

CÂNCER DE PÂNCREAS: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Aline Fernandes de PÁDUA¹
Carlos Eduardo de Melo CABRAL²
Isabel Cristina de MORAES³
Gabriele Castro MIRANDA⁴

RESUMO:

O câncer de pâncreas é um tumor sólido que apresenta uma alta taxa de mortalidade, que se aproxima de 100%, com cerca de 250 mil mortes no mundo. Assim, é preciso estudos que descrevam o que ele é, como se diagnostica e como se dá o tratamento. Dessa forma, este estudo tem por objetivo apresentar as especificidades dessa doença, visando contribuir para o acesso a informação, de forma que tem como hipótese principal que a evolução medicinal proporciona maior qualidade de vida aos grupos com essa doença. O método escolhido para esta pesquisa é a revisão bibliográfica do tema, dialogando com autores como o Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2011), Bassan, Pisani, Kalil, Doncatto e Toneto (2017), com o Doutor e professor Giordanne Freitas (2018) e o autor Vasen (2016). Dentro os resultados obtidos está a percepção de que o diagnóstico, em muito caos, é tardio, impossibilitando o tratamento efetivo. De modo que se conclui que são necessários cuidados primários, visando cuidados com a saúde, cuidados secundários como o diagnóstico precoce, mesmo sendo difícil, cuidados secundários, visando cuidados paliativos.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer de pâncreas; Doença; Exame; Diagnostico.

ABSTRACT:

Pancreatic cancer is a solid tumor that has a high mortality rate, approaching 100%, with about 250,000 deaths worldwide. Thus, studies are needed to describe what it is, how it is diagnosed and how to treat it. Thus, this study aims to present the specifics of this disease, aiming to contribute to the access to information, so that its main hypothesis is that the medical evolution provides a better quality of life for groups with this disease. The method chosen for this research is the bibliographic review of the topic, dialoguing with authors such as Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2011), Bassan, Pisani, Kalil, Doncatto and Toneto (2017), with Doctor and professor Giordanne Freitas (2017). 2018) and author Vasen (2016). Among the results obtained is the perception that the diagnosis, in many cases, is late, making effective treatment impossible. Thus, it is concluded that primary care is needed, aiming at health care, secondary care such as early diagnosis, even though it is difficult, secondary care, aiming at palliative care.

¹ Faculdade Santa Rita de Cássia – UNIFASC. Itumbiara – Goiás, Brasil. Discente do curso de Tecnólogo em Radiologia. Email:alinedrew@gmail.com

² Faculdade Santa Rita de Cássia – UNIFASC. Itumbiara – Goiás, Brasil. Discente do curso de Tecnólogo em Radiologia. Email: kadubbo@hotmail.com

³ Faculdade Santa Rita de Cássia – UNIFASC. Itumbiara – Goiás, Brasil. Discente do curso de Tecnólogo em Radiologia. Email:isabelcristinademoraes@gmail.com

⁴ Faculdade Santa Rita de Cássia – UNIFASC. Itumbiara – Goiás, Brasil. Mestre Docente do curso de Tecnólogo em Radiologia. Email: gabrielaradiologia@gmail.com

KEYWORDS: Pancreatic cancer; Illness; Exam; Diagnosis.

1. INTRODUÇÃO

O câncer é um desequilíbrio entre a multiplicação e a distinção celular, sendo uma doença sistêmica, não algo que cresce desordenadamente ou o tumor visível dos exames. Desse modo ele começa a acontecer e proliferar em pessoas que não respeitaram os limites celulares de seu corpo, abusando de substâncias como fumo, sal, gorduras saturadas, carboidratos refinados, alimentos enlatados ou embutidos, falta de exercícios físicos são fatores que aumentam as probabilidades do desenvolvimento da célula cancerígena. Para o Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2011, p. 54) “consumir frutas, legumes e verduras diminui o risco de cânceres pâncreas”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o câncer de pâncreas é a oitava causa de mortes no mundo, sendo mais graves em países como o Estados Unidos que é a quarta doença que mais ceifa vidas, já no Brasil, ele é responsável apenas por cerca de 4%, sendo que, segundo Fonseca (2016, p. 10) “em 2011, foram verificados 7.726 óbitos por essa neoplasia, sendo 3.803 homens e 3.923 mulheres”, Fonseca (2016) ainda aponta que a ocorrência acontece principalmente a depender da idade:

A incidência aumenta exponencialmente com a idade, principalmente a partir da terceira década de vida. (...) Uma vez que apenas cerca de 10% dos casos se desenvolvem antes dos 50 anos de idade^{2,10}. Quanto ao sexo, há uma maior incidência entre os homens, sendo estimado que, no ano de 2012, ocorreram aproximadamente 178.161 casos da doença no mundo; enquanto, entre as mulheres, ocorreram 159.711 (FONSECA. 2016, p. 10).

