VI CONGRESO ALATRO
Asociación Ibero Latinoamericana de Terapia Radiante Oncológica
HARD ROCK HOTEL CONVENTION CENTER
PUNTA CANA, REPÚBLICA DOMINICANA

Consenso ALATRO-SLAGO

Dra. Marcela de la Torre

5-8 de noviembre de 2017
www.alatro2017.grupoaran.com

Rev Med Chile 2016; 144: 1305-1318

Recomendaciones sobre el manejo del cáncer de páncreas tipo adenocarcinoma en Latinoamérica. Reunión del Consenso del Simposio Latinoamericano de Gastroenterología Oncológica (SLAGO) y de la Asociación Ibero Latinoamericana de Terapia Radiante (ALATRO), Viña del Mar, Chile 2015

CHRISTIAN CAGLEVIC[1,2,6,18,19], JORGE GALLARDO[3,4,6,18,19], MARCELA DE LA TORRE[5,6,18,19], MAURICIO MAHAVE[1,6,18,19], BETTINA MÜLLER[6,7,18,19], SEBASTIÁN SOLÉ[6,8,18,19], YURI MOSCOSO[6,9,19], HERNÁN DE LA FUENTE[6,10,19], JUAN CARLOS ROA[6,11,19], SEBASTIÁN HOEFLER[12,18,19], JEAN M. BUTTE[12,13,18,19], PABLO GONZÁLEZ M.[14,18,19], JUAN MANUEL O´CONNOR[15,19], JAVIERA TORRES[15,19], VERÓNICA PÉREZ ENCALADA[16,19], DANIEL ALARCÓN CANO[17,19], LUIS UBILLOS[18,19], CHRISTIAN ROLFO[18,19], ALEJO LINGUA[20,19], CONSUELO DÍAZ ROMERO[21,19], ALEJANDRO PADILLA ROSCIANO[22,19], VIVIANA CUARTERO[23,19], GERMÁN CALDERILLO RUIZ[24,19], GILBERTO SCHWARTSMANN[25,19], XAVIER KON JARA[26,19], ANDRÉS ANDRADE G.[25,27,19], LUIS MAS LÓPEZ[28,19], OLGA BARAJAS[1,29,19], MARCELA CARBALLIDO[30,19], HANNS LEMBACH[31,19], LENA MORILLAS G.[32,19], ENRIQUE ROCA[33,19], JOSÉ LOBATÓN[34,19], PAOLA MONTENEGRO B.[35,19], ANDRÉS YEPES[36,19], HUGO MARSIGLIA[6,37,19]

[1]Oncólogo Médico Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez, Santiago de Chile.
[2]Director Científico Consenso de Páncreas SLAGO 2015.
[3]Oncólogo Médico, Fundación Chilena Desarrollo Oncología, Santiago, Chile.
[4]Presidente SLAGO 2015, Presidente Fundación Cáncer Chile.
[5]Radio-Oncólogo, Hospital Clínicas San José de San Martín de la Universidad de Buenos Aires y Centro Especializado en Terapia Radiante, Buenos Aires, Argentina.
[6]Médico del Comité Organizador SLAGO 2015.
[7]Oncólogo Médico Instituto Nacional del Cáncer, Santiago de Chile.
[8]Oncología Radioterapia, Clínica IRAM, Santiago de Chile.
[9]Jefe de Unidad de Cuidados Paliativos, Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez, Santiago de Chile.
[10]Cirujano Oncólogo Digestivo, Clínica Santa María, Santiago de Chile.
[11]Anátomo Patólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
[12]Cirujano Oncólogo Digestivo Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez, Santiago de Chile.
[13]Cirujano Oncólogo Digestivo, Departamento Cirugía Clínica Alemana, Santiago, Chile.
[14]Radio-Oncólogo Clínica Reñaca, Viña del Mar, Universidad de Valparaíso, Chile.
[15]Oncólogo Médico, Jefe de Sección de Tumores Gastrointestinales, Instituto Alexander Fleming, Buenos Aires, Argentina.
[16]Oncóloga Médico, Hospital Solón Espinosa Ayala - SOLCA y Hospital Metropolitano de Quito, Ecuador.
[17]Oncólogo Clínico, Hospital Oncológico SOLCA Núcleo de Manabí, Ecuador.
[18]Oncólogo Médico, Profesor Adjunto del Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.
[19]Oncólogo Médico, Jefe de Unidad de Desarrollo Temprano de Drogas-Estudios Fase I, Hospital Universitario de Antwerp, Amberes, Bélgica.
[20]Oncólogo Clínico, Jefe de Área Oncología Digestiva, Clínica Privada Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina-Instituto Médico Río Cuarto, Argentina.
[21]Oncóloga Médico, Unidad Funcional de Tumores Digestivos, Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México, México.
[22]Cirujano Oncólogo Digestivo, Departamento de Tumores Digestivos y Hepato-Pancreato-Biliares, Instituto de Cancerología, Ciudad de México, México.
[23]Oncóloga Médico, Coordinadora del área de Gastroenterología Oncológica,

