

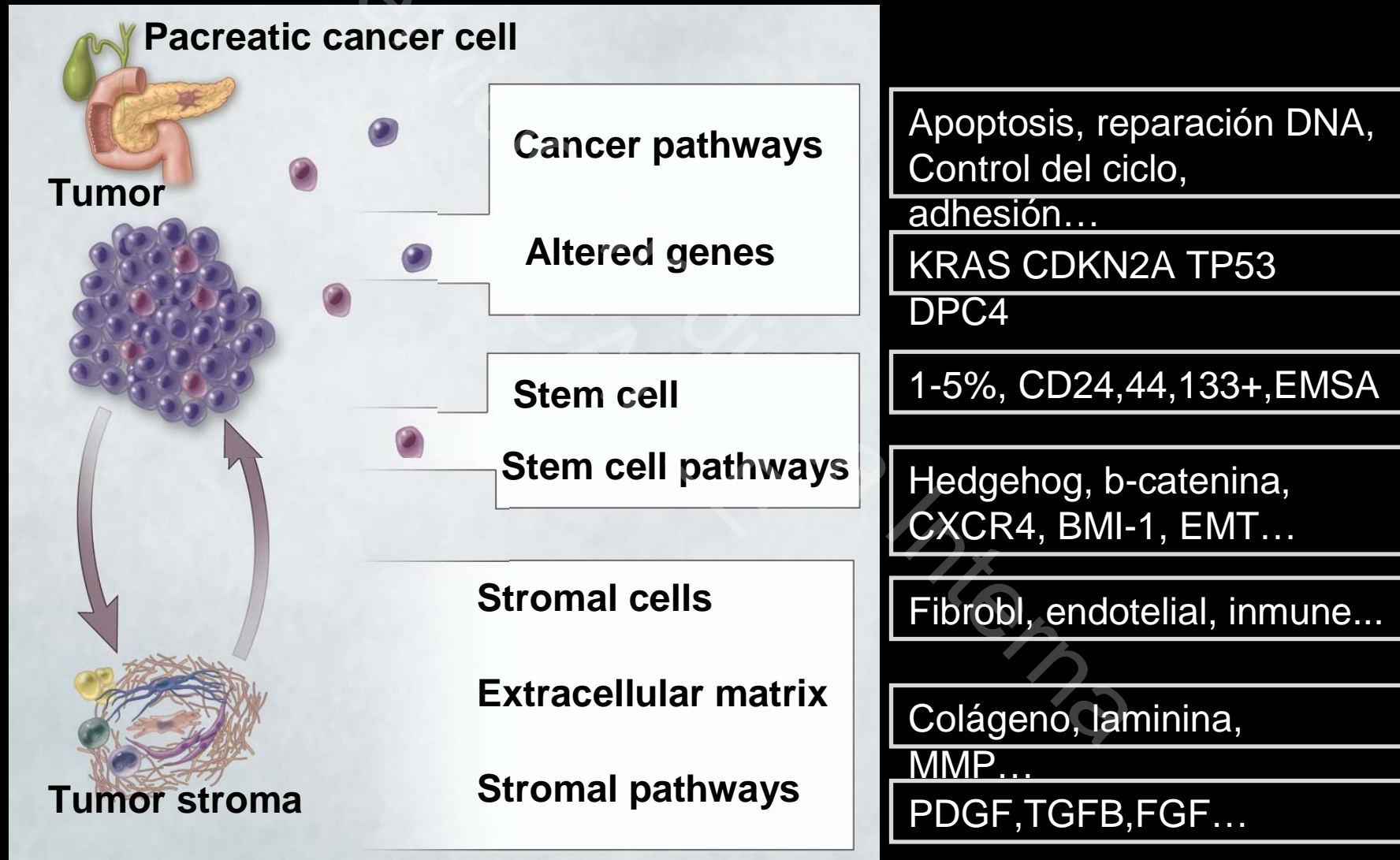
Cáncer de páncreas

Diagnóstico y tratamiento

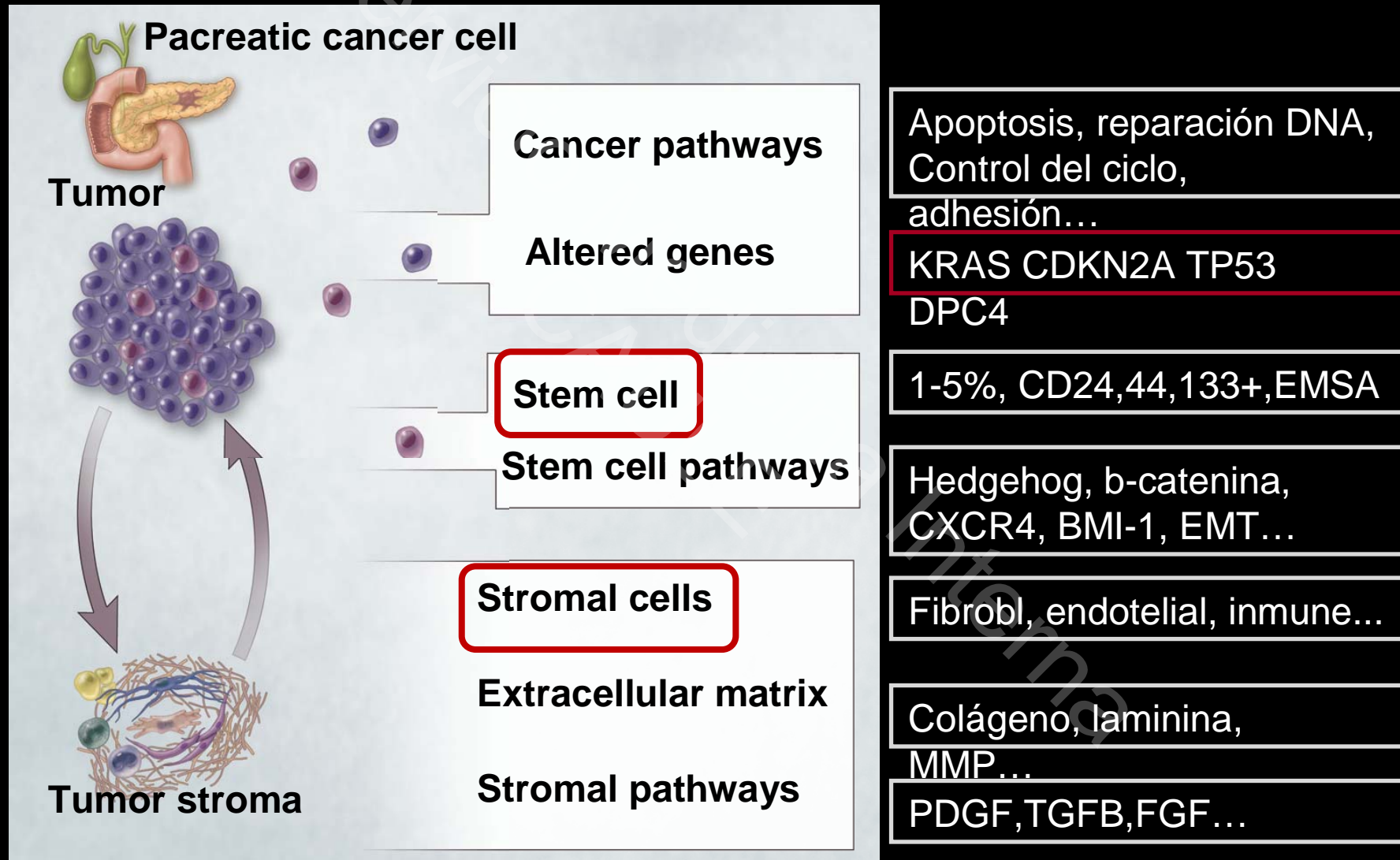


Paula Dios Díez
R2 M. Interna
27 Diciembre 2010

Biología del cáncer de páncreas



Biología del cáncer de páncreas



Presentación clínica

Descartar siempre en pancreatitis aguda y DM reciente

- Cabeza: colestasis obstructiva, malestar, obstrucción duodenal, sangrado...
- Cuerpo y cola: menor sintomatología

Manifestaciones sistémicas: trombosis, paniculitis, alteraciones de función hepática, síndrome depresivo...