Entre as causas apontadas no estudo de Fonseca (2016) é o tabagismo, responsável por cerca de 30% dos casos. Este mesmo autor aponta também, para alimentação, histórico da doença, alcoolismo, obesidade, cirrose, diabetes. Enfim, são vários fatores que podem contribuir para o desenvolvimento desta doença.

Diante disso, é preciso dialogar, pensando no que é essa doença, suas características, manifestações, diagnóstico e tratamento. De modo, que este trabalho propõe justamente observar esses aspectos, compreendendo, como objetivo geral, a totalidade dessa doença, visando contribuir para a informação, cuidados que se deve ter.

Nesse sentido, a hipótese principal deste é que com as evoluções medicinais do campo oncológico tem contribuído significativamente para a melhora da qualidade de vida das pessoas

diagnosticadas com câncer de pâncreas. Mesmo que, a taxa de mortalidade ainda seja muito alta.

Conclui-se neste estudo que é preciso primeiro cuidados primários, aqueles que são tomados antes mesmo do diagnóstico, em segundo é preciso um diagnóstico precoce, e terceiro, os cuidados paliativos, ajudam, a pelo menos, a melhorar qualidade de vida do paciente.

1.1 Objetivo Geral

Esta pesquisa se baseia na importância da pesquisa acerca do câncer de pâncreas, como revisão bibliográfica, apresentando as especificidades dessa doença, visando contribuir para o acesso à informação.

1.2 Objetivos específicos

Do objetivo geral desdobra-se os objetivos específicos, que são:

- Observar os aspectos do câncer de pâncreas;
- Analisar quais os cuidados e tratamentos;
- Apresentar e informar quais os diagnósticos;
- Debater sobre as possíveis causas do câncer de pâncreas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Para desenvolver este estudo em suas especificidades do tema, é preciso desmembrar os tópicos que agregam na compreensão do que é câncer, como é seu diagnóstico e como é feito tratamento. Sendo assim, compreende cada assunto deste em separado e por fim, analisa-se os resultados obtidos das pesquisas de referencial.

2.1 Câncer de Pâncreas

Câncer é a desordem de células que podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos a distância em nosso corpo. O termo câncer pode abranger mais de 100 tipos diferentes doenças malignas com a mesma desordem celular. São denominados carcinomas quando começam por tecidos epiteliais como pele ou mucosa. Porém, se seu ponto de origem for tecido conjuntivo como o osso, músculo ou cartilagem, então serão chamados de sarcomas. Devido a sua acelerada divisão celular, tende a ser altamente agressivas e difíceis de controlar, acarretando a formação de tumores que poderão espalhar-se pelo corpo.

O pâncreas é uma glândula pertencente ao sistema digestivo e endócrino, encontrada na parte superior do abdome com comprimento de 15 a 25 cm. O tal é composto por três

principais regiões, sendo cabeça, corpo e calda. O pâncreas é responsável pela produção de alguns hormônios como a insulina, glucon e somatostatina e algumas enzimas como amilase, lipase e tripsina.

O mais comum câncer de pâncreas, segundo o INCA (Instituto Nacional do câncer), é o tipo que se origina no tecido glandular, denominado adenocarcinoma. Apesar de ter comportamento agressivo, o câncer do pâncreas tem alta taxa de mortalidade devido o seu diagnóstico tardio e difícil detecção e em fase inicial a maioria dos pacientes são assintomáticos, dificultando ainda mais a detecção precoce. Nesses casos os pacientes apresentam dor abdominal leve ou forte, perda de peso, fraqueza, diarreia e icterícia. Segundo INCA (2021)

No Brasil, é responsável por cerca de 2% de todos os tipos de câncer diagnosticados e por 4% do total de mortes causadas pela doença. Raro antes dos 30 anos, torna-se mais comum a partir dos 60. Segundo a União Internacional para o Controle do Câncer (UICC), os casos de câncer de pâncreas aumentam com o avanço da idade: de 10/100.000 habitantes entre 40 e 50 anos para 116/100.000 habitantes entre 80 e 85 anos. A incidência é mais significativa no sexo masculino.

