

CENTRO UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES
UNIPTAN

MATHEUS CARVALHO SIQUEIRA MIRANDA
YURI PHILIPPE ESTEVES SILVA

CÂNCER DE PÂNCREAS: RELATO DE CASO

SÃO JOÃO DEL REI – MG
2021

CENTRO UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES

UNIPTAN

**MATHEUS CARVALHO SIQUEIRA MIRANDA
YURI PHILIPPE ESTEVES SILVA**

CÂNCER DE PÂNCREAS: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador:

Prof. João Paulo Aureliano Silva

Coorientador:

Carlos Henrique Chiarini Botelho

**SÃO JOÃO DEL REI-MG
2021**

MATHEUS CARVALHO SIQUEIRA MIRANDA
YURI PHILIPPE ESTEVES SILVA

CÂNCER DE PÂNCREAS: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

APROVADO EM _____ DE _____ DE 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. João Paulo Aureliano Silva
Orientador

Carlos Henrique Chiarini Botelho
Coorientador

Prof^a. PhD. Suelen Martins Perobelli
Professora - UNIPTAN

*“Pouca coisa é necessária para transformar inteiramente
uma vida: bastam amor no coração e um sorriso nos
lábios.”*

Martin Luther King

AGRADECIMENTOS

A Deus, que nos iluminou nesta caminhada fazendo-se presente, nos ajudando sempre!

Ao nosso orientador Dr. João Paulo, prestamos os nossos sinceros agradecimentos ao nosso professor e mestre por toda a paciência em ter nos orientado durante este período de elaboração de TCC de nosso curso de graduação. Tê-lo como o orientador foi uma honra. Somos gratos pelos ensinamentos, compartilhamento e trocas. Elas foram fundamentais para o resultado final desse projeto. O senhor será levado para sempre em nossa memória.

Agradecemos ao Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN – por ser um centro, que consideramos referência na qualidade de ensino e que nos acolheu muito bem.

Ao Corpo Docente do Curso de Medicina do UNIPTAN pela tamanha competência, sendo capazes de nos guiar através de seus ensinamentos.

Ao coorientador Carlos Henrique, obrigado por toda a ajuda durante a realização deste trabalho. Sua contribuição é essencial para a concretização de toda a nossa formação. Muito obrigado!

À nossa querida “Paciente”, que nos recebeu de braços abertos para fornecer suas experiências, contribuindo para nosso crescimento intelectual. Você é um exemplo que deve ser seguido. Nunca abaixou a cabeça nem desanimou. Sempre positiva, lutou com garra e com determinação e está vencendo! Temos muito orgulho de sermos seus amigos e estamos tão felizes pela sua recuperação que nem conseguimos nos expressar direito. Te amamos!

Aos familiares que durante o curso nos incentivaram, não medindo esforços para nos ajudar nas situações difíceis e que compartilharam conosco momentos inesquecíveis.

Ao meu amigo Matheus, pela inteligência e caráter, me ensinando e tendo paciência para que este trabalho fosse concluído (Yuri).

Ao Yuri, meu amigo, pela sabedoria, companheirismo e constante troca de experiências vivenciadas, obrigado! (Matheus).

Por fim, agradecemos, imensamente, a todos que colaboraram de alguma forma para a realização desta pesquisa.

RESUMO

O câncer de pâncreas mais comum é do tipo adenocarcinoma correspondendo a 90% dos casos diagnosticados. A maioria dos casos afeta o lado direito do órgão (a cabeça). Ainda não são plenamente compreendidas as causas do câncer de pâncreas, alguns fatores de risco são identificados. Apesar dos avanços da medicina, o adenocarcinoma de pâncreas segue sendo uma doença de elevada morbimortalidade, visto que a sobrevida em 5 anos. A dificuldade de realizar a detecção precoce do câncer de pâncreas decorre do fato dessa doença não apresentar sintomas nos estágios iniciais. Na maioria dos casos, a identificação da neoplasia é feita tardiamente. O adenocarcinoma pancreático é um dos tumores sólidos de pior prognóstico, sendo o tratamento cirúrgico o único potencialmente curativo. O objetivo geral deste trabalho é relatar um caso de Adenocarcinoma pancreático afim de promover um melhor entendimento sobre o tema, haja visto que, quanto mais tardio o diagnóstico, pior o prognóstico. Neste relato de caso, fomos capazes de observar através de uma revisão de literatura e acompanhamento dos exames e prontuário da paciente a evolução, diagnóstico, tratamento e seguimento do Câncer de Pâncreas. Este relato de caso colabora com o aumento das estatísticas de sobrevida de pacientes com Câncer de Pâncreas, promovendo uma mudança no cenário epidemiológico. Notamos que o estudo apresentado demonstra dados que são mutáveis ano após ano, e que contribui para fonte de pesquisas de outros autores, mas necessitando maiores discussões através da análise de dados e seguramente caso a caso, como a de nossa paciente.

Palavras-chave: CÂNCER DE PÂNCREAS. ADENOCARCINOMA. TUMORES.

