMID: 21561347. Texto completo**
- Fernández-del Castillo C, Jiménez RE. Epidemiology and risk factors for exocrine pancreatic cancer. En Walthman MA: UpToDate; 2013, version 21.12. [acceso 18/12/2013]. Disponible en: **<http://www.uptodate.com>**
- Gallego Plazas J, Carrato Mena A. Cáncer de páncreas exocrino. En: Cortés-Funes H, Colomer Bosch R. Tratado de Oncología. Mallorca: Publicaciones Permanyer; 2009. p. 823-46. ISBN 13: 978-84-92620-16-6

- Members of the Gastrointestinal Cancer Disease Site Group. The treatment of locally advanced pancreatic cancer. Earle C, Tey R, reviewers. Toronto (ON): Cancer Care Ontario; 2011 Sep 15 [Internet]. Program in Evidence-based Care Evidence-Based Series No.: 2-7 Version 2 [acceso 18/12/2013]. Disponible en: <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=14010>
- Molina Villaverde R, Lamarca Lete A, Jiménez Gordo AM, Álvarez-Mon Soto M. Cáncer de páncreas exocrino. Medicine. 2013;11:1526-31.
- Moore MJ, Goldstein D, Hamm J, Figer A, Hecht JR, Gallinger S, et al.; National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. Erlotinib plus gemcitabine compared with gemcitabine alone in patients with advanced pancreatic cancer: a phase III trial of the National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. J Clin Oncol. 2007;25(15):1960-6. PubMed **PMID: 17452677**. **Texto completo**
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Pancreatic adenocarcinoma. [Internet]. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology; V1, 2013. [acceso 18/12/2013]. Disponible en: <http://www.nccn.org>
- Royal R, Wolff R, Crane C. Principles and Practice of Oncology. 9th ed. Philadelphia: Lippincot William and Wilkins; 2011. p. 961-89.
- Seufferlein T, Bachet JB, Van Cutsem E, Rougier P; ESMO Guidelines Working Group. Pancreatic adenocarcinoma: ESMO-ESDO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2012;23 Suppl 7:vii33-40. PubMed **PMID: 22997452**. **Texto completo**
- Siddiqui AA, Mehendiratta V, Loren D, Kowalski T, Fang J, Hilden K, et al. Self-expanding metal stents (SEMS) for preoperative biliary decompression in patients with resectable and borderline-resectable pancreatic cancer: outcomes in 241 patients. Dig Dis Sci. 2013;58(6):1744-50. PubMed **PMID: 23179157**
- Vincent A, Herman J, Schulick R, Hruban RH, Goggins M. Pancreatic cancer. Lancet. 2011;378(9791):607-20. PubMed **PMID: 21620466**
- Von Hoff DD, Ervin T, Arena FP, Chiorean EG, Infante J, Moore M, et al. Increased survival in pancreatic cancer with nab-paclitaxel plus gemcitabine. N Engl J Med. 2013;369(18):1691-703. PubMed **PMID: 24131140**. **Texto completo**

Más en la red

- Canto MI, Harinck F, Hruban RH, Offerhaus GJ, Poley JW, Kamel I, et al.; International Cancer of Pancreas Screening (CAPS) Consortium. International Cancer of the Pancreas Screening (CAPS) Consortium summit on the management of patients with increased risk for familial pancreatic cancer. Gut. 2013;62(3):339-47. PubMed **PMID: 23135763**. **Texto completo**
- Hidalgo M. Pancreatic cancer. N Engl J Med. 2010 Apr 29;362(17):1605-17. PubMed **PMID: 20427809**
- Seufferlein T, Bachet JB, Van Cutsem E, Rougier P; ESMO Guidelines Working Group. Pancreatic adenocarcinoma: ESMO-ESDO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2012;23 Suppl 7:vii33-40. PubMed **PMID: 22997452**. **Texto completo**

Autores

- | | |
|----------------------------|---|
| ▪ Ovidio Fernández Calvo | Médico Especialista en Oncología médica. Servicio de Oncología (1) |
| ▪ Graciela Charlín Pato | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias (2) |
| ▪ Fernando Lamelo Alfonsín | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Hospitalización a Domicilio (3) |

(1) Complejo Hospitalario Universitario Ourense. Servicio Galego de Saúde. Ourense.
(2) Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal de Verín. Servicio Galego de Saúde. Ourense.
(3) Unidad de Hospitalización a Domicilio. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Servicio Galego de Saúde. A Coruña.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

