

Cáncer de páncreas y lesiones quísticas pancreáticas.

Nuevos avances en diagnóstico y tratamiento

Luis Carlos Sabbagh, MD¹

A pesar de muchos logros en la investigación para detectar tempranamente el cáncer de páncreas y realizar un tratamiento adecuado, la sobrevida a cinco años es muy pobre (4%) (1, 2).

El adenocarcinoma ductal que es el tumor pancreático mas frecuente (75%) tiene una incidencia de 10-11 por 100.000 habitantes en países occidentales (3, 4) y estimada para Colombia de 4,5 por 100.000 según datos del Instituto nacional de Cancerología (5).

El crecimiento agresivo con micro invasión retroperitoneal, vascular y la presencia de metástasis tempranas hacen que este tipo de lesiones se encuentren en general en estadios avanzados de la enfermedad.

Estudios moleculares con factores de crecimiento autocrinos y paracrinos aparentemente ayudarán al tratamiento fundamental de la enfermedad en el futuro (6, 7, 8).

Se ha demostrado que la cirugía de páncreas en centros especializados mejora la sobrevida en pacientes potencialmente resecables (9). Un metanálisis recientemente publicado demuestra que las tasas de mortalidad postoperatoria dependen del número de casos realizados por año en el hospital (2, 10).

Para obtener resultados terapéuticos adecuados, se hace necesario un diagnóstico temprano y estudio imagenológico con TAC y ultrasonido endoscópico (disponible en Colombia desde 1993) que permite

realizar, con la más alta sensibilidad y especificidad, un estudio locorregional avanzado para aproximar la terapéutica adecuada para cada paciente (11).

La terapia adyuvante con quimioterapia postoperatoria ha demostrado mejoría significativa en los índices de sobrevida aunque se estima que la terapia multimodal con cirugía seguida de quimioterapia, inmunoterapia, radioterapia podría en el futuro mejorar significativamente la sobrevida como lo demuestran algunos estudios en curso (12, 13).

Recientemente se publicó el valor del CA 19-9 como factor pronóstico independiente en cáncer demostrando que una caída del 20% en los niveles después de cirugía demuestran una sobrevida a un año de 2,4 veces mayor que los que no modifican los valores (14).

Las terapias endoscópicas paliativas como el drenaje endoscópico biliar en pacientes con obstrucción biliar y metástasis y la neurólisis del ganglio celiaco dirigida por ultrasonido endoscópico mejoran la calidad de vida de los pacientes con cáncer de páncreas (15).

Las lesiones quísticas del páncreas benignas, premalignas y malignas en general son encontradas como hallazgos incidentales en estudios imagenológicos abdominales y hasta en un 24,3% de 300 autopsias realizadas en Japón (16). En USA 15-20% de las resonancias magnéticas nucleares demuestran algún tipo de quiste pancreático presente (17).

¹ Gastroenterólogo Universidad de París, Francia Medico Internista Universidad Javeriana Profesor Asociado de Gastroenterología. Ex presidente ACED

La aproximación actual de la literatura es la realización de estudios complementarios con ultrasonido endoscópico y punción para estudio de ACE, mucina y citología con el fin de determinar el grado de premalignidad o malignidad de la lesión para dirigir la conducta terapéutica adecuada (18).

En este número de la Revista Colombiana de Gastroenterología se publican dos artículos relacionados con Cáncer de páncreas y uno sobre Tumores quísticos del páncreas.

La revisión de tema sobre Cáncer de Páncreas en un estado del arte realizado ejemplarmente por sus autores que demuestran la necesidad de conocer los diferentes aspectos de la enfermedad para realizar un estudio y tratamiento adecuado conforme a los delimitamientos actuales de la enfermedad en el mundo.

El artículo correspondiente al reporte de la experiencia del Instituto Nacional de Cancerología en Cáncer de Páncreas nos muestra la altura con la que esta institución líder en el país en tratamiento del cáncer aproxima como centro de referencia, el tratamiento de los pacientes con esta enfermedad a pesar del estado tumoral avanzado que frecuentemente encontrado al momento del diagnóstico.

Por último es de resaltar la revisión detallada del tema de lesiones quísticas del páncreas donde los autores hacen una actualización de la literatura y describen casos clínicos que nos enseñan la aproximación actual a las diferentes lesiones quísticas, su clasificación y la necesidad de ser conscientes de su estudio con el fin de definir el grado de premalignidad o malignidad de la lesión.

Referencias

- Overall pancreatic cancer survival in the US remains poor Shaih et al. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24(1): 87.
- Kleeff, Jörg MD; Michalski, Christoph MD; Friess, Helmut MD; Büchler, Markus W. MD. Pancreatic Cancer: From Bench to 5-Year Survival. *Pancreas* 2006; 33(2): 111-118
- Jemal A, Murray T, Ward E, et al. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 10-30.
- Ries L, Eisner M, Kosary C, et al eds. SEER Cancer Statistics Review. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 1975-2001.
- Informe Epidemiológico Instituto Nacional de Cancerología, *Rev Col de Cancerología* 2004; 8: 5-13.
- Zhu Z, Kleeff J, Friess H, et al. Epiregulin is up-regulated in pancreatic cancer and stimulates pancreatic cancer cell growth. *Biochem Biophys Res Commun* 2000; 273: 1019-1024.
- Juhász M, Nitsche B, Malfertheiner P, et al. Implications of growth factor alterations in the treatment of pancreatic cancer. *Mol Cancer* 2003; 2: 5.
- Korc M. Role of growth factors in pancreatic cancer. *Surg Oncol Clin N Am* 1998; 7: 25-41.
- Van Heek NT, Kuhlmann KF, Scholten RJ, et al. Hospital volume and mortality after pancreatic resection: a systematic review and an evaluation of intervention in the Netherlands. *Ann Surg* 2005; 242: 781-788.
- Fong Y, Gonen M, Rubin D, et al. Long-term survival is superior after resection for cancer in high-volume centers. *Ann Surg* 2005; 242: 540-544.
- Chang KJ. State of the art lecture: Endoscopic ultrasound and FNA in pancreatic biliary tumors. *Endoscopy* 2006; 38(S1): 56-60.
- Picozzi VJ, Kozarek RA, Traverso LW. Interferon-based adjuvant chemoradiation therapy after pancreaticoduodenectomy for pancreatic adenocarcinoma. *Am J Surg* 2003; 185: 476-480.
- Knaebel HP, Marten A, Schmidt J, et al. Phase III trial of postoperative cisplatin, interferon alpha-2b, and 5-FU combined with external radiation treatment versus 5-FU alone for patients with resected pancreatic adenocarcinoma-CapRI: study protocol [ISRCTN62866759]. *BMC Cancer* 2005; 5: 37.
- Cunningham et al. A new prognostic factor in inoperable pancreatic cancer. *Br J Canc* 2005; 93: 740-3.
- Endoscopy for biliary obstruction improves quality of life Raju et al. *Am J Gastroenterol* 2006; 101(9): 2031.
- Kimura et al. Analysis of small cystic lesions of the pancreas. In *J Pancreatol* 1995; 18: 197-206.
- MRI Zhang et al. Pancreatic Cyst: depiction on single shot fast spin echo *Radiology* 2002; 223: 547-553.
- Brugge et al. Cystic Pancreatic Lesions: Can we diagnose them accurately what to look for? FNA marker, molecular analysis resection, surveillance, or endoscopic treatment? *Endoscopy* 2006; 38(s1): 40-47.