GUIAS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PATOLOGÍA NEOPLASICA

HPB 2011

CANCER DE PANCREAS

AUTORES

HUGO ZANDALAZINI

CARLOS OCAMPO

CONTENIDO

DIAGNOSTICO y ESTADIFICACION 3

LAPAROSCOPIA 4

CITOLOGIA PREOPERATORIA5

DRENAJE BILIAR PREOPERATORIO6

TRATAMIENTO QUIRURGICO 6

EXTENSION DE LA RESECCION **7**

DUODENOPANCREATECTOMIA COM O SIN CONSERVACIÓN DEL PILORO **7**

DUODENOPANCREATECTOMÍA CON O SIN LINFADENECTOMIA EXTENDIDA **8**

MARGEN DE RESECCION **8**

RESECCION VASCULAR **9**

ANASTOMOSIS PANCREATICA **10**

PROFILAXIS CON OCTEOTRIDE 11

VOLUMEN Y CIRUGIA 11

DIAGNOSTICO Y ESTADIFICACION

Los niveles de evidencia en trabajos científicos sobre diagnóstico y estadificación en el cáncer de páncreas deben contemplar los siguientes ítems:

1) Comparación independiente y con adecuado "gold standard"

2) Evaluación del test com un espectro apropriado de pacientes (escenario clínico habitual). Evitar selección de pacientes con altapro babilidad pretest de tener la enfermedad

3) Validar el test en un segundo grupo independiente de pacientes

4) Adecuado seguimento en pacientes con test negativos

Luego de las evaluaciones de los trabajos científicos sobre diagnóstico y estadificación en el cáncer de páncreas surgen las siguientes observaciones:

1) La mayoría de los estudios son retrospectivos

2) El gold standar no siempre es la cirugía

3) Se utilizan diferentes criterios para definir resecabilidad e irresecabilidad

4) Inclusión de grupos heterogeneos de pacientes con diferentes patologias (por ejemplo: cáncer de papila)

6) Ausencia de comparación entre hallazgos radiológicos y anatomopatológicos.

Recomendación:

1) *El mejor método por imágenes para el diagnóstico y estadificacióndel cáncer de páncreas es la TAC helicoidal con contraste en doble fase. En los últimos años la* incorporación de la TAC multicorte permite obtener imágenes de alta calidad para evaluar el tumor y su relación con los vasos mesentéricos, así como también detectar lesiones hepáticas de pequeño tamaño.

EVIDENCIA IIa GRADO DE RECOMENDACION B

Tumor localizado en la cabeza de páncreas sin contacto con el eje vascular (flecha).

2) *La RNM no aporta información adicional em tumores sólidos. Sin embargo, ante la sospecha de tumor quístico, la RNm confirma el diagnóstico y brinda información sobre la estructura interna del quiste*.

3*) La indicación actual de la ecoendoscopía es en los pacientes con obstrucción biliar sin massa evidenciable en la TAC o RNM. La slimitaciones de este método sonlapocadisponibilidadenlos distintos centros y lagrandependenciadel operador.*

4) *El rol del PET (tomografía por emisión de positrones) en el diagnóstico y estadificación del cáncer de páncreas no esta en la actualidad claramente etablecido. Puede ser de utilidad para confimar enfermedad disseminada en pacientes con sospecha clínica (Ca 19-9 elevado, dolor lumbar, importante descenso de peso) de irresecabilidad*.

5) *La suma de sucesivos métodos por imágenes (Rnm, Eus, Pet, Arteriografía) no reemplaza una adecuada estadificación por TAC.*

LAPAROSCOPIA

Numerosas publicaciones rescatan el valor de la laparoscopia en la estatificación del cáncer de páncreas y recomiendan realizarla de rutina. Sin embargo, esta conclusión surge de la evaluación de trabajos con fallas metodológicas, entre las que podemos destacar las siguientes: a) La Tomografía axial computada utilizada para la selección de los pacientes en gran parte de los trabajos evaluados no es de alta calidad, lo que dificulta determinar la relación del tumor con

el eje mesentérico portal y de esta forma se incorporan al estudio pacientes con irresecabilidad local. b) Los términos resecabilidad e irresecabilidad no están claramente definidos, c) Inclusión de pacientes con otros tumores además del cáncer de páncreas.