Segundo Doutor e professor Giordane Freitas (2018) o câncer de pâncreas é um câncer altamente letal devido principalmente por seu diagnóstico tardio já que suas manifestações são inicialmente silenciosas e seus sintomas não são característicos de um câncer. Após iniciar o tratamento, geralmente após um ano, aproximadamente 90% dos pacientes morrem, sendo em média de 15% a 20% dos pacientes são candidatos a fazer cirurgia curativa no momento do diagnóstico. Esse câncer é mais comum em idosos com média de 70 a 80 anos, sendo mais rara encontrar em pessoas com menos de 45 anos e mais comum em homens, numa escala de 1,3:1, e duas vezes mais comum em negros.

Os fatores de riscos mais comuns são o histórico familiar, 5% a 10% dos pacientes apresentam HF+, a pancreatite crônica hereditária que geralmente acomete pessoas mais jovens onde 50% desses pacientes com histórico familiar de pancreatite crônica ao atingem 75 anos irão adquirir câncer de pâncreas, o tabagismo (acredita-se que 25% dos casos de Ca de pâncreas são responsáveis pelo tabagismo), diabetes Mellitus/SM e resistências à insulina, fatores dietéticos, o alto consumo de gordura saturada e defumados e processados, obesidade e sedentarismo. Alguns estudos mostram que a infecção pelo *Helicobacter Pylori* e infecções pelo vírus da hepatite B e C podem ser tornar um fator de risco para a manifestação de um câncer de pâncreas.

No requisito patológico 85% dos casos se originam do pâncreas exócrino e o tipo histológico mais comum é adenocarcinoma, 60% a 70% dos casos são originários na cabeça no

pâncreas e 20% a 25% no corpo e cauda. Como foi citado nas fases iniciais geralmente o paciente é assintomático porém as tríades clássicas são dores abdominais, icterícia e perda ponderal. Com o surgimento desses três sintomas a primeira suspeita deve ser levada em conta ser um possível câncer de pâncreas.

A dor abdominal acomete em parte 80% dos pacientes com maior ocorrência na região epigástrica que habitualmente se irradia para o dorso que piora no período pós-prandial. Dor semelhante à dor da pancreatite crônica. A icterícia aparece por obstrução tumoral do ducto biliar comum, pode-se associar a prurido, associar a colúria e hipocolia fecal, e ocorre principalmente nos casos de Ca de cabeça de pâncreas onde no corpo e cauda são mais raros. A perda ponderal é comum e pode-se associar a diarreia, esteatorreia e anorexia. Esses pacientes com câncer de pâncreas podem evoluir com insuficiência pancreática tanto exócrina quanto endócrina, onde ao ter uma insuficiência exócrina o paciente não consegue digerir e absorver corretamente os nutrientes de uma dieta levando a esteatorreia e diarreia. Esses pacientes podem ter diabetes devidos à baixa formação de insulina, apresentar náuseas, vômitos e tromboflebite, astenia e anorexia.

Nos exames físicos pode-se encontrar a icterícia, sinal de Courvoisier: vesícula palpável e na margem costal direita, massa abdominal apalpável. Em casos mais avançados ascite e hepatomegalia, nódulo de Virchow: linfadenopatia supraclavicular esquerdo, sinal da Irma Maria José: nódulo palpável na região Peri umbilical, sinal de Trousseau: tromboflebite superficial migratória e eventos trombóticos: tumor produz substâncias pró-coagulantes.

2.2 Diagnóstico

Um dos grandes desafios quando se trata do câncer de pâncreas é questão do diagnóstico, pois ele é difícil de ocorrer precocemente, devido ao fato de que ele não apresenta sintomas no estágio inicial. Porém, alguns sintomas se manifestam sem especificidades, como alteração do hábito intestinal, disfagia, dor no dorso..