Recommendations for the management of pancreatic cancer type adenocarcinoma. A consensus statement reached during the 2015 Latin American Symposium on Gastroenterological Oncology

Pancreatic cancer is a malignancy of great impact in developed countries and is having an increasing impact in Latin America. Incidence and mortality rates are similar for this cancer. This is an important reason to offer to the patients the best treatments available. During the Latin American Symposium of Gastroenterology Oncology (SLAGO)

SLAGO - ALATRO

Dada la importancia de los cánceres digestivos en Latinoamérica se han hecho esfuerzos académicos para formar grupos de profesionales con el propósito de potenciar esta área de la oncología, nace así SLAGO en el año 2007. Durante el Simposio Latinoamericano de Gastroenterología Oncológica (SLAGO), en su quinta versión desarrollada en la ciudad de Viña del Mar durante el año 2015, y con la participación de ALATRO, se desarrolló una jornada multidisciplinaria exclusiva sobre el manejo del adenocarcinoma del páncreas, con el objetivo de buscar consenso entre los distintos representantes latinoamericanos sobre el diagnóstico y tratamiento adecuado de esta enfermedad. De esta reunión finalmente nacen las recomendaciones que se presentan en esta publicación.

Consenso

- El cáncer de páncreas es una de las enfermedades más letales dentro de los distintos tipos de carcinomas. En países desarrollados la sobrevida estimada para esta enfermedad no supera del 5 al 7% a 5 años de seguimiento. Pese a los intentos de mejorar la sobrevida de los pacientes con cáncer de páncreas, los logros y el impacto real han sido mínimos comparado con los éxitos en el manejo de otros cánceres.
- Dentro de la clasificación anatomopatológica de los tumores malignos del páncreas, entre un 85 a un 90% corresponden a los adenocarcinomas, que son los tumores a los cuales se hace referencia en este consenso

¿Cuál o cuáles son los métodos radiológicos más adecuados para el diagnóstico por imágenes del adenocarcinoma del páncreas?

Se recomienda como método diagnóstico y de etapificación del cáncer de páncreas la tomografía axial computarizada multicorte con protocolo específico de páncreas con la colaboración de un radiólogo experto en esta técnica por sobre otros métodos de imágenes, aconsejando el uso de la resonancia nuclear magnética en caso de sospechas no aclaradas de metástasis hepáticas en la tomografía, o en casos de alergia o de contraindicación a medios iodados. La utilización del PET CT puede ser una herramienta a considerar en casos justificados donde no esté clara la presencia de un primario o existan dudas con la eventual presencia de metástasis. Basados en la realidad latinoamericana, el uso de la endosonografía debe estar muy acotado a casos de sospecha diagnóstica no aclarada por los métodos de elección y cuando se necesite una biopsia que no sea posible de adquirir por otro método, por lo que los autores no recomiendan considerar su uso como una práctica habitual.

¿Tienen utilidad los marcadores tumorales en el cáncer de páncreas?