Recomendaciones

1)*En la actualidad, con la mejoría de los métodos por imágenes, lalaparoscopía tiene indicaciones selectivas y no sistemáticas.*

2)*En pacientes que en laTac helidoidal doble fase presentan tumor localizado en cabeza de pâncreas sin invasión del eje mesentérico portal ni extensión extrapancreatica, la laparoscopia sistemática no esta indicada. Si se utilizan imágenes de alta calidad para la estadificacion preoperatoria la exactitud diagnóstica es superior al 85%. Esdecir, que la mayoría de los pacientes categorizados como resecables por la tac van a ser resecados.*

NIVEL DE EVIDENCIA III GRADO DE RECOMENDACION B

La laparoscopía puede tener utilidad en la detección de enfermedad avanzada en las siguientes condiciones clínicas: a)Tumores mayores de 4 cm, b) Tumores de cuerpo y cola de páncreas c)Signos radiológicos equívocos de M1 (ascitis mínima, posibles implantes peritoneales por Tac, imágenes sugestivas de pequeñas metástasis hepáticas) d)Hallazgos de laboratorio y clínico sugestivo de enfermedad avanzada (perdida de peso, ca 19-9 > 300, dolorlumbar severo), e) En pacientes con irresecabilidad local por Tac, la laparoscopia puede identificar enfermedad avanzada y de esta forma excluirlo de iniciar tratamento neoadyuvante.

CITOLOGIA PREOPERATORIA

En pacientes con signos de resecabilidad tumoral en los métodos por imágenes la citología preoperatoria para confirmar el diagnóstico de cáncer de páncreas no está indicada. Esta afirmación está basada en lo siguiente: a) cuando el cuadro clínico y radiológico es compatible con cáncer de páncreas , la probabilidad de cáncer es de aproximadamente 90%, b)el resultado de la citología no cambiará la conducta ya que el tratamiento de la patología benigna periampular sintomática es la DPC (duodenopancreatectomía cefálica).

Recomendaciones

1) *No es necessária la confirmación histológica de adenocarcinoma previa a la resección (pre e intraoperatorio)*

NIVEL DE EVIDENCIA III GRADO DE RECOMENDACIONB

2) *La citología está indicada siempre en pacientes con signos de irresecabilidad en las imágenes, para confirmar el diagnóstico de cáncer, para poder iniciar el tratamiento quimioterápico indicado*

3)*Confirmar la presencia de tumores con buena respuesta a la quimioterapia como los linfomas*

4) *Documentar la ausencia de malignidad o confirmar la enfermedad en pacientes con alta sospecha de pancreatitis autoinmune*

5) *La citologia es imprescindible en pacientes resecables incluídos en protocolos de neoadyuvancia, en estos casos la citologia se realiza mediante ecoendoscopia para evitar siembras tumorales* .

6) *En pacientes irresecables la citologia puede realizarse en forma transcutanea guiada por ecografía o Tac.*

DRENAJE BILIAR PREOPERATORIO

Se han publicados numerosos trabajos, incluso prospectivos randomizados, sobre el probable beneficio del drenaje biliar prévio a la reseccion duodenopancreática. Los resultados de los mismos son contradictorios con numerosas fallas metodológicas que impiden una única conclusión. Las principales críticas de estostrabajos son:a)inclusión de población heterogenea con distintos tipos de drenajes, niveles de obstrucción y cirugía, b) inclusión de pacientes con diferentes niveles de bilirrubina y duración del drenaje c) inclusión de pacientes con niveles bajos de bilirrubina (< 2mg%)

d) en los estudios retrospectivos los pacientes drenados tenían mayor gravedad clínica que los ressecados sin drenaje prévio.