Em uma pesquisa realizada por Vasen (2016) 411 pacientes assintomáticos, sendo 178 portadores de mutação CDKN2A, 214 com FPC e 19 portadores da mutação BRCA1/2 ou PALB2. Ao todo entre 13 indivíduos (7,3%) com PDAC foi detectado de 178 portadores da mutação CDKN2A, onde a taxa de ressecção foi de 75% com taxa de sobrevivência em 5 anos foi de 24%, superando a taxa normal de sobrevivência de 5% em 5 anos. Segundo Vasen (2016):

Dois portadores da mutação CDKN2A (1%) foram submetidos à ressecção cirúrgica para PRL de baixo risco. Dois indivíduos (0,9%) na coorte FPC tinham um tumor

pancreático, incluindo um PDAC avançado e um tumor neuroendócrino de grau 2 inicial. Treze indivíduos com FPC (6,1%) foram submetidos à ressecção cirúrgica por suspeita de PRL, mas apenas quatro (1,9%) apresentavam lesões de alto risco (ou seja, neoplasias mucinosas papilares intraductais de alto grau ou neoplasias intraepiteliais pancreáticas grau 3). Um portador de mutação BRCA2 foi encontrado para ter PDAC, e outro portador de mutação BRCA2 e um portador de mutação PALB2 foram submetidos a cirurgia e foram encontrados para ter PRL de baixo risco. Nenhuma complicação grave ocorreu como consequência do programa.

Ou seja, a mutação do gene DDKN2A onde é responsável pela produção de p16 esteve presente em 13 dos 178 indivíduos (7,3%) onde a taxa de ressecção citada por Vasen (2016) é de 75%. 1% dos pacientes do grupo com a mesma mutação teve ressecadas as lesões precursoras de baixo risco, onde os 6,1% com FPC e 1,9% que apresentava lesões de alto risco foram ressecadas em paciente rastreados por ADP familiar.

Foi feito um estudo epistemológico pelos médicos da Oncologia Clínica Abdominal do A. C. Camargo com 739 pacientes com adenocarcinoma de pâncreas atendidos pela instituição entre os anos de 2008 e 2016 com idade média entre os pacientes de 64 anos. Através do *Journal of Surgical Oncology* que publicou este estudo os dados mostram que a cada três paciente que são tratados através da cirurgia (177 dos 739 pacientes, equivalente a 23,9%) tiveram uma sobrevida superior a cinco anos, onde em média um a cada 10 paciente continuam vivos após os cinco anos. 63% dos pacientes ainda estavam vivos após dois anos. Foram observados que 40% dos pacientes possuíam diabetes, 90% apresentavam quadros de sintomas da doença no diagnóstico e 5% relataram já possuir histórico familiar com tumores no pâncreas. Em média a taxa de sobrevida apresentada pelo estudo multicêntrico internacional estima de 26,6 meses de sobrevida, foi superada pelos pacientes submetidos à cirurgia no A. C. Camargo que conseguiram atingir uma média de 35 meses de sobrevida.

Um estudo que foi publicado em 2019 pela revista *Câncer Research* mostra que no ano da publicação 40% dos casos de câncer de pâncreas podem ser detectados a partir do biomarcador CA 19-9, que usado em conjunto com o marcador sTRA por sugestão através de pesquisas pelo Instituto Van Adel nos EUA juntamente com outras instituições americanas mostram que os dois marcadores podem detectar com eficácia o câncer em 65% dos casos. Esses experimentos foram realizados em 147 amostras de plasmas humanam. Isto é, no sentido mais geral, pode-se utilizar vários exames para construir um diagnóstico. Geralmente ao chegar um paciente com icterícia e dor abdominal ele provavelmente será avaliado através de TGO, TGP, FA, GGT e Bilirrubinas e que são complementados por exames laborais, tomografia computadorizada e CPRE. Assim, fala-se acerca de cada um destes

2.2.1 Exame Laboratorial, Tomografia Computadorizada e Exame CPRE

O primeiro exame que se faz para o diagnóstico do câncer de pâncreas é o físico, que no corpo do paciente, no qual, segundo Bassan, Pisani, Kalil, Doncatto e Toneto (2017, p. 03) são:

Alguns achados semiológicos são clássicos dessa doença, como o sinal de Courvoisier-Terrier, caracterizado pela vesícula biliar palpável e indolor. Outro sinal é a tromboflebite superficial migratória. Achados como ascite, hepatomegalia e linfonodomegalia não são incomuns e indicam doença avançada.