El CA 19-9 es un marcador tumoral que tiene utilidad en algunos pacientes con cáncer de páncreas. En caso de positividad, al momento del diagnóstico, puede tener utilidad como predictor indirecto de sobrevida al analizar su evolución en el tiempo y comparar sus valores pre y post operatorios. Además es predictor indirecto de respuesta en pacientes que estén recibiendo quimioterapia paliativa o neoadyuvante. En pacientes que estén en período de observación la elevación del CA 19-9 puede indicar la presencia de recidiva o de metástasis a distancia. Los autores de la presente publicación sugieren el uso del CA 19-9 como único marcador con utilidad demostrada en esta enfermedad, en especial en el seguimiento del tratamiento tanto con intención curativa como paliativa, pero sin reemplazar a las imágenes. Los autores no aconsejan su uso como método de screening ni como método diagnóstico.

¿Cuándo debe realizarse una biopsia para certificar el diagnóstico?

Se sugiere no realizar una biopsia preoperatoria en pacientes no metastásicos cuya primera opción terapéutica sea la cirugía, de hecho la biopsia en tumores de páncreas localizados está indicada fundamentalmente cuando existe la sospecha de una pancreatitis esclerosante o cuando se sospecha de un tumor neuroendocrino en un paciente de alto riesgo que se prefiere observar en vez de operar. Por otro lado, los autores son categóricos en insistir en que no se debe tratar a un paciente con terapias con intención neoadyuvante sin tener una biopsia que certifique el diagnóstico de adenocarcinoma del páncreas previo al inicio de cualquier tratamiento, independiente de las imágenes y de los niveles de CA 19-9 por categóricas que parezcan. Los pacientes con enfermedad metastásica que vayan a recibir tratamientos paliativos con quimioterapia, o eventualmente radioterapia, tampoco deben ser tratados sin tener previamente una biopsia del páncreas o de alguna de las metástasis biopsiables que certifique el diagnóstico.

¿Cuál es el método adecuado de etapificar el cáncer de páncreas?

- ***Los autores consideran como opciones válidas de etapificación tanto al sistema de clasificación TNM, como a los criterios de resecabilidad imagenológicos en adenocarcinoma del páncreas, este último con mayor utilidad práctica. Los autores también consideran que la decisión final de considerar un paciente resecable o irresecable debe basarse en la opinión consensuada entre el cirujano y el radiólogo en paralelo con los oncólogos médicos y radio-oncólogos. Se recomienda que estas tomas de decisiones se realicen siempre en centros bien calificados y con profesionales con amplia experiencia en el tema.***

¿Quién debe operar al paciente con cáncer de páncreas?

Los autores consideran que es beneficioso para los pacientes que las cirugías de cáncer de páncreas se realicen exclusivamente en centros de alto volumen (no menos de 13 pancreatectomías por año) y cuyos cirujanos realicen al menos 4 cirugías con intención curativa por año. Sería ideal además que los cirujanos que realicen estas cirugías puedan acreditar formación idónea en esta práctica.

¿Tiene algún rol la laparoscopía diagnóstica en pacientes radiológicamente resecables?

Los autores de esta publicación si bien consideran que la laparoscopía, asociada o no a ultrasonografía, tiene un rol en la etapificación final de los pacientes potencialmente resecables por imágenes preoperatorias en el cáncer de páncreas, no recomiendan su utilización de manera rutinaria en Latinoamérica dado el alto costo y falta de disponibilidad. No obstante lo anterior, su uso es considerado por los autores como una técnica útil en la toma final de decisiones y su práctica debe ser individualizada paciente a paciente y en cada centro oncológico de manera consensuada y justificada. Su mayor utilidad queda reservada para pacientes de alto riesgo con sospecha imagenológica de metástasis no aclaradas completamente con las técnicas de etapificación habituales.

¿Cuándo se considera que una resección es R0?

Los autores consideran que una resección R0 en cáncer de páncreas debe tener márgenes de sección que están separados en al menos 1 mm del margen tumoral, dado el pronóstico vital que esta medición confiere.

¿Tiene algún rol el número de ganglios resecados durante la pancreatectomía en pacientes con cáncer del páncreas?

