



Adenocarcinoma de páncreas. Diagnóstico y tratamiento

Pancreatic adenocarcinoma. Diagnosis and treatment

Adenocarcinoma pancreático. Diagnóstico e tratamiento

Verónica Estefanía Ortega-Galarza ^I

dra.ortegav@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-4052-6293>

José Abel Rodríguez-Palma ^{II}

j_rodrip@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-9789-6299>

Jonathan Livingston Morante-Mendoza ^{III}

jonathan_6688@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4339-3935>

Eduardo José Frank-Montesdeoca ^{IV}

eduarjfrank@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-4389-2408>

Correspondencia: dra.ortegav@gmail.com

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

* **Recibido:** 10 de marzo de 2024 * **Aceptado:** 09 de abril de 2024 * **Publicado:** 20 de mayo de 2024

- I. Médica, Investigador Independiente, Guayaquil, Ecuador.
- II. Médico, Investigador Independiente, Guayaquil, Ecuador.
- III. Médico, Investigador Independiente, Guayaquil, Ecuador.
- IV. Médico, Investigador Independiente, Guayaquil, Ecuador.

Resumen

El adenocarcinoma de páncreas es una forma devastadora de cáncer que afecta un órgano crucial en el sistema digestivo. Mayormente originado en células exocrinas, representa la mayoría de los casos y presenta una alta tasa de mortalidad. Factores de riesgo como la edad avanzada, el tabaquismo y la diabetes están vinculados con su desarrollo. En las últimas dos décadas, la quimioterapia ha logrado mejoras marginales en las tasas de supervivencia, pero las terapias dirigidas y la inmunoterapia no han mostrado un beneficio sustancial. La complejidad del adenocarcinoma de páncreas radica en su capacidad para proliferar y diseminarse de manera sigilosa, lo que complica el diagnóstico y tratamiento. La metodología de este estudio se basó en una revisión bibliográfica exhaustiva de estudios relevantes publicados en revistas científicas indexadas. Se incluyeron estudios originales, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica relacionadas con el diagnóstico y tratamiento. Los tumores del páncreas se clasifican en endocrinos y exocrinos. La detección temprana es crucial para mejorar la supervivencia, ya que la mayoría de los pacientes son diagnosticados en etapas avanzadas. Los síntomas de presentación son inespecíficos y dependen de la localización y extensión del tumor. El tratamiento puede incluir cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia de quimiorradiación y terapia dirigida. La elección del tratamiento depende del estadio del cáncer, la salud general del paciente y sus preferencias personales. En conclusión, el adenocarcinoma de páncreas sigue siendo una enfermedad desafiante con un pronóstico sombrío, pero la detección temprana y el desarrollo de nuevas terapias pueden ofrecer esperanza en la lucha contra esta enfermedad devastadora.

Palabras clave: Adenocarcinoma de páncreas; Diagnóstico; Tratamiento; Factores de riesgo; Supervivencia.

Abstract

Pancreatic adenocarcinoma is a devastating form of cancer that affects a crucial organ in the digestive system. Mostly originating in exocrine cells, it represents the majority of cases and has a high mortality rate. Risk factors such as advanced age, smoking and diabetes are linked to its development. Over the past two decades, chemotherapy has made marginal improvements in survival rates, but targeted therapies and immunotherapy have not shown substantial benefit. The complexity of pancreatic adenocarcinoma lies in its ability to proliferate and spread stealthily, which complicates diagnosis and treatment. The methodology of this study was based on an

exhaustive bibliographic review of relevant studies published in indexed scientific journals. Original studies, systematic reviews and clinical practice guidelines related to diagnosis and treatment were included. Pancreatic tumors are classified as endocrine and exocrine. Early detection is crucial to improve survival, as most patients are diagnosed in advanced stages. The presenting symptoms are nonspecific and depend on the location and extent of the tumor. Treatment may include surgery, radiation therapy, chemotherapy, chemoradiation therapy, and targeted therapy. The choice of treatment depends on the stage of the cancer, the patient's general health, and her personal preferences. In conclusion, pancreatic adenocarcinoma remains a challenging disease with a dismal prognosis, but early detection and development of new therapies may offer hope in the fight against this devastating disease.

