

Neoplasias pancreáticas: revisão de literatura

Pancreatic neoplasms: a review of the literature

DOI:10.34117/bjdv7n10-186

Recebimento dos originais: 07/09/2021

Aceitação para publicação: 15/10/2021

Túlio Alves Dias

Ensino Superior Incompleto - Acadêmico do 12 Período de Medicina

Instituição de ensino: Faculdade Ciências Médicas MG

Endereço: Alameda Ezequiel Dias 275 / Rua da Bahia 1010

E-mail: tulioadias@hotmail.com

Cynthia Duarte Moreira

Ensino Superior Incompleto, Acadêmica de Medicina

Instituição de ensino :Universidade de Itaúna

Endereço: Rua coronel domingos Justino 334, apto 402, centro de Pará de Minas

CEP: 35660-045

E-mail Cynthiadmoreira@hotmail.com

Pedro Guimarães Costa

Superior em curso,Faseh,

Endereço:Rua Rodrigo Otávio Coltinho 230-Apt, 802. Belvedere

Pedrogc2000@hotmail.com

Mariana Sales Moura Santos

Ensino Superior Incompleto - Acadêmica de Medicina

UNIPTAN - Centro educacional Presidente Tancredo de Almeida Neves

Endereço:Rua Manuel Luiz Pego 512, acácias. Capelinha -MG-CEP:39680-000

E-mail: marianasalesantossantos@hotmail.com

Michelle Paz de Araújo

4 Período de Medicina

Instituição de ensino - Faminas BH

Endereço : Rua Francisco Augusto Rocha ,101/206 planalto BH

E-mail- mipaz.araujo@gmail.com

Karolayne Cecília Pinto Drumond

Superior Incompleto- Acadêmica de Medicina

Instituição de ensino Faseh - Faculdade da saúde e ecologia humana

Endereço :Rua Alagoas, 1182, apto 504, Savassi

E-mail:Karoldrumond97@gmail.com

Laura Ferreira dos Santos

Superior incompleto:Instituição de ensino

Faseh - Faculdade da saúde e ecologia humana

Endereço:Rua São Paulo 1333, ap 610, centro, BH, cep 30179131

E-mail:laurafsn14@gmail.com

Ana Luiza Lodi Braga

Superior Completo em 2021/1 - Médica

Instituição de ensino: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Endereço: Rua Califórnia 570 - apto 301 - Sion - CEP 30315.500 - Belo Horizonte

E-mail: analodi24@gmail.com

RESUMO

Introdução: As neoplasias pancreáticas são tumores altamente agressivos e apresentam a detecção precoce e o tratamento cirúrgico como as únicas opções curativas. Dessa forma, trata-se de um tumor com alta recorrência e baixa sobrevida. **Objetivos:** O objetivo desse estudo é revisar sobre o manejo do câncer de pâncreas, visto que se trata da neoplasia mais letal do trato gastrointestinal. **Métodos:** Os bancos de dados Pubmed, Diretrizes e UpToDate foram pesquisados eletronicamente utilizando os descritores Carcinoma Ductal Pancreático e Neoplasias Pancreáticas nos idiomas inglês e português. **Discussão e Conclusão:** O câncer de pâncreas é altamente letal, sendo a maior parte dos casos diagnosticados tardiamente. Dessa forma, é evidente a necessidade de tecnologias para melhor abordagem terapêutica e, conseqüentemente, maior sobrevida dos indivíduos.

Palavras-chaves Carcinoma Ductal Pancreático, Neoplasias Pancreáticas.

ABSTRACT

Introduction: Pancreatic neoplasms are highly aggressive tumors, and early detection and surgical treatment are the only curative options. Thus, it is a tumor with high recurrence and low survival. **Objectives:** The aim of this study is to review about the management of pancreatic cancer, since it is the most lethal neoplasm of the gastrointestinal tract. **Methods:** The databases Pubmed, Guidelines and UpToDate were searched electronically using the descriptors Pancreatic Ductal Carcinoma and Pancreatic Neoplasms in English and Portuguese. **Discussion and Conclusion:** Pancreatic cancer is highly lethal, and most cases are diagnosed late. Thus, it is evident the need for technologies for better therapeutic approach and, consequently, greater survival of individuals.

Keywords: Pancreatic Ductal Carcinoma, Pancreatic Neoplasms.