***Los autores consideran que la pancreatectomía debe incluir al menos 12 ganglios regionales resecados por el potencial beneficio en la sobrevida para el paciente frente a resecciones ganglionares con un número menor de ganglios linfáticos resecados*.**

¿Tiene algún rol la radioterapia o la radio-quimioterapia preoperatoria en cáncer de páncreas resecables, borderline resecables e irresecables?

Las terapias neoadyuvantes con radioterapia o con radio-quimioterapia en cáncer del páncreas no parecen otorgar un aumento significativo en la mortalidad ni en las complicaciones tardías post quirúrgicas que per se signifiquen una proscripción de estos tratamientos

J Gastrointest Surg. 2015 Jan;19(1):80-6; discussion 86-7. doi: 10.1007/s11605-014-2620-3. Epub 2014 Aug 5.

Does the use of neoadjuvant therapy for pancreatic adenocarcinoma increase postoperative morbidity and mortality rates?

Cooper AB[1], Parmar AD, Riall TS, Hall BL, Katz MH, Aloia TA, Pitt HA.

Author information

Abstract

INTRODUCTION: The impact of neoadjuvant therapy on postpancreatectomy complications is inadequately described.

METHODS: Data from the NSQIP Pancreatectomy Demonstration Project (11/2011 to 12/2012) was used to identify patients with pancreatic adenocarcinoma who did and did not receive neoadjuvant therapy. Neoadjuvant therapy was classified as chemotherapy alone or radiation ± chemotherapy. Outcomes in the neoadjuvant vs. surgery first groups were compared.

RESULTS: Of 1,562 patients identified at 43 hospitals, 199 (12.7%) received neoadjuvant therapy (99 chemotherapy alone and 100 radiation ± chemotherapy). Preoperative biliary stenting (57.9 vs. 44.7%, $p = 0.0005$), vascular resection (41.5 vs. 17.3%, $p < 0.0001$), and open resections (94.0 vs. 91.4%, $p = 0.008$) were more common in the neoadjuvant group. Thirty-day mortality (2.0 vs. 1.5%, $p = 0.56$) and postoperative morbidity rates (56.3 vs. 52.8%, $p = 0.35$) were similar between groups. Neoadjuvant therapy patients had fewer organ space infections (3.0 vs. 10.3%, $p = 0.001$), and neoadjuvant radiation patients had fewer pancreatic fistulas (7.3 vs. 15.4%, $p = 0.03$).

CONCLUSIONS: Despite evidence for more extensive disease, patients receiving neoadjuvant therapy did not experience more complications. Neoadjuvant radiation was associated with lower pancreatic fistula rates. These data provide evidence against higher postoperative complication rates in patients with pancreatic cancer who are treated with neoadjuvant therapy.

PMID: 25091851 [PubMed - in process] PMCID: PMC4289101 [Available on 2016-01-01]

J Gastrointest Surg. 2011 Nov;15(11):2059-69. doi: 10.1007/s11605-011-1659-7. Epub 2011 Sep 13.

A systematic review and meta-analysis of survival and surgical outcomes following neoadjuvant chemoradiotherapy for pancreatic cancer.

Laurence JM[1], Tran PD, Morarji K, Eslick GD, Lam VW, Sandroussi C.

Author information

Abstract

INTRODUCTION: This systematic review and meta-analysis aims to characterize the surgically important benefits and complications associated with the use of neoadjuvant chemoradiotherapy for the treatment of both resectable and initially unresectable pancreatic cancer. Studies were identified through a systematic literature search and analyzed by two independent reviewers. Survival, peri-operative complications, death rate, pancreatic fistula rate, and the incidence of involved surgical margins were analyzed and subject to meta-analysis.

METHODS: Nineteen studies, involving 2,148 patients were identified. Only cohort studies were included.

RESULTS: The meta-analysis found that patients with unresectable pancreatic cancer who underwent neoadjuvant chemoradiotherapy achieved similar survival outcomes to patients with resectable disease, even though only 40% were ultimately resected. Neoadjuvant chemoradiotherapy was not associated with a statistically significant increase in the rate of pancreatic fistula formation or total complications.

CONCLUSION: Patients receiving neoadjuvant chemoradiotherapy were less likely to have a positive resection margin, although there was an increase in the risk of peri-operative death.