Keywords: Pancreatic adenocarcinoma; Diagnosis; Treatment; Risk factor's; Survival.

Resumo

O adenocarcinoma pancreático é uma forma devastadora de câncer que afeta um órgão crucial do sistema digestivo. Com origem majoritariamente em células exócrinas, representa a maioria dos casos e apresenta elevada taxa de mortalidade. Fatores de risco como idade avançada, tabagismo e diabetes estão ligados ao seu desenvolvimento. Nas últimas duas décadas, a quimioterapia apresentou melhorias marginais nas taxas de sobrevivência, mas as terapias direcionadas e a imunoterapia não demonstraram benefícios substanciais. A complexidade do adenocarcinoma pancreático reside na sua capacidade de proliferar e espalhar-se furtivamente, o que complica o diagnóstico e o tratamento. A metodologia deste estudo baseou-se em uma exaustiva revisão bibliográfica de estudos relevantes publicados em revistas científicas indexadas. Foram incluídos estudos originais, revisões sistemáticas e diretrizes de prática clínica relacionadas ao diagnóstico e tratamento. Os tumores pancreáticos são classificados em endócrinos e exócrinos. A detecção precoce é crucial para melhorar a sobrevida, pois a maioria dos pacientes é diagnosticada em estágios avançados. Os sintomas apresentados são inespecíficos e dependem da localização e extensão do tumor. O tratamento pode incluir cirurgia, radioterapia, quimioterapia, quimiorradioterapia e terapia direcionada. A escolha do tratamento depende do estágio do câncer, do estado geral de saúde do paciente e das preferências pessoais. Em conclusão, o adenocarcinoma pancreático continua a ser uma doença desafiadora com um prognóstico sombrio, mas a detecção

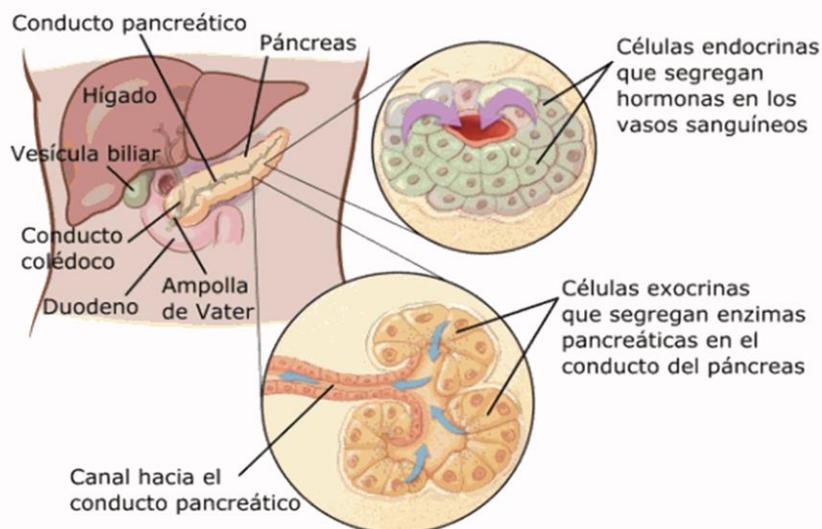
precoce e o desenvolvimento de novas terapias podem oferecer esperança na luta contra esta doença devastadora.

Palavras-chave: Adenocarcinoma pancreático; Diagnóstico; Tratamento; Factores de risco; Sobrevivência.