Grupos de riesgo

80% 60- 80 años

1. Hombre, raza negra, judíos, Tabaco

2. H. Pylori +, fibrosis quística, sobrepeso...

3. Predisposición genética (AD) 5-10% H^a familiar

4. S. Hereditarios:

- Pancreatitis hereditaria
- Cáncer de mama hereditario (BRCA1/BRCA2)
- Melanoma familiar atípico (mola múltiple y mutación p16)
- Poliposis Peutz- Jeghers

Screening

Pacientes con riesgo elevado (x10):

- >3 familiares 1º, 2º, 3º grado con CP
- Portadores BRCA1/2 con al menos 1 caso de CP en familiares de 1º o 2º grado
- S. MMMFA mutación p16 y un caso CP en familiar 1º o 2º grado
- S. Peutz- Jeghers
- Pancreatitis hereditaria

Screening

- Ca 19.9 ↓↓ VPP (indetectable si AG Lewis a o b negativo, 10%)
- Ecoendoscopia
- TC/RMN

A partir de los 45 años o 15 años antes de la edad de aparición
Frecuencia: 1- 3 años según riesgo

Diagnóstico y estadificación

PRUEBAS DE IMAGEN

- Ecografía abdominal S76% E 75%
- **TC multicorte S 100-78%** → de elección
 - Mejor para lesiones pequeñas
 - Mejor previo a colocación prótesis
- TC helicoidal S98-76%
- USE 92%-100%



Diagnóstico y estadificación

ESTUDIO DE EXTENSIÓN

Locorregional	
TCH + USE	De elección si E. localizada
TCMC	Técnica de elección
Extensión	
Mtx	TCMC
Carcinomatosis	Laparoscopia
Mtx ganglionares	Precisión diagnóstica baja

Diagnóstico y estadificación

Anatomía patológica:

Una citología negativa resección o 2ª PAAF

Si es resecable y la sospecha alta
no hace falta confirmación AP

Se requiere confirmación AP si

1. Paciente con tumor irresecable
2. Masa resecable con sospecha de otra patología

USE-PAAF siempre en enfermedad localizada

Citoqueratinas: DD CP vs otros, pero no DD con vías biliares

Diagnóstico y estadificación

TNM cáncer páncreas:

Table 1. Staging of Pancreatic Cancer.*

Stage	Tumor Grade	Nodal Status	Distant Metastases	Median Survival† <i>mo</i>	Characteristics
IA	T1	N0	M0	24.1	Tumor limited to the pancreas, ≤ 2 cm in longest dimension
IB	T2	N0	M0	20.6	Tumor limited to the pancreas, > 2 cm in longest dimension
IIA	T3	N0	M0	15.4	Tumor extends beyond the pancreas but does not involve the celiac axis or superior mesenteric artery
IIB	T1, T2, or T3	N1	M0	12.7	Regional lymph-node metastasis
III	T4	N0 or N1	M0	10.6	Tumor involves the celiac axis or the superior mesenteric artery (unresectable disease)
IV	T1, T2, T3, or T4	N0 or N1	M1	4.5	Distant metastasis

Pronóstico

Supervivencia global < 5%

Estadio I y II 20% de los pacientes

Estadio III y IV (8-12 meses y 3-6 meses respectivamente)

Extensión de la enfermedad

Performance status → > 2 SP < 3 meses

Nomograma del Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Clasificación TNM

Ambos capacidad discriminatoria baja

Pronóstico

Ca 19.9 resecabilidad, pronóstico y seguimiento
(FP ictericia obstructiva y colangitis)