1 INTRODUÇÃO

O pâncreas é um órgão com funções exócrinas e endócrinas, e 95% dos tumores malignos se originam do pâncreas exócrino. Desses 95%, o adenocarcinoma é a principal histologia encontrada nos pacientes com câncer de pâncreas. Dentre os tumores exócrinos, 90% têm origem no ducto pancreático, e 85% deles são adenocarcinomas ductais. Entre os tipos histológicos menos frequentes, estão o carcinoma de células acinares, o pancreatoblastoma, o carcinoma sólido pseudopapilífero e o cistoadenocarcinoma seroso.¹

O diagnóstico pode ser realizado através de diversos exames complementares como ultrassonografia de abdome e tomografia de abdome com contraste intravenoso. O estadiamento de adenocarcinoma de pâncreas é o TNM, sendo que até o estágio IIB tem-se um tumor de característica ressecável. Os estágios III e IV por definição são irressecáveis e apresentam como forma terapêutica o tratamento paliativo.¹

No cenário metastático, ou de neoplasia inoperável, trata-se de uma doença agressiva e fatal que, mesmo com a incorporação de novas drogas nas últimas décadas, apresenta sobrevida mediana permanece menor que um ano.¹

2 OBJETIVO

O objetivo desse estudo é revisar sobre o manejo do câncer de pâncreas, visto que se trata da neoplasia mais letal do trato gastrointestinal.

3 MÉTODOS

Os bancos de dados Pubmed e UpToDate foram pesquisados eletronicamente utilizando os descritores Carcinoma Ductal Pancreático e Neoplasias Pancreáticas nos idiomas inglês e português. Foram utilizados apenas publicações de livre acesso, estudos randomizados e publicados nos últimos 5 anos.

4 DESENVOLVIMENTO

Neoplasia de prognóstico reservado, estima-se que o adenocarcinoma de pâncreas se torne a segunda principal causa de mortalidade por câncer em um futuro próximo. Uma das razões para isso é que as terapias destinadas ao tratamento dessa neoplasia não têm avançado como as terapias dos demais quadros oncológicos. A sobrevida em um ano melhorou ligeiramente devido ao uso amplo de quimioterapia sistêmica e, mais recentemente, quimioterapia combinadas, mas ainda assim, até 70% dos pacientes vem a óbito no primeiro ano de diagnóstico. História familiar positiva para câncer de pâncreas, fatores dietéticos, sexo masculino, idade, diabetes, obesidade, tabagismo, pancreatite crônica e algumas síndromes genéticas como câncer colorretal hereditário não polipótico e melanoma múltiplo familiar são fatores de risco para o desenvolvimento desse tipo de neoplasia.²

Fisiopatologia

Dentre as neoplasias malignas de pâncreas é possível observar que 70% se localizam na cabeça/processo uncinado, 20% no corpo e 10% na cauda do pâncreas. Entretanto, microscopicamente, não há diferença substancial entre eles. Em geral, são adenocarcinomas pouco diferenciados, compostos por estruturas tubulares abortadas ou agrupamentos de células com potencial infiltrativo e crescimento agressivo. Existem dois tipos de adenocarcinomas ductais: adenoescamoso e mucinoso. Os tumores bem diferenciados são incomuns²

Manifestação clínica

A maior parte dos pacientes apresentam câncer de cabeça de pâncreas e, quase 100% desses pacientes apresentam perda ponderal, dor abdominal e icterícia colestática (com colúria, acolia fecal, prurido) como manifestação clínica. Os sintomas tendem a ser inespecíficos no início do quadro, atrasando o diagnóstico.¹

Diagnóstico e estadiamento

Para diagnóstico e estadiamento do câncer de pâncreas podem ser realizados tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, tomografia por emissão de pósitrons e ultrassonografia endoscópica. Laparoscopia de estadiamento não é realizada de rotina em todos os centros, sendo reservada para pacientes com risco elevado de doença disseminada ou em pacientes com dúvidas do tratamento de ressecção cirúrgica. A radiografia de tórax deve ser utilizada para avaliação de pacientes com acometimento pulmonar associado.¹

O estadiamento de adenocarcinoma de pâncreas é o TNM, sendo que até o estágio IIB tem-se um tumor de característica ressecável. Os estágios III e IV por definição são irressecáveis e apresentam como forma terapêutica o tratamento paliativo.¹

Tratamento

Com diagnóstico tardio, poucos pacientes com câncer de pâncreas podem ser candidatos à ressecção cirúrgica imediata no diagnóstico inicial. Mesmo em pacientes com câncer pancreático ressecável limítrofe (BRPC), micrometástases podem estar presentes antes da abordagem cirúrgica. Dessa forma, a terapia neoadjuvante é vital para aumentar a sobrevida, já sendo demonstrado em estudos que a quimioterapia neoadjuvante com ou sem radioterapia fornece de maneira geral melhores resultados em

comparação com a cirurgia inicial. Entretanto, um desafio dos estudos atuais é ver o real benefício de se adicionar radioterapia à quimioterapia neoadjuvante ao tratamento, visando melhor prognóstico quando comparado com o tratamento apenas como quimioterapia.³ O tratamento da neoplasia pancreática então pode ser paliativo ou curativo.⁴