Recomendaciones

1)*La evidencia indica que el drenaje biliar preoperatorio no tiene efectos beneficiosos ni adversos. Por lo tanto, no deberíausarse en forma rutinaria.*

NIVEL DE EVIDENCIA IA GRADO DE RECOMENDACION A

En la mayoría de los centros utilizan el drenaje biliar preoperatorio en las siguientes condiciones: a)Colangitis, b)Bilurribina> 15 mg%, c)Pacientes con bilirrubina evada en los que se prevée un retraso en la fecha quirúrgica

TRATAMIENTO QUIRURGICO

EXTENSION DE LA RESECCION

Las pancreatectomías extendidas (pancreatectomía total, linfadenectomía regional y hemigastrectomia) utilizadas en el passado con el objeto de aumentar la sobrevida en pacientes con cáncer de cabeza de pâncreas. En la actualidad no tienen indicaciones. La evidencia claramente demostró que las pancreatectomías extendidas no sólo no aumentan la sobrevida, sino que presentan mayor número de complicaciones.

Recomendaciones
1)*Las pancreatectomías extendidas no están indicadas, aumentan la morbimortalidad y no aumentan la sobrevida.*
Extender la resección en una duopdenopancreatectomía cefálica es una situación de necesidad. Esta condición se genera : ante la presencia de márgenes pancreáticos positivos para enfermedad neoplásica en el examen histopatológico, páncreas remanente no apto para anastomosis y) tumor multifocal.
NIVEL DE EVIDENCIA III GRADO DE RECOMENDACION B

DUODENOPANCREATECTOMIA CON O SIN CONSERVACIÓN DEL PILORO

Se han publicado vários trabajos evaluando las ventajas y desventajas de la conservación del píloro en el curso de la DPC. La mayoría de lostrabajos indican que la conservacion del piloro tiene igual sobrevida que los pacientes sometidos a hemigastrectomia. La frecuencia aumentada del vaciamiento gástrico retardado en la conservación del piloro en los estudios retrospectivos no fue confirmada en trabajos prospectivos randomizados. Las diferencias entre ambos

procedimentos es que realizar la conservacion del piloro insume menor tiempo operatório y presenta una recuperación ponderal más temprana.

Recomendación

1) La conservación de lpíloro no modifica la sobrevida y por lo tanto su utilización es una cuestión técnica de preferencia del equipo quirúrgico

NIVEL DE EVIDENCIA IIA GRADO DE RECOMENDACION A

DUODENOPANCREATECTOMÍA CON O SIN LINFADENECTOMIA EXTENDIDA

Existen vários estúdios prospectivos randomizados que analizan los efectos de la DPC (duodenopancreatectomía) con y sin linfadenectomia extendida en la sobrevida del cáncer de páncreas. Ninguno de los estdudios demostró diferencias significativas en la sobrevida entre ambas técnicas. Del análisis de estos estudios surge que la linfadenectomia extendida presentó mayor morbilidad postoperatoria que la duodenopancreatectomia con linfadenectomía convencional.

Recomendaciones

1) *La DPC con linfadenectomia extendida no aumenta la sobrevida y tiene mayor morbilidad en relación a la DPC con linfadenectomia convencional. Por lo tanto la cirugía de elección en el cáncer de cabeza de páncreas es la DPC conlinfadenectomía convencional.*

NIVEL DE EVIDENCIA IB GRADO DE RECOMENDACION A

MARGEN DE RESECCION

Los factores prognósticos vinculados a la sobrevida más importantes luego de una resección duodenopancreática por cáncer de cabeza de pâncreas son los márgenes de resección. El margen retroperitoneal es el más frecuentemente comprometido y depende de labiología tumoral, de la selección de pacientes y de la técnica quirúrgica. El cirujano influyeen dos de estos 3 aspectos. Una adecuada selección de los pacientes mediante modernos métodos por

imágenes así como una técnica quirúrgica correcta en la resección del margen retroperitoneal, pueden incrementar la frecuencia de márgenes retreperitoneales negativos.