Se apresentar à icterícia e dor abdominal também promove para que seja solicitado um ultrassom do abdome para avaliar a via biliar pensando na colíctiase, um ponto positivo já que ultrassom do abdome é bom em avaliar massas pancreáticas ajudando no diagnóstico. Sendo assim se estiver com muita massa já é encaminhado para fazer uma tomografia que é sensível em encontrar tumores menores. Paciente que apresenta com a tríade clássica, que a suspeita clínica de um câncer de pâncreas é mais preocupante, é indicado fazer a TC (tomografia computadorizada) de abdome devido a sua sensibilidade em encontrar tumores principalmente com tamanhos inferiores a três centímetros, sendo indicada tanto para diagnóstico quanto para estadiamento já avaliando se o paciente já possui uma metástase a distância. Tornando assim a TC o exame mais indicado. Para Bassan, Pisani, Kalil, Doncatto e Toneto (2017, p. 03):

(...) é o principal método diagnóstico, uma vez que consegue não apenas visualizar o carcinoma pancreático, mas também permite o seu estadiamento. Muitas vezes, pode diagnosticar concomitantemente metástases para fígado, pulmão e peritônio, além de indicar inoperabilidade, ao identificar invasão de vasos.

Já em casos suspeitos com TC normal indica-se fazer CPRE (colangiopancreatografia endoscópica retrógrada), sendo os sinais sugestivos de tumor a CPRE estenose do ducto pancreático com mais de um centímetro de extensão e o sinal do duplo ducto (dilatação pré-estenótica do ducto colédoco e Wirsung). Para diagnóstico também se pode examinar através da Colangiorressonância que possui a mesma sensibilidade da CPRE, porém, é melhor que TC para a avaliação da via biliar e ducto pancreático, conseguindo avaliar tanto o parênquima pancreático como os ductos biliares podendo também ser útil na detecção das massas hepáticas com vantagem de não necessitar o uso de contraste.

A ultrassonografia endoscópica também é um ótimo exame tanto para diagnóstico quanto para estadiamento, pois consegue realizar a avaliação de nódulos pequenos de dois a três centímetros, possui uma sensibilidade muito boa para nódulos desses tamanhos. Para os pesquisadores Bassan, Pisani, Kalil, Doncatto e Toneto (2017, p. 03):

Ultrassonografia (US) é um exame utilizado na investigação inicial de todo paciente com icterícia. Não é invasivo e pode fornecer informações sobre a localização e o tamanho das massas pancreáticas, dilatação do ducto biliar e pancreático, invasão local e até mesmo metástases hepáticas.

O câncer de pâncreas possui um dos marcadores sorológicos denominado CA 19-9, sendo considerado o marcador mais importante para a Ca de pâncreas. Possui sensibilidade variando com o tamanho do tumor, alta sensibilidade principalmente se o tumor for de um tamanho grande, porém tem baixa especificidade porque varias condições biliares e pancreáticas benignas podem evoluir com o aumento do CA 19-9. Segundo Bassan, Pisani, Kalil, Doncatto e Toneto (2017, p. 03):

CA-19.9: expressa por células tumorais que apresenta sensibilidade e especificidade de 80% e 73%, respectivamente. Contudo, por apresentar acurácia insuficiente, não pode ser usado como teste de screening. O CA 19-9 guarda relação com valor prognóstico. Valores acima de 100 U/ml indicam provável irressecabilidade do tumor (VPP 88% -91%).

Contrariamente a isso Ardengh (2008) diz que:

Até o momento o papel dos marcadores tumorais é limitado. Nenhum deles, incluindo CA 19-9, demonstrou ser útil na avaliação de uma população assintomático. Estudo recente avaliou a utilidade do CA 19-9 no rastreamento de uma população assintomática, determinando valor preditivo positivo de apenas 0,9% para o ADP, quando um nível maior que 37 U/ml foi encontrado.

Exame indicado principalmente para acompanhamento do caso já que os níveis do CA 19-9 diminuem com o tratamento, e se o paciente evoluir com tal tratamento devera parra por uma nova avaliação diagnostica.