O tratamento paliativo tem como embasamento e guia o controle da dor, o controle da colestase e o controle da obstrução duodenal. Além disso, pode contar com quimioterapia associada a radioterapia em pacientes estágio III.⁴ O tratamento comumente é realizado com radioterapia convencional, embora a radioterapia corporal esterotáxica tenha se mostrado eficaz e comumente empregada no câncer de pâncreas.³ Em pacientes estágio IV a recomendação é empregar apenas quimioterapia sistêmica. A droga mais utilizada para quimioterapia isolada é a Gencitabina, podendo também ser associada ao bloqueador específico do produto do oncogene HER/neu-2, o Erlotinib.²

O tratamento curativo se sustenta na ressecção do tumor. A ressecção pancreática é uma grande operação abdominal com risco de 50% de complicações pós-operatórias. Sendo a complicação mais comum a fístula pancreática, que pode ter consequências clínicas graves, como sangramento pós-operatório, falência de órgãos e morte. O procedimento de escolha para os cânceres periampulares é a pancreatoduodenectomia ou cirurgia de Whipple. A cirurgia de Whipple pode ser ultrarradical (procedimento padrão com ressecção da veia porta, pancreatectomia subtotal e linfadenectomia retroperitoneal) ou pode ser com preservação de piloro (preserva o estômago, o piloro e uma pequena porção duodenal). A reconstrução gastrointestinal é feita com jejuno, podendo ser através de três anastomoses: pancreático-jejunostomia, hepaticojejunostomia e gastrojejunostomia.⁵

Vários estudos estão em andamento para tratamento de neoplasia de pâncreas. Dois deles são voltados para tratamento de doença localizada com esquemas de adjuvância com drogas (FOLFOXIRI e FOLFIRINOX) x gencitabina. Além disso, em quadros metastáticos, estudos avaliam o papel do nimotuzumabe associado a gencitabina como primeira linha de tratamento e nab-paclitaxel associado a gencitabina como segunda linha.¹

5 CONCLUSÃO

O câncer de pâncreas é uma doença oncológica de alta prevalência e mortalidade. Dessa forma, estudos e pesquisas sobre tratamentos mais efetivos se tornam de extrema valia para melhorar a sobrevida e a qualidade de vida de pacientes com essa doença.

REFERÊNCIAS

1. Girardi DM, Fernandes GS, Izetti P, Vilela R, Dib L. Câncer de Pâncreas. *Diretrizes Oncológicas* 3. 2019
2. Neoptolemos JP, Palmer DH, Ghaneh P, Psarelli EE, Valle JW, Halloran CM, Faluyi O, O'Reilly DA, Cunningham D, Wadsley J, Darby S, Meyer T, Gillmore R, Anthoney A, Lind P, Glimelius B, Falk S, Izbicki JR, Middleton GW, Cummins S, Ross PJ, Wasan H, McDonald A, Crosby T, Ma YT, Patel K, Sherriff D, Soomal R, Borg D, Sothi S, Hammel P, Hackert T, Jackson R, Büchler MW; European Study Group for Pancreatic Cancer. Comparison of adjuvant gemcitabine and capecitabine with gemcitabine monotherapy in patients with resected pancreatic cancer (ESPAC-4): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. *Lancet*. 2017 Mar 11;389(10073):1011-1024. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32409-6. Epub 2017 Jan 25. PMID: 28129987.
3. Gao S, Zhu X, Shi X, Cao K, Bian Y, Jiang H, Wang K, Guo S, Zhang H, Jin G. Comparisons of different neoadjuvant chemotherapy regimens with or without stereotactic body radiation therapy for borderline resectable pancreatic cancer: study protocol of a prospective, randomized phase II trial (BRPCNCC-1). *Radiat Oncol*. 2019 Mar 27;14(1):52. doi: 10.1186/s13014-019-1254-8. PMID: 30917842; PMCID: PMC6437889.
4. Franciosi V, Maglietta G, Degli Esposti C, Caruso G, Cavanna L, Bertè R, Bacchini G, Bocchi L, Piva E, Monfredo M, Scafuri V, Di Cesare P, Melotti B, Sequino M, Rimanti A, Binovi C, Ghisoni F, Caminiti C. Early palliative care and quality of life of advanced cancer patients-a multicenter randomized clinical trial. *Ann Palliat Med*. 2019 Sep;8(4):381-389. doi: 10.21037/apm.2019.02.07. Epub 2019 Mar 14. PMID: 30943735.
5. Smits, FJ, Henry, AC, van Eijck, CH *et al*. Cuidados após a ressecção pancreática de acordo com um algoritmo para detecção precoce e manejo minimamente invasivo da fístula pancreática versus prática atual (ensaio PORSCH): desenho e justificativa de um ensaio clínico randomizado por cluster escalonado em cunha. *Trials* **21**, 389 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4167-9>