Introducción

El adenocarcinoma de páncreas es una forma devastadora de cáncer que afecta a un órgano crucial pero subestimado en el sistema digestivo: el páncreas. Este órgano, ubicado detrás del estómago, despliega una forma peculiar que recuerda a la de un pez, con una cabeza ancha, cuerpo que se estrecha y una cola puntiaguda. A pesar de su modesto tamaño, aproximadamente 6 pulgadas de longitud en adultos, el páncreas desempeña un papel vital en la producción de enzimas digestivas y hormonas clave para el metabolismo (1).

Figura 1: El páncreas



Nota: Tomado de American Cancer Society (1).

El cáncer de páncreas, en su mayoría, se origina en las células exocrinas, responsables de la síntesis de jugos digestivos. Este tipo de cáncer, conocido como adenocarcinoma ductal pancreático, representa la abrumadora mayoría de los casos de esta enfermedad. Sin embargo, también existen formas menos comunes de cáncer pancreático, que pueden surgir en las células endocrinas del

órgano, encargadas de la producción de hormonas. Estos tumores menos frecuentes se denominan tumores neuroendocrinos pancreáticos o cáncer de páncreas endocrino (2,3).

El adenocarcinoma de páncreas (ACP) exhibe una elevada tasa de mortalidad a nivel global, ocupando el séptimo lugar entre todas las neoplasias y constituyendo aproximadamente el 3 % de todas las neoplasias sólidas. Diversos factores se han vinculado con el riesgo de desarrollar esta patología, incluyendo la edad avanzada, el tabaquismo, la pancreatitis crónica, la diabetes mellitus tipo 2 y la exposición laboral a agentes como el cadmio, radón o cromo. La viabilidad de la intervención quirúrgica se presenta en cerca del 20 % de los casos, sin embargo, las recurrencias, tanto locales como a distancia, son frecuentes, y tanto la quimioterapia como la radioterapia ofrecen limitada eficacia (4).

En las últimas dos décadas, los regímenes de quimioterapia paliativa han logrado mejoras marginales en las tasas de supervivencia libre de progresión y supervivencia global. Se han utilizado ampliamente esquemas basados en gemcitabina, irinotecan y fluoropirimidinas. No obstante, las terapias dirigidas a dianas moleculares no han demostrado un beneficio sustancial, al igual que la inmunoterapia, que ha mostrado resultados poco alentadores en el manejo del ACP (4).

La complejidad del adenocarcinoma de páncreas radica en su capacidad para proliferar y diseminarse de manera sigilosa. Los cambios en el ADN celular desencadenan un descontrol en la división celular, resultando en la formación de masas tumorales que pueden infiltrar y destruir tejidos circundantes. Con el tiempo, las células cancerosas pueden desprenderse y migrar a otras partes del cuerpo, desencadenando metástasis que complican aún más el pronóstico y tratamiento de esta enfermedad devastadora. En este artículo de revisión bibliográfica, exploraremos los avances recientes en el diagnóstico y tratamiento del adenocarcinoma de páncreas, con el objetivo de mejorar la comprensión y abordaje clínico de esta enfermedad desafiante.

Metodología

Este artículo científico sobre el adenocarcinoma de páncreas se basó en una exhaustiva revisión bibliográfica de estudios relevantes publicados en revistas científicas indexadas. Se llevó a cabo una búsqueda sistemática en bases de datos electrónicas como PubMed, Scopus y Web of Science, utilizando términos de búsqueda pertinentes como "adenocarcinoma de páncreas", "diagnóstico", "tratamiento", "quimioterapia", "cirugía", "radioterapia" y "pronóstico".

Se incluyeron estudios originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías de práctica clínica relacionadas con el diagnóstico y tratamiento del adenocarcinoma de páncreas. Se priorizaron los trabajos más recientes publicados desde el año 2019 hasta la actualidad y aquellos que proporcionaban información relevante sobre avances recientes en el campo.

La información obtenida se organizó y sintetizó de manera sistemática, abordando los aspectos clave del adenocarcinoma de páncreas: epidemiología, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, métodos de diagnóstico, opciones terapéuticas, manejo de complicaciones y pronóstico. Además de la revisión de la literatura, se incluyeron opiniones y recomendaciones de expertos en el campo del cáncer de páncreas para brindar una perspectiva clínica integral.