Distintos estudios clínicos fase II en pacientes con cáncer del páncreas no metastásicos, que incluyen pacientes resecables y no resecables al momento del diagnóstico, han combinado distintas dosis y modalidades de radioterapia junto con distintos esquemas de quimioterapia. En estos estudios hasta en un 31% de los pacientes sometidos a radio-quimioterapia neoadyuvante tuvieron progresión de la enfermedad previa a la cirugía, evitándose así este tratamiento invasivo en esta población de muy mal pronóstico.

Selección prequirúrgica

Evans,DB; 1997 (M.D.Anderson)

QT/RT preoperatoria (5FU + 50,4 Gy)

Todos los pacientes completaron el tratamiento, no hubo retrasos en la cirugía.

En la evaluación preop.:

- 5/28 con mtts
- 3/23 mtts ocultas, 3/23 irresecables, 17/23 resecados

Tratamiento factible, selecciona los pacientes para cirugía y completan tratamiento multimodal.

Selección prequirúrgica

Breslin, TM; 2001 (M.D.Anderson)

QT/RT preop.

132 pacientes, varios esquemas de QT y RT

25% progresan durante el tratamiento y se descartan para cirugía.

SM: 21 m

Mayor costo-efectividad.

Las tasas de resecciones R0 logradas estuvieron entre el 68 al 96% de los pacientes operados, de ellos entre el 29 a 65% de los pacientes presentaron ganglios positivos en la pieza quirúrgica. Los pacientes con recurrencias locales después de estos tratamientos variaron entre el 0 al 25%, las metástasis a distancia se presentaron entre un 59 a 73% siendo la mayoría de ellas hepáticas (hasta en un 79%). Las sobrevidas medias son dispares para todos los pacientes tratados con o sin cirugía oscilando entre 9 y 22 meses, en cambio, cuando sólo se analizan las sobrevidas de los pacientes sometidos a cirugía posterior a radio-quimioterapia neoadyuvante estas alcanzan hasta los 31 meses en las mejores series.

Table 1. MD Anderson phase II trials

Study	Date	Pts	Chemotherapy	Radiotherapy	Taken to surgery	All pts resected	Vessel resection	Median survival All/R/UR	Overall survival All/R/UR	Local recurrence after resection	Distant metastasis after resection	Liver metastatis after resection	R0 resection	Node +
88-004 [39]	1992	28	5-FU 300 mg/m^2 5 d/wk CI	50.4 Gy ± IORT (10–20 Gy)	82%	35%	24%						83%	29%
93-007 [40]	1998	35	5-FU 300 mg/m^2 5 d/wk CI	30 Gy ± IORT (10–15 Gy)	77%	57%	50%	—/25 mo(s)/7 mo(s)	—/23%/0% (3 yr(s))	5%	65%	50%	90%	65%
95-224 [41]	2002	37	Paclitaxel 60 mg/m^2 weekly ×3	30 Gy ± IORT (10–15 Gy)	71%	57%	35%	12 mo(s)/19 mo(s)/10 mo(s)	14%/28%/0% (3 yr(s))	0%	84%	79%	68%	53%
98-020 [27]	2008	86	Gem 400 mg/m^2 weekly ×7	30 Gy	85%	74%	20%	22.7 mo(s)/34 mo(s)/7.1 mo(s)	27%/36%/0% (5 yr(s))	11%[a]	59%[a]	23%	89%	38%
01-341 [26]	2008	90	Gem 750 mg/m^2 and Cis 30 mg/m^2 every 2 wk(s) ×4, and then Gem 400 mg/m^2 during radiotherapy	30 Gy	69%	66%	37%	17.4 mo(s)/31 mo(s)/10.5 mo(s)		25%[a]	73%[a]		96%	58%

Los pacientes que completan Neoadyuvancia y no progresan tienen mayor chance de RO y deviene en mayor sobrevida media y global

Las características de “borderline” fueron definidas por Varadhachary en el 2006 y luego adoptadas por el NCCN en el 2008.

Esto hace mas difícil la interpretación de series publicadas con anterioridad.