Portanto segundo Dr. Giordanne Freitas (2018) os principais exames para diagnosticar o câncer de pâncreas são o ultrassom, TC de abdome, CPRE, colangiorrressonância e ultrassom endoscópico.

2.2.2 Tratamento

Entre os tratamentos do câncer de pâncreas está em primeiro momento a biopsia, porém ela não é necessariamente indicada para casos típicos a TC ou CPRE para exames que sugerem tumor ressecável, pois o diagnostico histológico será confirmado pós-operatório. A biopsia é indicada para tumores irressecáveis e casos duvidosos, geralmente a biopsia é realizada com uma agulha de ponta fina podendo ser guiado pelo ultrassom, TC ou ultrassonografia endoscópica. O estadiamento segue os quatro estádios do câncer de pâncreas descritos na tabela de TNM - Classificação de Tumores Malignos (Classification of Malignant Tumours):

Figura 1: Estadiamento do câncer de pâncreas T

Tumor Primário (T)	
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor limitado ao pâncreas \leq 2cm
T2	Tumor limitado ao pâncreas $>$ 2cm
T3	Tumor se estende além do pâncreas, sem acometer tronco celíaco ou artéria mesentérica superior
T4	Tumor se estende além do pâncreas, acometendo acometer tronco celíaco ou artéria mesentérica superior

Fonte: Diretrizes Oncológicas, Câncer de Pâncreas (Daniel de Mota Girardi).

Figura 2: Estadiamento do câncer de pâncreas N

Linfonodos regionais (N)	
N0	Ausência de linfonodo regionais metastáticos
N1	Presença de linfonodo regionais metastáticos

Fonte: Diretrizes Oncológicas, Câncer de Pâncreas (Daniel de Mota Girardi).

Figura 3: Estadiamento do câncer de pâncreas M

Metástase à distância	
M0	Sem evidência de metástase a distância
M1	Presença de metástase a distância

Fonte: Diretrizes Oncológicas, Câncer de Pâncreas (Daniel de Mota Girardi).

A cirurgia curativa do câncer de pâncreas pode ser feita até estágio IIB (figura 4), ou seja, qualquer acometimento de linfonodo regional até T3N1M0 (figura 4) que é quando ainda não tem comprometimento dos vasos arteriais. A partir de T4 o tumor já não é mais ressecável. O nome dessa cirurgia é pancreatoduodenectomia, conhecida como cirurgia de Whipple, no qual:

(...) é o procedimento de escolha para todos adenocarcinomas localizados na cabeça, colo e no processo uncinado do pâncreas. Primeiramente, é necessário excluir metástases na cavidade abdominal, principalmente no fígado, grande omento e peritônio; lesões suspeitas devem ser levadas à congelação. Uma vez descartados os implantes secundários, a laparotomia se dá por uma incisão mediana xifo-umbilical ou subcostal bilateral. Mobiliza-se o duodeno e a cabeça do pâncreas (realizando a manobra de Kocher), expondo assim a veia cava inferior e a aorta. Desse modo, o cirurgião pode perceber a relação da lesão com a artéria mesentérica superior (BASSAN; PISANI; KALIL; DONCATTO; TONETO. 2017, p. 04)

Figura 4: Estágio câncer de pâncreas

Agrupamento TNM para câncer de pâncreas			
Estádio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T2	N0	M0
IIA	T3	N0	M0
IIB	T1-3	N1	M0
III	T4	Qualquer N	M0
IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Fonte: Diretrizes Oncológicas, Câncer de Pâncreas (Daniel de Mota Girardi).

A várias terapias que ajudam no manejo cirúrgico, no qual, pode-se citar como parte do tratamento a terapia neoadjuvância que se trata de uma maneira de tratar doenças ocultas, diminuindo o estágio do tumor e melhorando a seleção dos candidatos a cirurgia. Segundo Bassan, Pisani, Kalil, Doncatto e Toneto (2017, p. 04):

Terapia neoadjuvante é atualmente recomendada no tratamento de lesões borderline, mas essa estratégia não é universalmente praticada; ademais, o benefício para pacientes ressecáveis é uma questão altamente controversa. Apesar do viés de seleção, pacientes (independentemente do estágio inicial) recebendo tratamento neoadjuvante comumente sobrevivem mais tempo.

