



**PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CANCER DE PANCREAS
M-APT-QT-PT-008 VI 02-02-2022**

1. OBJETIVO

La presente Guía incluye recomendaciones para el tratamiento de pacientes adultos con diagnóstico de cáncer de páncreas.

2. RESPONSABLE

Especialista en Oncología

3. RECURSOS

3.1. Personal

- Enfermera jefe de Quimioterapia
- Auxiliar de enfermería de Quimioterapia
- Químico farmacéutico de Quimioterapia
- Médico de soporte oncológico
- oncólogo

3.2. Insumos y Dispositivos médicos

- Equipo de bomba de infusión
- Yelco
- Gasas
- Guantes estériles
- Guantes de manejo
- Aguja surecam
- Jeringas
- Aguja hipodérmica
- Solución de limpieza (jabón quirúrgico y dermoclinal)
- Opsite
- Buretrol
- Tapón clave .
- Pañales de clorhexidina
- Venda adhesiva .
- Humidificadores de oxígeno
- Canulas nasales para oxígeno .
- Lanceta para glucometría

3.3. Equipos biomédicos

- Bomba de infusión
- Cama hospitalaria
- Silla reclinomática
- Pulsoxímetro
- Termómetro
- Monitor de signos vitales
- Fonendoscopio
- Glucómetro
- Balas de oxígeno
- Tensiómetro
- Carro de paro: desfibrilador y succionador

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CANCER DE PANCREAS M-APT-QT-PT-008 VI 02-02-2022

3.4. Medicamentos

- Ácido folínico (Leucovorin)
- 5 Fluorouracilo (5-Fu)

4. ALCANCE

El presente protocolo aplica para pacientes mayores de 18 años con sospecha o diagnóstico de cáncer de páncreas.

5. ENFOQUE DIFERENCIAL

La aplicación de este procedimiento a todos los pacientes se realiza sin ningún tipo de discriminación, marginación, invisibilización y violencia, permitiendo la inclusión de la población vulnerable con discapacidad múltiple, trastornos médicos subyacentes, ciclo de vida (adulto y vejez), inclusión étnica (afrodescendiente, indígena, Rron, Gitano), Orientación sexual e identidad de género (hombre, mujer y población LGTBI), Población rural y urbana, Migrantes, nivel educativo y víctimas de conflicto armado. Las particularidades se abordan en el protocolo de atención con enfoque diferencial de CECIMIN.

6. GENERALIDADES

6.1. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de páncreas es una enfermedad agresiva, con pocas opciones de tratamiento disponibles para pacientes con esta enfermedad, representa el 2% de todos los cánceres a nivel mundial. Los tumores malignos del páncreas se dividen en ductales y no ductales, siendo más frecuentes los carcinomas ductales, de ellos el más común en un 98% de los casos corresponde al adenocarcinoma, mientras las neoplasias no ductales del páncreas corresponden solo del 1-2% de los casos. Más del 80% de los casos se diagnostican en etapas avanzadas dando poca oportunidad para el manejo de la enfermedad.

6.2. METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo de este protocolo está basado en lo descrito en la Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico Tratamiento del Adenocarcinoma de Páncreas en el Adulto, México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.

6.3. DEFINICIONES

Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada: Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada: procedimiento que se realiza con un instrumento fibróptico (endoscopio) que se hace pasar por la boca a través de una cánula que se va estrechando hasta estómago, por el

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CANCER DE PANCREAS M-APT-QT-PT-008 VI 02-02-2022

duodeno y hasta el intestino delgado. Este procedimiento tiene dos finalidades: 1) extraer células pancreáticas que flotan libremente en los jugos digestivos para inspección microscópica y para examinar su capacidad de secretar jugos digestivos (pruebas de la función pancreática), y 2) se puede inyectar un medio opaco a través de la cánula hasta el conducto pancreático o el colédoco (colangiografía transhepática) que permita saber, al tomar radiografías, si están estrechados u obstruidos estos conductos. También es posible ver al conducto pancreático mediante inyección de material de contraste por una vena (colangiografía intravenosa) y obtener placas radiográficas de éste.

Drenaje endoscópico de vía bili **Drenaje endoscópico de vía biliar:** procedimiento que permite el diagnóstico diferencial de masas intracanaliculares de naturaleza incierta. Permite la obtención de biopsias y también la litotripsia intraductal. El drenaje endoscópico de la vesícula biliar equivale a una colecistectomía interna que evita drenajes externos que puedan molestar al paciente. Se logra mejorar la calidad de vida y las prótesis pueden cambiarse con un nuevo procedimiento endoscópico de ser necesario. El procedimiento se realiza bajo sedación y con las mismas técnicas utilizadas para una CPRE.