El hallazgo de células en lavado peritoneal no CI la IQ

- Márgenes, FP independiente de mortalidad
- Margen de resección retroperitoneal, FP independiente
- Estudio por congelación intraoperatorio mejora el diagnóstico, y reduce el CP residual

Tratamiento

Drenaje preoperatorio de la vía biliar

El 70% de los pacientes presentan obstrucción de la vía biliar

- El drenaje preoperatorio reduce la morbimortalidad
- El drenaje preoperatorio  tasa de complicaciones
- No existe evidencia sobre el tiempo del drenaje

*Preoperative Biliary Drainage for Cancer of the Head of the Pancreas
Niels A. van der Gaag, N Engl J Med 2010;362:129-37.*

Tratamiento

La QT → SP , con tasas de respuesta muy bajas

Gemcitabina mayores respuestas clínicas 24%

2005 Cunningham: gemcitabina + capecitabina ↑ SP y respuesta
(mayor en enfermedad metastásica)

Combinaciones con platinos y capecitabina ↑ SP si buen PS

Tratamiento

1. 2007 GEMCITABINA + ERLOTINIB ↑ SP

No consiguieron relacionar ausencia EGFR y Kras salvaje, aunque existe tendencia a mejorar SP

Rash cutáneo se asocia a mayor control de la enfermedad

2. 2008: ASCO GEMCITABINA- BEVACIZUMAB – ERLOTINIB

↑ SP, tasa de respuesta, tiempo hasta el deterioro. Correlacionado con el rash (gemcitabina + bevacizumab Agosto 2010: NO)

Tratamiento

Otras terapias:

- GEMCITABINA – CETUXIMAB tasas de respuesta variables fase II (Agosto 2010 Southwest Oncology Group–Directed Intergroup Trial S0205)
 - EVERÓLIMUS fase II como tto de 2ª línea. Mínima actividad
 - PANTITUMUMAB fase II en marcha
 - TERAPIA HORMONAL pocos estudios. Tamoxifeno, octreótide

Tratamiento. *Sº Oncología Complejo Asistencial de León*

CP localmente avanzado o metastásico

1ª línea:

a. posibilidad resección y PS 0-1 GEMCITABINA-
OXALIPLATINO o GEMCITABINA-CAPECITABINA

b. no posibilidad de resección o metastásico y PS 0-1
GEMCITABINA-ERLOTINIB (tarceva)

SI PS 2: GEMCITABINA

Si PS >2: CUIDADOS PALIATIVOS

Tratamiento. *Sº Oncología Complejo Asistencial de León*

CP localmente avanzado o metastásico

2ª línea:

Cuidados paliativos

Si buen PS, valorar FOLFOX → LEUCOVORINA CÁLCICA +
FLUOROURACILO + OXIPLATINO (4-6-7)

CP operado: Adyuvancia con GEMCITABINA 6 meses ↑ SP

Tratamiento

Nuevas dianas:

- EGF se expresa en 30-95% de los tumores
- KRas está presente en el 90% de los CP
- Angiogénesis: Sobreexpresión de VEGF y receptor. Integrina
- El tejido pancreático contiene receptores de estrógenos y somatostatina. Factor de crecimiento IGF-1R
- NCA, CEACAM6...
- Genética variable, terapias individualizadas, con escasos resultados

Bibliografía

- *Salvador Navarro et al. Recomendaciones para el diagnóstico, estadificación y tratamiento de cáncer de páncreas. Med Clin.2010;134(14):643-655*
- *Hidalgo M. Pancreatic cancer. N Engl J Med 2010;362:1605-17*
- *Nieto Mangudo B. Nuevos esquemas de quimioterapia y nuevas terapias en cáncer de páncreas y vías biliares avanzado.*
- *Niels A et al. Preoperative biliary drainage for cancer of the head of the pancreas. N Engl J Med 2010;362:129-37*



G R A C I A S