Para além desse tratamento, os autores ainda citam a adjuvância, que é uma quimioterapia e radioterapia, que para os autores Bassan, Pisani, Kalil, Doncatto e Toneto (2017, p. 04) aumenta a:

(...) sobrevida em relação a cirurgia de forma isolada e deve ser recomendada para o câncer pancreático em qualquer estágio. Alguns fatores interferem no seu emprego, como as preferências do paciente, a presença de comorbidades, performance status, complicações cirúrgicas (atraso em 25-30% dos pacientes) e recorrência precoce da doença.

Essa técnica só pode ser utiliza em alguns casos antes da cirurgia principalmente para a diminuição do tumor e gencitabina e no pós-cirúrgico pode aumentar a taxa de sobrevivência dos pacientes. Bassan, Pisani, Kalil, Doncatto e Toneto (2017, p. 04) afirmam que essa técnica “promove controle de forma regional da doença e está associada com uma diminuição nas taxas de recorrências locais. Pode ser usada tanto no regime de adjuvância como na neoadjuvância”. Porém, infelizmente, como poucos pacientes terão um tratamento curativo devido ao estágio que se encontra o câncer, a maioria irá receber um tratamento paliativo.

3. CONCLUSÃO

Conclui-se então, que apesar da pesquisa na medicina oncológica estar alcançando resultados expressivos no que tange a cura e qualidade de vida de pacientes oncológicos, o presente estudo constatou que os resultados dessas pesquisas ainda não removeram o aspecto sombrio que está atrelado ao câncer pancreático. A adição de novas drogas ao regime terapêutico, a utilização de terapias neoadjuvantes e adjuvantes em conjunto da cirurgia e também novos regimes para recidivas desse tipo específico de câncer, ainda não alcançaram resultados expressivos na expectativa de vida dos pacientes. No entanto, constatou-se uma breve evolução na qualidade de vida do paciente, modificando procedimentos cirúrgicos que antes eram considerados irrefutáveis, para tornar o pós-cirúrgico muito mais paliável ao paciente.

A baixa eficácia das terapias curativas e a alta taxa de recidiva precoce do CP direcionou os pesquisadores a buscarem métodos paliativos efetivos para dar dignidade aos pacientes. Com isso, constatou-se que atualmente já existem pesquisas e até ensaios randomizados que objetivam encontrar a melhor maneira controlar a sintomatologia que o câncer e as terapias trazem consigo. Além disso, os Guidelines já possuem descrições das melhores maneiras de se conseguir uma forma digna de sobrevivida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Gabriel. **Aos poucos, medicina avança contra o câncer de pâncreas, um dos mais letais.** Site GZH Saúde, 2019. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2019/05/aos-poucos-medicinaavanca-contr-o-cancer-de-pancreas-um-dos-mais-letais-cjvy7kjzy05k701llkxddgfy9.html>. Acessado em: 19 de junho de 2021.

AMICO E. C.; BARRETO J. S. S.; DANTAS-FILHO, A. M.; ARAÚJO-FILHO, I. **Diagnóstico, estadiamento e tratamento cirúrgico do adenocarcinoma de pâncreas.** ABCD Arq Bras Cir Dig 2008. p. 192-200

ARDENGH, José Celso; COELHO, Nelson; OSVALD, Alessandro Bersch. **Câncer de pâncreas em fase inicial: é possível identifica-lo através dos instrumentos científicos e propedêuticos atualmente disponíveis?.** Universidade de São Paulo, Revista Arquivos de Gastroenterologia, v.45, n.2, 2008. p. 169-177. Disponível em: art_ARDENGH_Cancer_do_pancreas_em_fase_inicial_e_2008.pdf (usp.br) Acessado em: 16 de junho de 2021.