Endoprótesis biliar (Stent): es una espiral expandi Endoprótesis biliar (Stent) ble y diminuta, que se coloca en el interior de un conducto biliar. La endoprótesis vascular es expandida para abrir el bloqueo.

Pancreatoduodenectomía: (también llamada método de W Pancreatoduodenectomía: hipple) es la extirpación quirúrgica de la cabeza del páncreas; constituye la única forma de tratar el cáncer de dicha glándula. Para extirpar del todo un tumor en la cabeza pancreática, se necesita eliminarla con una parte del intestino delgado (duodeno), la vesícula, la porción terminal del colédoco y a veces parte del estómago. También se extirpan los ganglios linfáticos que rodean a los órganos mencionados. Después de la extirpación de los órganos comentados se hace una anastomosis de la porción media del intestino delgado (yeyuno) a las zonas residuales del páncreas y el colédoco, para que sigan fluyendo a las asas intestinales las secreciones pancreáticas (enzimas digestivas) y la bilis. (Sinonimia: pancreatoduodenectomía de Whipple, procedimiento de Whipple..

6.2.ASPECTOS CLÍNICOS

El adenocarcinoma de páncreas adenocarcinoma de páncreas adenocarcinoma de páncreas se define por la aparición de características de malignidad en las células ductales que pueden, como en el resto de los cánceres, diseminarse localmente o hacia otros órganos del cuerpo (metástasis); estas células se localizan con mayor frecuencia en la cabeza de la glándula.

Se han relacionado con la presencia de cáncer de páncreas a factores como: tabaquismo, dieta rica en grasas y proteínas, alimentos procesados, bajo consumo de frutas y verduras, malnutrición, consumo de café y alcohol

Los factores de riesgo relacionados con cáncer de páncreas son: Tabaquismo (25 - 30%), Diabetes mellitus tipo 2 de menos de 4 años de diagnóstico, Pancreatitis aguda y crónica (5 - 15%), Pancreatitis hereditaria (50-70%), Edad >55 años, el 80% de los casos se encuentra entre los 60 y 80 años.

En etapas iniciales los pacientes con adenocarcinoma de páncreas, suelen ser **asintomáticos**. Los signos y síntomas pueden ser inespecíficos y frecuentemente no reconocidos. En etapas

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CANCER DE PANCREAS M-APT-QT-PT-008 VI 02-02-2022

avanzadas de la enfermedad, el predominio de los síntomas depende del tamaño, localización del tumor, así como de las metástasis.

Sospechar cáncer en cabeza del páncreas si el paciente presenta: pérdida de peso, ictericia, dolor abdominal o persistente de espalda baja, anorexia, coluria, acolia, náusea, vómito, fatiga. Sospechar cáncer en cuerpo y cola del páncreas si los síntomas que predominan en el paciente son: pérdida de peso, dolor abdominal o persistente de espalda, náusea, fatiga, vómito, anorexia, constipación, dispepsia, ictericia.

El marcador tumoral CA 19-9 tiene una sensibilidad de 69-93% y especificidad de 78-98%. La elevación por encima del punto de corte no implica un diagnóstico, aunque los valores por encima de 100 UI/mL son considerados de mayor sensibilidad. Se sugiere la determinación basal del biomarcador CA 19- 9 previo al inicio del tratamiento médico y/o quirúrgico, para seguimiento y detección de recurrencia posterior, complementándose con estudios de imagen.

La Tomografía helicoidal computada (CT), Colangiopancreatografía transduodenoscópica (CPRE), Colangiopancreatotomografía (CPTC), Colangiopancreato resonancia (CPRM) y Tomografía por emisión de positrones (PRT –CT), delimitan el tamaño del tumor, infiltración y la presencia de enfermedad metastásica en la mayoría de los casos. El ultrasonido endoscópico es el mejor estudio de imagen para la detección de tumores de menos de 2 cm, tiene una sensibilidad del 92% y especificidad del 100%; mayor que la TAC helicoidal, Resonancia Magnética (RM) o Tomografía por emisión de positrones.