Finalmente, se redactó el artículo, estructurándolo de acuerdo con las pautas de presentación científica habitual, con el objetivo de proporcionar una revisión comprensiva y actualizada sobre el diagnóstico y tratamiento del adenocarcinoma de páncreas.

Resultados

Los tumores del páncreas, en su mayoría, se desarrollan en el páncreas exocrino, afectando aproximadamente al 95 % de los casos, especialmente a las células epiteliales acinares o ductales, siendo mayoritariamente malignos. El tipo histológico más común es el adenocarcinoma ductal (ACDP), principalmente localizado en la cabeza del páncreas. En contraste, los tumores endocrinos del páncreas representan menos del 5 % de los casos (5).

En términos de crecimiento, estos tumores se clasifican en sólidos y quísticos, siendo los primeros asociados con un peor pronóstico, mientras que los segundos presentan una mejor evolución, destacando especialmente los tumores mucinosos como la neoplasia intraductal papilar mucinosa (NIPM) y la neoplasia quística mucinosa (NMC). Los tumores no epiteliales, como sarcomas o linfomas, son excepcionalmente raros (5).

El cáncer de páncreas (CDP) se posiciona como el decimosegundo cáncer más común a nivel mundial, con 495,773 casos en 2020, y la séptima causa principal de muerte por cáncer, con 466,003 defunciones en el mismo año. A nivel global, ocupa el cuarto lugar en frecuencia como causa de muerte en Estados Unidos y en Cuba en 2016, fue la décima y séptima causa de mortalidad por cáncer en hombres y mujeres mayores de 60 años, respectivamente, con un total de 670 defunciones (5).

Al momento del diagnóstico, el 85 % al 90 % de los pacientes presentan enfermedad inoperable o metastásica, lo que se traduce en una tasa de supervivencia a cinco años del 6 % para todos los estadios combinados. Sin embargo, con una detección temprana y una ablación quirúrgica completa, la supervivencia a los cinco años puede alcanzar el 24 % (5).

El CDP afecta principalmente a individuos mayores de 55 años, con mayor prevalencia en hombres y con el tabaquismo siendo un factor de riesgo significativo, asociado al 20 % al 25 % de los casos. Otros factores de riesgo incluyen el alcoholismo, un índice de masa corporal elevado, hábitos dietéticos, diabetes mellitus, pancreatitis crónica y ciertos grupos sanguíneos (A, B o AB) (5).

Los tumores neuroendocrinos constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias con comportamiento clínico variable, con frecuencia tienen un comportamiento biológico imprevisible y en ocasiones se asocian con un curso clínico agresivo. Se observa una fuerte correlación entre el grado histológico y el estadio, el porcentaje de paciente con metástasis en los pobremente diferenciados o indiferenciados es de 50% frente al 20-30% del bien o moderadamente diferenciados. En la práctica clínica, el diagnóstico usualmente se efectuará en fases avanzadas, siendo relativamente habitual la afectación hepática desde el inicio, especialmente en los de localización digestiva. En los tumores pancreáticos el método diagnóstico más sensible es la ecoendoscopia. La elección del tratamiento depende de la sintomatología, la estadificación, el grado de captación de radionúclidos y las características histológicas del tumor no existiendo un esquema estandarizado de tratamiento en estos casos. Las opciones de tratamiento para enfermedad con tumor no resecable incluyen a los análogos de somatostatina en tumores funcionantes, terapias biológicas, y quimioterapia entre otras opciones, promoviendo siempre que sea posible la participación en ensayos clínicos. Es importante recalcar la colaboración entre especialistas, en grupos de trabajo y comités multidisciplinares (6).

Manifestaciones clínicas y factores de riesgo según el Instituto Nacional del Cáncer (3).