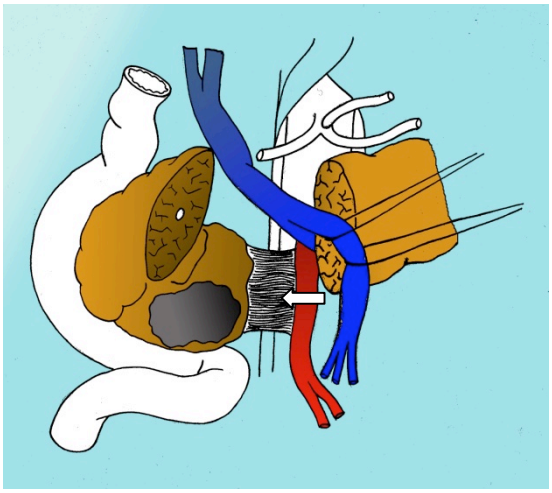
La evaluación anatomopatológica de los márgens depende en primera instancia de la evaluación macroscopica de la pieza quirurgica. Para ello se recomienda que el cirujano marque con tinta china los bordes de los margenes retroperitoneales, biliar y pancreático. De esa forma el anatomopatólogo puede identificar la relación del tumor con losmárgenes marcados.

Un porcentaje aumentado de R1 o R2 habla de una inadecuada seleccion de pacientes o la ejecución de una mala técnica quírurgica. En estos casos la sobrevida es similar a los pacientes no resecados.

Recomendaciones

1) Uno de los principales objetivos que debe perseguir el cirujano es lograr uma resección duodenopancreática con margenes R0. Para ello es necesario una correcta seleccion de los pacientes y una técnica quirúrgica depurada. La marcación con tinta china de los margenes de resección por el cirujano colabora con una adecuada evaluación anatomopatológica de los márgenes por parte del patólogo.

NIVEL DE EVIDENCIA III GRADO DE RECOMENDACION B

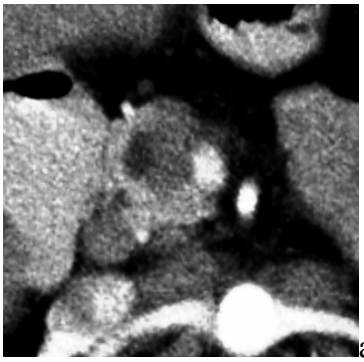
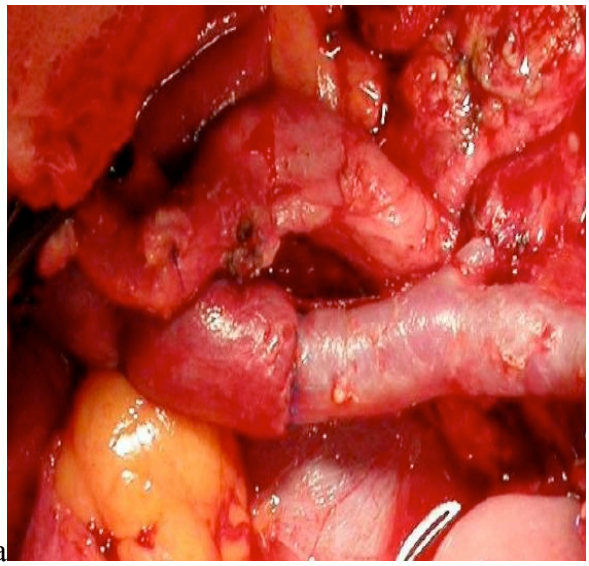


La resección del gancho pancreático debe realizarse seccionando la lámina retroperitoneal(flecha)