Tratamiento quirúrgico

Existe un alto riesgo de recidiva posterior a la resección quirúrgica, la supervivencia se estima a 5 años entre 10 al 25%. Entre un 10-20% de los pacientes con diagnóstico de cáncer de páncreas son candidatos a cirugía. El pronóstico posterior a una resección exitosa, permanece aún bastante pobre, con una sobrevida promedio de 13 a 15 meses, reflejada en un 10% a 5 años. Los pacientes candidatos a resección quirúrgica son aquellos con lesiones T1-3 N0-1 M0.

Los procedimientos quirúrgicos dependen de la localización del tumor. Los pacientes con tumores en cabeza de páncreas son candidatos a pancreatoduodenectomía y en raros casos pancreatectomía total, mientras que los pacientes con tumores de cuerpo y cola se tratan con pancreatectomía distal con esplenectomía. La infiltración a vasos esplénicos no contraindica la cirugía.

Los criterios de irresecabilidad son metástasis a distancia, infiltración al tronco celíaco, arteria o vena mesentérica superior, aorta y cava. En el caso de los tumores de la cola se agrega invasión a la columna y costillas.

El objetivo principal de la cirugía paliativa es prevenir y aliviar el dolor, además de garantizar una mejor calidad de vida en el paciente. Está indicada la cirugía paliativa en casos de obstrucción biliar y/o gástrica.

La cirugía paliativa indicada en caso de obstrucción es :

- 1.- Derivación biliodigestiva para pacientes con ictericia y con una expectativa de vida mayor a 6 meses.
- 2.- Gastroyeyunoanastomosis (Bypass duodenal) en obstrucción duodenal.
- 3.- Preferir el conducto hepático o colédoco al momento de realizar una derivación biliodigestiva en lugar de la utilización de la vesícula.

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CÁNCER DE PÁNCREAS M-APT-QT-PT-008 VI 02-02-2022

Para mejorar la calidad de vida en caso de obstrucción maligna distal de la vía biliar utilizar endoprótesis metálicas cubiertas.

Quimioterapia.

La supervivencia de los pacientes que reciben quimioterapia adyuvante es mayor en comparación con aquellos que no reciben ningún tipo de tratamiento. Idealmente la quimioterapia adyuvante debe iniciarse antes de las 12 semanas post-cirugía.

Cuando se emplea ácido folínico (Leucovorin) seguido de 5 Fluorouracilo (5-Fu), como terapia adyuvante, se incrementa la supervivencia media de 15.5 a 20.1 meses, la supervivencia a 2 años de 30 a 40%, y a 5 años de 8 a 21%; en los pacientes con enfermedad resecable. Posterior a una duodeno pancreatectomía (operación de Whipple), considerar quimioterapia adyuvante según actividad funcional del paciente de acuerdo a Eastern Cooperative Oncologic Group (ECOG 0,1 ó 2).

En el tratamiento de cáncer avanzado de páncreas, la gemcitabina es discretamente superior a 5-fluoracilo. La quimioterapia paliativa con uso de Gemcitabina es considerada el tratamiento estándar para el cáncer de páncreas avanzado (no resecable). Con el uso de la gemcitabina, se deben considerar los cambios abruptos del estado clínico como: sangrado, tromboembolismo, infecciones, colangitis, oclusión de endoprótesis, dolor, infecciones, entre otros.

7. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Está indicada la hospitalización en todo paciente con:

Documentación de efecto adverso serio asociado a tratamiento (definido como evento adverso grado 3 o mayor de acuerdo a la clasificación Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) disponible en: https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/ctc.htm

8. RECOMENDACIONES PARA PACIENTES

Se recomienda a todos los pacientes con diagnóstico de cáncer de páncreas:

- Consumir una dieta saludable, rica en vegetales, frutas y granos.
- Mantenerse físicamente activo.
- Mantener un peso saludable.
- Limitar el consumo de alcohol.
- Suspensión del consumo de tabaco
- Limitar el consumo de carnes rojas procesadas.
- Protegerse del sol.
- Acudir regularmente a sus controles médicos.

Se recomienda acudir por urgencias en caso de presentar:

- Fiebre, documentada como una temperatura mayor a 38 grados
- Imposibilidad para la ingesta, incluida la ingesta de líquidos
- Alteración del estado de conciencia, convulsiones o movimientos anormales, dificultad para la movilización de alguna extremidad



**PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CANCER DE PANCREAS
M-APT-QT-PT-008 VI 02-02-2022**

- Enrojecimiento, calor o secreción fétida por la herida en aquellos pacientes que han sido sometidos a una cirugía.

9. BIBLIOGRAFÍA

Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico Tratamiento del Adenocarcinoma de Páncreas en el Adulto, México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.