Table 4. Neoadjuvant trials on borderline resectable pancreatic cancer

Study	Date	Pts	Resectability	Chemotherapy	Radiotherapy	Pts resected	Vessel reconstruction	Median survival All/R/UR	Overall survival All/R/UR	R0 resecti
Mehta et al. [48]	2001	15	Borderline	5-FU 250 mg/m^2/d PVI	50.4–56 Gy	60%		—/30 mo(s)/8 mo(s)		100%
Massucco et al. [49]	2006	28	18 Borderline, 10 unresectable	(1) Gem 50–100 mg/m^2 2× per week for 5 wk(s); (2) Gem + oxaliplatin	45 Gy	39% of borderline	38%	15.4 mo(s)/>21 mo(s)/10 mo(s)	15.4%/52.5%/0% (2 yr(s), all pts)	87% (all pts
Small et al. [50]	2008	39	16 Resectable, 9 borderline, 14 unresectable	Gem 1000 mg/m^2 d1 and d8 ×3 cycles; during cycle 2 Gem d1, d8, and d15 with radiotherapy	36 Gy in 2.4 Gy/fx	33% of borderline			76% borderline (1 yr)	94% (all pts
Patel et al. [19]	2011	17	Borderline	Gem 750 mg/m^2 and docetaxol 30 mg/m^2 d4 and d11, capecitabine 750 mg/m^2 2× per day d1–d14 and then 5-FU 225 mg/m^2 with IMRT	IMRT 50 Gy to gross disease, 45 Gy to microscopic disease	64%	22%	15.64 mo(s)/—/—		89%
Stokes et al. [51]	2011	40	Borderline	Capecitabine 1 g in morning, 2 g in evening with radiotherapy	50.4 Gy	40%	58%	12 mo(s)/23 mo(s)/—	25%/44%/13% (13 mo(s))	88%

Abbreviations: 5-FU, 5-fluorouracil; All/R/UR, all/resected/unresected; d, day(s); Gem, gemcitabine; Gy, gray; IMRT, intensity-modulated radiation therapy; mo(s), month(s); Pts, patients; wk(s), week(s); yr(s), year(s).

La cantidad de RO fue entre el 87% y el 100% en todas las series.
Todas usaron esquemas de QT/RT

La dispersión de pacientes que lograron ser resecados en el grupo de tumores borderline resecables varía entre el 33 al 64%, con tasas de resección R0 que están entre el 87 y el 100% y con medias de sobrevidas reportadas que alcanzan hasta 30 meses en las mejores series.

También ha sido publicado en pequeños estudios que pacientes borderline resecables sometidos a neoadyuvancia y posteriormente operados tienen mejores curvas de sobrevida que los pacientes que son resecables desde el diagnóstico inicial pero que no se les somete a cirugía posterior a la neoadyuvancia.

Los autores dejan constancia de que existe disparidad de opiniones en cuanto al tratamiento óptimo inicial del paciente con cáncer de páncreas borderline resecable, esto básicamente por la falta de evidencia basada en estudios fase 3 que demuestren mayor beneficio de la quimioterapia neoadyuvante por sobre la radio-quimioterapia neoadyuvante, o incluso del tratamiento secuencial (quimioterapia seguida de radio-quimioterapia). Esto otorga mayor importancia a que la decisión del tratamiento inicial sea tomada por un equipo multidisciplinario. De realizarse radioterapia o radio-quimioterapia preoperatoria los autores sugieren que la modalidad usada sea intensidad modulada (IMRT).

¿Tiene algún rol la quimioterapia neoadyuvante en tumores borderline resecables?

Los autores de esta publicación, entendiendo que no se puede hacer una recomendación basada en estudios clínicos randomizados fase 3, apoyan la idea de ofrecer quimioterapia neoadyuvante asociada posteriormente a radio-quimioterapia neoadyuvante a pacientes con cáncer del páncreas borderline resecables luego de una evaluación por un grupo multidisciplinario especialista en manejo de cáncer de páncreas. Se sugiere el uso del esquema FOLFIRINOX en especial en pacientes menores de 76 años, anictéricos y con buen performance status.