Signos y síntomas de presentación del ACDP

Las manifestaciones clínicas incluyen numerosos y variables signos y síntomas, en ocasiones inespecíficos. La mayoría de estas manifestaciones depende de la localización y de la extensión de la enfermedad. Los pacientes con tumores localizados en el área cefálica (70-80%) suelen presentar

síntomas más tempranamente que aquellos con tumores corporocaudales. No es infrecuente que los pacientes permanezcan asintomáticos y se presenten con una enfermedad en estado avanzado (3).

Existe un grupo de individuos cuyo diagnóstico surge del estudio de lesiones focales detectadas incidentalmente en estudios por imágenes cuyas indicaciones no estaban relacionadas con la evaluación pancreática (3).

Manifestaciones clínicas:

- Astenia (86%)
- Pérdida de peso involuntaria (85%)
- Anorexia (83%) • Dolor abdominal (79%)
- Dolor epigástrico (71%)
- Coluria (59%)
- Ictericia (56%)
- Náuseas (51%)
- Dorsalgia (49%)
- Diarrea (44%)

Otras manifestaciones son hepatomegalia (39%), vómitos (33%), esteatorrea (25%), masa palpable en cuadrante superior derecho (15%), caquexia (13%), signo de Courvoisier (13%), masa palpable epigástrica (9%), ascitis (5%) y trombosis (3%) (3).

Es importante destacar que se recomienda considerar el diagnóstico de ACDP en una serie de situaciones clínicas que incluyen: Pancreatitis aguda o recurrente de causa no definida. Ha sido reportado el diagnóstico de cáncer hasta dos años después de un evento de pancreatitis aguda de etiología no definida (3).

Se sugiere considerar esta posibilidad especialmente en pacientes de 40 años o mayores e investigar exhaustivamente la causa de su pancreatitis.

Diabetes de reciente comienzo, especialmente en pacientes sin otras condiciones relacionadas con el síndrome metabólico (obesidad, hipertrigliceridemia, esteatosis hepática, etc.) o diabetes conocida en un paciente que modificó su patrón de respuesta al tratamiento. Enfermedad tromboembólica, especialmente en pacientes sin otros factores de riesgo (3).

Síndrome depresivo de reciente presentación.

Otras manifestaciones menos frecuentes son los fenómenos paraneoplásicos cutáneos, como el penfigoide cicatrizal o bulloso y la paniculitis pancreática, la cual también puede observarse en carcinomas acinares, neoplasias mucinosas papilares intraductales, tumores neuroendocrinos y pancreatitis (3).

Factores de riesgo tóxico-metabólicos para el ACDP

Los factores de riesgo tóxico-metabólicos incluyen el consumo de tabaco, alcohol, la obesidad y la diabetes. El tabaquismo es el factor ambiental independiente más importante para el ACDP en el mundo (7).

De acuerdo con algunos estudios, el riesgo aumenta con la duración del hábito y con la cantidad de cigarrillos diarios. El riesgo es casi dos veces mayor en fumadores en comparación con los no fumadores. De acuerdo con los resultados de un metaanálisis de 82 estudios, el riesgo relativo es 1,74 (95% IC 1,61-1,87) para los fumadores y 1,2 (95% IC 1,11-1,29) para los exfumadores, y el riesgo puede persistir por, al menos, 10 años después del cese del hábito. Es importante señalar que el tabaquismo pasivo puede aumentar el riesgo de cáncer de páncreas (7).

El consumo de alcohol mayor de 60 gramos/día también es considerado factor de riesgo (consultar cálculo del consumo de alcohol en Anexo A). La obesidad se reconoce como un estado proinflamatorio sistémico asociado al aumento del riesgo de presentar tumores en múltiples órganos, incluido el páncreas (7).