BASSAN, Amadeu Freiburger; PISANI, Leonardo; KALIL, Mario Salim; DONCATTO, Vitor; TONETO, Marcelo Garcia. **Câncer da cabeça de pâncreas.** Escola de Medicina da PUCRS, Rio Grande do Sul, 2017. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883224/ca-de-cab-pancreas-final-b_rev.pdf?msclkid=93ede3bda91411ec9c0a767f20a8d6cf. Acessado em 21 de março de 2022

BUSSOLOTTI, Raquel M.. **Estudo no A. C. Camargo mostra resultados promissores em casos de câncer de pâncreas.** Site A.C. Camargo Câncer Center, 2019. Disponível em: <https://www.accamargo.org.br/sobre-ocancer/noticias/estudo-realizado-no-accamargo-mostra-resultados-promissores-em-casos-de>. Acessado em: 17 de junho de 2021.

FREITAS, Thais Oliveira. **A importância do diagnóstico precoce no câncer de pâncreas.** Revista Atas de Ciências da Saúde; Vol 1, No 4, 2013. Disponível em: <https://revistaseletronicas.fmu.br/index.php/ACIS/article/viewFile/563/685> . Acessado em: 19 de junho de 2021.

GIORDANNE, Freitas. **Câncer de pâncreas.** Site Giordanne Freitas, 2018. (33m 42s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=j30FilGashs>. Acessado em: 16 de junho de 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **ABC do câncer** : abordagens básicas para o controle do câncer. Ministério da Saúde, Brasil: Rio de Janeiro: Inca, 2011. p. 128

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Câncer de pâncreas.** [Brasília, DF] Instituto Nacional de Câncer, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancerde-pancreas>. Acessado em 15 e junho de 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **O que é câncer?.** [Brasília, DF] Instituto Nacional de Câncer, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>. Acessado em: 15 de junho de 2021.

JUNIOR, José de Felipe. **Câncer de Pâncreas.** Revista Eletrônica da Associação Brasileira de Medicina Complementar. Biblioteca de Câncer. Tema do mês de novembro de 2007. Disponível em: <http://www.medicinabiomolecular.com.br/biblioteca/pdfs/Cancer/ca-0394.pdf?msckid=e0772db9a90a11ecba68d942583a21a2>. Acessado em 20 de março de 2022.

LE MOS, A. M. A.; ANJOS, A. L. B. dos; SILVA, S. M. C.; OLIVEIRA, Z. F. R. de. **Câncer de pâncreas e a importância do diagnóstico precoce para um bom prognóstico.** Anais de Evento, III CONBRACIS, 2018. Disponível em: http://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2018/TRABALHO_EV108_MD4_SA1_ID578_21052018211437.pdf. Acessado em: 17 de junho de 2021.

OLIVEIRA, Rayane; SILVEIRA, Danielle Costa. **Mapa epidemiológico referente à neoplasia de pâncreas no Brasil.** Revista Corpus, v. 32, n 5, 2019. Disponível em: <http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/viewFile/844/530>. Acessado em: 19 de junho de 2021.

PEREIRA, Viviane. **Câncer de pâncreas: diagnóstico.** Site Instituto Vencer o Câncer, 2021. Disponível em: <https://vencerocancer.org.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pancreas-tipos-de-cancer/cancer-depancreas-diagnostico-2/>. Acessado em: 15 de junho de 2021

PINHEIRO, Pedro. **Ressonância magnética: indicações e riscos.** Site MD Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.mdsaude.com/examescomplementares/ressonancia-magnetica/>. Acessado em: 14 de junho de 2021.

SANTOS, Marcos. **Diretrizes oncológicas**. 1º. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SOLDAN, Mônica. **Rastreamento de Câncer de Pâncreas**. Rev. Col. Bras. Cir. 2017; 44 (2): 109111. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/pQqHW6scP4yK3QySPJvbLSH/?format=pdf&msckid=e4ab3d3bea92311ecbcd251cc4db68232>. Acessado em 20 de junho de 2021.

SOUZA, Daiane Miron de; et al. **Auxílio no diagnóstico precoce do câncer de pâncreas através de exame de imagem**. Unifasc, 2019. Disponível em: <https://unifasc.edu.br/wpcontent/uploads/2019/05/Aux%C3%ADlio-no-diagn%C3%B3stico-c%C3%A3ncer-dep%C3%A2ncreas-Anaiza.pdf>. Acessado em: 14 de junho de 2021.

VASEN H. **Benefit of surveillance for pancreatic cancer in high-risk individuals: outcome of long-term prospective follow-up studies from three European Expert Centers**. J Clin Oncol. 2016. p. 2010-9.