RESECCION VASCULAR

En los últimos años con el descenso de la mortalidade quirúrgica se ampliaron las indicaciones de la resección pancreática. En la actualidad la invasión venosa del eje mesentérico portal sin

invasión de la artéria mesenterica superior no constituye una contraindicación para la resección. La TC multicorte es el mejor método para identificar los pacientes candidatos a una resección venosa.


a

b

a) Tumor que infiltra la vena mesnterica superior
b) Reseccion segmentaria de la vena mesenterica y reemplazo por vena yugular externa

Recomendaciones

1) La resección vascular esta indicada cuando existe compromiso tumoral aislado del eje venoso sin compromiso de la artéria mesentérica superior. Sólo se justifica la resección de lavena porta y/o vena mesentérica superior cuando la invasión de las mismas es el único obstáculo para lograr unmárgenR0. En centros de alto volumen la mortalidad, morbilidad y sobrevida no difieren entre pacientes con y sin resección vascular.

NIVEL DE EVIDENCIA III GRADO DE RECOMENDACION B

ANASTOMOSIS PANCREATICA

Dada la morbilidad de la anastomosis pancreática, la misma constituye un desafío para el cirujano. En los últimos años son numerosas las varientes técnicas ensayadas para el manejo

del muñón pancreático. Las dos anastomosis más frecuentemente utilizadas son la pancreatogastroanastomosis y los diferentes tipos depancreaticoyeyunoanastomosis. Los trabajos prospectivos randomizados comparando estos dos tipos de anastomosis no muestran diferencias entre las mismas en relación a la morbilidad postoperatoria inmediata.

Recomendaciones

1*) La anastomosis pancreaticogástrica y pancreaticoyeyunal tienen similar índice de fistulas pancreáticas, morbilidad y mortlidad. La elección de una sobre la otra depende de las preferencias del equipo quirúrgico.*

NIVEL DE EVIDENCIA IB GRADO DE RECOMENDACION A

PROFILAXIS CON OCTEOTRIDE

Existen numerosas publicaciones sobre lautilidad del octeotride para diminuir la frecuencia de fístula pancreática post Dpc. Los resultados son contradictorios, mientras que algunos hallaron una disminución de la frecuencia de fístulas, otros encontraron sólo una disminución del tiempo de evolución de la fístula y no de la frecuencia. Esta diferencia en los resultados podría ser explicada por la diversa metodología utilizada en la confección de los trabajos. Las principales críticas metodológicas son: a) inclusión de distintos tipos de resección, b) diferentes patologías, c) no existe una clara definición de fístula pancreática, d) no se especifica duración y dosis del octeotride.

Recomendaciones

1) La evidencia indica que el uso sistemático del octreotide no disminmuye el porcentaje de fístula pancreática ni la morbimortalidad**.**

NIVEL DE EVIDENCIA Ia GRADO DE RECOMENDACION A

VOLUMEN Y CIRUGIA

Se ha demostrado que los resultados de algunas cirugías abominales como la esofagectomía y la duodenopancreatectomía estan fuertemente influenciadas por la cantidad de casos operados en un mismo centro asistencial. La mortalidade operatória disminuye en forma significativa a medida que aumenta los números de casos tratados. Los centros con más de 15 Dpc por año tienen una mortalidad menor al 5% , mientras que los centros con menos de 15 por año la mortalida ascienda al 20%. La disminución de la mortalidad no solo esta relacionada con una mayor experienciadel equipo quirúrgico sino tambien con una mayor experiencia,en todo el processo pre, intra y post operatório, de todas las especielidades involucradas en el manejo del paciente.

Recomendaciones

1)*La evidencia indica que a mayor número de casos operados, menor mortalidad. La diferencia se mantiene cuando se ajustan los pacientes según el riesgo preoperatorio.*

NIVEL DE EVIDENCIA IIA GRADO DE RECOMENDACION B