La relación entre la diabetes y el ACDP es compleja; la diabetes puede ser un factor de riesgo para el cáncer de páncreas y también puede ser una manifestación temprana de este. Existe evidencia creciente de que el ACDP frecuentemente causa diabetes; aproximadamente el 85% de los pacientes con esta neoplasia presenta diabetes o hiperglucemia, que se manifiesta a menudo en el lapso de los 2-3 años previos a la detección del tumor. Los pacientes con diabetes de reciente diagnóstico tienen un aumento del riesgo de detección de un ACDP de 5-8 veces en el lapso de 1 a 3 años posteriores (7).

La pesquisa de todos los pacientes con diabetes de reciente diagnóstico no es factible actualmente ya que aproximadamente solo el 1% de estos individuos mayores de 50 años presentará un ACDP en los siguientes 2-3 años (7). Sin embargo, cuando la diabetes se diagnostica en pacientes añosos o con bajo peso, debería considerarse esta posibilidad. La relación entre la diabetes y el ACDP continúa en estudio (7)(3).

Los factores relacionados con el estilo de vida, como el consumo de tabaco y de alcohol y los hábitos vinculados con la obesidad, son modificables y su cese debe ser fuertemente recomendado (7).

La pancreatitis crónica (PC) de larga evolución es un factor de riesgo para presentar un ACDP. El 1,8% de los pacientes con PC desarrollará el tumor dentro de los 10 años del diagnóstico y el 4% después de 20 años. Es fundamental el cese de los factores de susceptibilidad y de progresión, como el tabaquismo, en cualquier momento de la evolución. Si bien no existe una recomendación para la pesquisa sistemática de ACDP en enfermos con PC, se sugiere atención a situaciones específicas como la reaparición de dolor pancreático o la pérdida de peso inexplicada en pacientes con PC (7).

El riesgo de ACDP en la pancreatitis hereditaria (relacionada con mutaciones en el gen PRSS1) es especialmente elevado.

El 90% de los ACDP es esporádico, mientras que el 10% restante se relaciona con condiciones con predisposición heredada para presentar esta neoplasia (7).

El Cáncer de Páncreas Familiar (Ca. Pa. Fa.) se define por la presencia de un par de familiares de primer grado con cáncer de páncreas (padre o madre e hijo / par de hermanos) sin reunir criterios para ninguno de los síndromes genéticos mencionados previamente. 37 En el Ca. Pa. Fa. el riesgo de presentar cáncer de páncreas aumenta con la cantidad de familiares de primer grado afectados (6,4 veces cuando los familiares afectados son dos y 32 veces cuando son tres). Las mutaciones del gen CFTR (relacionado con la fibrosis quística) y del gen PRSS1 (gen del tripsinógeno catiónico relacionado con la pancreatitis hereditaria) aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de páncreas, especialmente en el caso del PRSS1(7).

Hay diferentes tipos de tratamientos para los pacientes de cáncer de páncreas.

Se utilizan los siguientes tipos de tratamiento:

- Cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Terapia de quimiorradiación
- Terapia dirigida (3)
- Hay tratamientos para el dolor que causa el cáncer de páncreas.
- Los pacientes con cáncer de páncreas tienen necesidades nutricionales especiales.

- Se están probando nuevos tipos de tratamiento en ensayos clínicos.
- A veces el tratamiento para el cáncer de páncreas causa efectos secundarios.
- A veces se necesita atención de seguimiento.
- Hay diferentes tipos de tratamientos para los pacientes de cáncer de páncreas.
- Hay diferentes tipos de tratamiento para el cáncer de páncreas (3).

El equipo de atención del cáncer le ayudará a decidir el plan de tratamiento, que suele incluir varias opciones. Se tendrán en cuenta muchos factores, como el estadio del cáncer que usted tiene, su estado general de salud y sus preferencias personales. El plan incluirá información sobre el tipo de cáncer, además de las opciones, objetivos, posibles efectos secundarios y la duración esperada del tratamiento (3).

Hablar con el equipo de atención del cáncer antes de comenzar el tratamiento para saber qué sucederá será útil. Quizás quiera informarse sobre qué necesita hacer antes de empezar el tratamiento, cómo se sentirá en el transcurso del mismo y qué tipo de ayuda necesitará. Para obtener más información, consulte Preguntas para el médico sobre el tratamiento (3).