¿Tiene un rol la radioterapia o la radio-quimioterapia adyuvante en pacientes con cáncer del páncreas?

¿Tiene un rol la radioterapia o la radio-quimioterapia adyuvante en pacientes con cáncer del páncreas?

En resumen los distintos estudios con radio-quimioterapia adyuvante en cáncer del páncreas han mostrado resultados discordantes y disímiles entre distintos grupos de investigación. Los autores de esta publicación no recomiendan el uso de la radio-quimioterapia adyuvante como una práctica estándar dada la falta de evidencia sólida en cuanto a su beneficio, sin embargo, sugieren considerar su uso en pacientes operados con márgenes quirúrgicos R1 posterior al tratamiento sistémico con quimioterapia siempre y cuando no hayan presentado recidiva durante el tratamiento, que no tengan toxicidad limitante y mantengan buen performance status. Tampoco los autores se muestran contrarios al uso de radio-quimioterapia en situaciones especiales como por ejemplo en pacientes no operados o en pacientes operados R1 o R2 con el objeto del manejo sintomático paliativo. Los autores de esta publicación consideran altamente recomendable el ingreso de pacientes post operados de cáncer de páncreas a estudios clínicos que puedan incluir radio-quimioterapia adyuvante como una modalidad de tratamiento.

¿Tiene un rol la quimioterapia adyuvante en cáncer del páncreas?

- ***Los autores de esta publicación recomiendan considerar el uso de quimioterapia adyuvante con gemcitabina o con 5 FU en todos los pacientes con cáncer del páncreas operados con márgenes quirúrgicos negativos y con buen performance status. A pesar de los excelentes resultados del estudio japonés JASPAC -01 para la rama de pacientes tratados con S-1, los autores de esta publicación, basados en la falta de datos para la población occidental, no sugieren la utilización de esta droga en esta indicación como un estándar de tratamiento. No se recomienda a la fecha el uso del esquema FOLFIRINOX en adyuvancia de cáncer del páncreas dada la falta de evidencia en esta indicación puntual. Los autores sugieren fuertemente considerar, de estar disponible, el ingreso a un estudio clínico.***

¿Cuál es el mejor tratamiento sistémico para la enfermedad localmente avanzada irresecable y para la enfermedad metastásica?

Basados en la data publicada y en la experiencia clínica, los autores de esta publicación sugieren el uso del esquema FOLFIRINOX en primera línea de tratamiento para pacientes metastásicos o con enfermedad localmente avanzado no resecables siempre y cuando presenten buen performance status, buena función orgánica y tengan menos de 76 años. Para pacientes mayores de 75 años no existe una recomendación formal para el uso de FOLFIRINOX por falta de data publicada, por lo que en caso de considerarse su uso debe ser realizado con máxima precaución por el potencial riesgo de mayor toxicidad. La combinación de gemcitabina con nab-paclitaxel es otro esquema que los autores recomiendan en caso de estar disponible, en especial para pacientes que no califiquen para uso de FOLFIRINOX y en mayores de 75 años. En caso de contraindicación o falta de disponibilidad para uso de FOLFIRINOX o nab-paclitaxel los autores recomiendan considerar el uso de gemcitabina monodroga como alternativa de elección y 5 FU en caso de contraindicación para gemcitabina. Los autores no recomiendan el uso de erlotinib en este grupo de pacientes dado el mínimo beneficio en sobrevida asociado a una mayor toxicidad y mayores costos. Se recomienda fuertemente el ofrecer al paciente participar de algún estudio clínico en caso de estar disponible.

Conclusiones Generales

- ***La decisión del tratamiento inicial debe ser tomada por un equipo multidisciplinario (cirujano oncólogo digestivo, radio-oncólogo, oncólogo médico, radiólogo).***
- ***Tanto en adyuvancia como en neoadyuvancia no se puede definir un tratamiento estándar debido a la falta de entudios fase 3.***
- ***En el tratamiento radiante se recomienda realizar técnicas de IMRT o superiores***
- ***Dados los nuevos ensayos realizados en los últimos años se requiere la actualización de estas recomendaciones***

Muchas Gracias!!!

Braqui-Argentina