Se utilizan los siguientes tipos de tratamiento:

Cirugía

Se puede usar uno de los siguientes tipos de cirugía para extirpar el tumor:

Procedimiento de Whipple: cirugía para extirpar la cabeza del páncreas, la vesícula biliar, parte del estómago, parte del intestino delgado y el conducto biliar. Se deja un segmento suficiente del páncreas para que produzca jugos digestivos e insulina (3).

Pancreatectomía total: cirugía para extirpar todo el páncreas, parte del estómago, parte del intestino delgado, el conducto colédoco, la vesícula biliar, el bazo y los ganglios linfáticos cercanos (3).

Pancreatectomía distal: cirugía para extirpar el cuerpo y la cola del páncreas. También es posible que se extirpe el bazo si el cáncer se diseminó a este órgano (3).

Si el cáncer se diseminó y no se puede extirpar, es posible recurrir a los siguientes tipos de cirugía paliativa para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida:

Derivación biliar: es posible que se haga una derivación biliar para drenar la bilis acumulada en la vesícula si el cáncer bloquea un conducto biliar. Durante esta operación, el médico hará un corte

en la parte de la vesícula o el conducto biliar que está antes de la obstrucción y la coserá al intestino delgado para crear una nueva vía alrededor del área bloqueada (3).

Colocación endoscópica de una endoprótesis: cuando el tumor bloquea un conducto biliar, es posible que se realice una cirugía para colocar una endoprótesis (tubo delgado) a fin de drenar la bilis acumulada. El médico coloca la endoprótesis a través de un catéter para drenar la bilis hacia una bolsa que está fuera del cuerpo, o se coloca la endoprótesis para evitar el área bloqueada y drenar la bilis hacia el intestino delgado (3).

Derivación gástrica: método para coser de forma directa el estómago al intestino delgado cuando el tumor impide que la comida salga del estómago y, de este modo, el paciente puede continuar comiendo normalmente (3).

Radioterapia

En la radioterapia se usan rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para destruir células cancerosas o impedir que crezcan. En ocasiones, se administra radioterapia de haz externo para el cáncer de páncreas. En este tipo de radioterapia, se usa una máquina que envía la radiación desde el exterior del cuerpo hacia el área con cáncer (3).

Para obtener más información, consulte Radioterapia de haz externo para el cáncer y Efectos secundarios de la radioterapia.

Quimioterapia

En la quimioterapia se usan medicamentos para interrumpir la formación de células cancerosas, ya sea mediante su destrucción o al impedir su multiplicación (3).

La quimioterapia para el cáncer de páncreas suele administrarse de manera sistémica, es decir, se inyecta en una vena o se toma por la boca. Cuando se administran de esta manera, los medicamentos ingresan al torrente sanguíneo para llegar a las células cancerosas de todo el cuerpo (3).

Los medicamentos de quimioterapia que se usan para el cáncer de páncreas son los siguientes:

- Capecitabina.
- Fluorouracilo (5-FU).
- Gemcitabina.
- Irinotecán.
- Leucovorina (vitamina que mejora la eficacia del 5-FU).

- Oxaliplatino (3).

Es posible usar combinaciones de estos medicamentos y en ocasiones se administran medicamentos de quimioterapia diferentes a los de esta lista. La quimioterapia se puede combinar con otros tipos de tratamiento, por ejemplo, con la radioterapia o la terapia dirigida (3).

Terapia de quimiorradiación

Para la terapia de quimiorradiación se combina la quimioterapia con la radioterapia a fin de aumentar los efectos de ambos tratamientos (3).

Terapia dirigida

La terapia dirigida es un tipo de tratamiento para el que se utilizan medicamentos u otras sustancias para identificar y atacar células cancerosas específicas. El erlotinib es un tipo de medicamento de terapia dirigida que se usa para tratar el cáncer de páncreas (3).

Conclusiones

- Los tumores del páncreas, principalmente los de tipo exocrino, representan la mayoría de los casos, siendo el adenocarcinoma ductal el tipo histológico más común, especialmente localizado en la cabeza del páncreas.
- Los tumores se clasifican, según su crecimiento, en sólidos y quísticos, siendo los primeros asociados con un peor pronóstico, mientras que los segundos presentan una mejor evolución, destacando los tumores mucinosos como la neoplasia intraductal papilar mucinosa y la neoplasia quística mucinosa.
- El cáncer de páncreas es una enfermedad altamente letal, siendo la séptima causa principal de muerte por cáncer a nivel mundial. La detección temprana es crucial para mejorar la supervivencia, ya que la mayoría de los pacientes son diagnosticados en etapas avanzadas.
- Factores de riesgo importantes incluyen la edad avanzada, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la obesidad, la diabetes mellitus, la pancreatitis crónica y ciertos grupos sanguíneos.

- Los tumores neuroendocrinos del páncreas presentan un comportamiento clínico variable y a menudo se diagnostican en etapas avanzadas. El diagnóstico y tratamiento requieren una colaboración multidisciplinaria.
- Los síntomas de presentación del adenocarcinoma ductal son inespecíficos y dependen de la localización y extensión del tumor. La detección temprana en pacientes con factores de riesgo puede ser desafiante, pero es crucial para mejorar el pronóstico.
- El tratamiento del cáncer de páncreas puede incluir cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia de quimiorradiación y terapia dirigida. La elección del tratamiento depende del estadio del cáncer, la salud general del paciente y sus preferencias personales.

Referencias

1. American Cancer Society. ¿Qué es el cáncer de páncreas? [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-pancreas/acerca/que-es-el-cancer-de-pancreas.html>
2. Fundación Mayo para la Educación y la Investigación Médicas. Cáncer de páncreas [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/pancreatic-cancer/symptoms-causes/syc-20355421>
3. Instituto Nacional del Cáncer. Tratamiento del cáncer de páncreas (PDQ®) [Internet]. Versión para pacientes publicada originalmente por el Instituto Nacional del Cáncer. 2024. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/pancreas/paciente/tratamiento-pancreas-pdq>
4. Medina Pérez VM, Fonseca Labrada A, Alsina Tul LE, Lamadrid Garcia J, Carvajal Aballe ML, Fong Baltar ÁL, et al. Caracterización de pacientes con adenocarcinoma de páncreas. Rev Cuba Oncol Vol 18, No 2 mayo-agosto [Internet]. el 31 de agosto de 2020; Disponible en: <https://revoncologia.sld.cu/index.php/onc/article/view/35/29>
5. Rosales Campos RD, Núñez Duvergel K de la CM La, O A. ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO POCO DIFERENCIADO CON DESENLACE FATAL EN UNA PACIENTE DE 32 AÑOS: CASO CLÍNICO. Cibamanz [Internet]. 2021; Disponible en: <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/viewFile/406/309>
6. Macías, Paula; Pérez, Rocío; Tallafigo, Fernando; Torrado, Carlos; Gallego I. TUMORES NEUROENDOCRINOS DEL PANCREAS: NO TAN RAROS Y NO TAN BENIGNOS.

En: 30 Simposio INTERNACIONAL TDD [Internet]. Grupo de Tratamiento de los Tumores Digestivos; 2022. Disponible en:

https://www.ttdgroup.org/modulgex/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/1398/200123_022614_8218130077.pdf

7. Pasqua A, Moro M, Alle L, Basso S, Canicoba M, Capitanich P, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del Adenocarcinoma Ductal de Páncreas. Club del Páncreas de la República Argentina. Acta Gastroenterológica Latinoam [Internet]. el 7 de mayo de 2020;50(2):3–43. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199368570001>

© 2024 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).