ABSTRACT

The most common pancreatic cancer is of the adenocarcinoma type, corresponding to 90% of diagnosed cases. Most cases affect the right side of the organ (the head). Not yet understood as causes of cancer cancer, some risk factors are identified. Despite medical advances, pancreatic adenocarcinoma continues to be a disease with high morbidity and mortality, as it survives in 5 years. One difficulty in early detection of skin cancer cancer stems from the fact that this disease does not show symptoms in the early stages. In most cases, the identification of the neoplasm is done late. Pancreatic adenocarcinoma is one of the solid tumors with the worst prognosis, being the only potentially curative surgical treatment. The general objective of this work is to report a case of pancreatic adenocarcinoma in order to promote a better understanding of the subject, given that the later the diagnosis, the worse the prognosis. In this case report, we can observe through a literature review and follow-up of exams and medical records of the evolution, diagnosis, treatment and follow-up of Pancreas Cancer. This case report collaborates with the increase in the survival statistics of patients with Pancreas Cancer, promoting a change in the epidemiological scenario. We note that the study presented demonstrates data that are changeable year after year, and that it contributes to a source of research by other authors, but requiring greater resources through data analysis and certainly on a case-by-case basis, such as that of our patient.

Keywords: CANCER OF THE PANCREAS. ADENOCARCINOMA. TUMORS.

LISTA DE ABREVIATURAS

2T:	Dois Tempos
ACV:	Ausculata Cardiovascular
ADP:	Adenocarcinoma Ductal de Pâncreas
AP:	Ausculata Pulmonar
CA:	Câncer
CEA:	Antígeno Carcinoembrionário
ESPAC-4:	Comparação de Gencitabina Adjuvante e Capecitabina com Monoterapia com Gencitabina em Pacientes com Câncer Pancreático Ressecado.
HPA:	Hidrocarbonetos Policíclicos Aromáticos.
INCA:	Instituto Nacional do Câncer.
MVF:	Murmúrio Vesicular Fisiológico.
PET-CT:	Tomografia Computadorizada por Emissão de Pósitrons.
QT:	Quimioterapia.
SRA:	Sem Ruídos Adventícios.
TNF:	Classificação de Tumores Malignos.

LISTA DE FIGURAS

Figura (1.A) – Cisto pancreático

Figura (1.B) – Pancreatoesplenectomia

Figura (1.C) Linfonodo hipercaptante na cadeia peripancreática

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação TNM para câncer pancreático

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Monitoramento do Exame de CA 19.9

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO1

2 OBJETIVOS2

 2.1 Geral.....2

 2.2 Específicos2

3 METODOLOGIA DA PESQUISA.....3

4 RELATO DE CASO.....3

5 DISCUSSÃO7

6 CONCLUSÕES E PROPOSTAS9

REFERÊNCIAS 11

1 INTRODUÇÃO

O câncer de pâncreas mais comum é do tipo adenocarcinoma (que se origina no tecido glandular), correspondendo a 90% dos casos diagnosticados. A maioria dos casos afeta o lado direito do órgão (a cabeça). Embora menos comumente ocorra em outras partes do pâncreas são que são: corpo (centro) e cauda (lado esquerdo)(INCA,2020)

Ainda não são plenamente compreendidas as causas do câncer de pâncreas, alguns fatores de risco são identificados, como a predisposição genética (10 a 15% dos casos). No entanto, a maioria dos casos são secundários a fatores ambientais e ou comportamentais como: idade, tabagismo, inatividade física, dieta inadequada, obesidade e diabetes

Esta neoplasia pancreática é normalmente diagnosticada em maiores de 40 anos e possui sua maior prevalência em pacientes ao redor dos 70 anos. Apesar dos avanços da medicina, o adenocarcinoma de pâncreas segue sendo uma doença de elevada morbimortalidade, visto que a sobrevida em 5 anos, é de aproximadamente 8%(FREIBERGER,BA,*et.al*.2017)

O quadro clínico costuma ser inespecífico, sendo que, na maioria dos casos o paciente se mantém assintomático até estágios avançados de doença. As principais manifestações clínicas são: dor na porção superior do abdome com irradiação para o dorso (“em faixa”), perda peso e icterícia obstrutiva(SAYURI C, *et.al* 2011)

A dificuldade de realizar a detecção precoce do câncer de pâncreas decorre do fato dessa doença não apresentar sintomas nos estágios iniciais. Na maioria dos casos, a identificação da neoplasia é feita tardiamente, o que inviabiliza o tratamento curativo.

Nesse sentido, ressalta-se que o adenocarcinoma representa 95% dos tumores exócrinos do pâncreas. No Brasil, representa 2% de todos os tipos de câncer, sendo responsável por um total de 4% das mortes por câncer no país, segundo levantamento de 2018 sobre incidência de câncer no brasil pelo Instituto Nacional do Câncer.(INCA,2020)

Somente 10% a 20% dos pacientes diagnosticados com neoplasia pancreática apresentam doença localizada, os quais evoluem com sobrevida global de pouco mais de 30% em cinco anos. Por outro lado, 52% das neoplasias do pâncreas são descobertas em fase avançada e com metástase ao diagnóstico, evoluindo com sobrevida global em cinco anos de 3%.(SANCIO.JB *et.al* 2019)

Os locais de invasão mais frequentes são duodeno, veia porta e vasos mesentéricos superiores, podendo atingir também nervos periféricos, baço, adrenais, coluna vertebral, cólon transversal e estômago, bem como, linfonodos peripancreáticos regionais são frequentes focos

de mestatose. (AMICO. EC *et.al* 2008)

Para realizar o estadiamento, utiliza-se o sistema TNM (tabela 1), sendo dividido em quatro estádios: Estádio 0 – carcinoma in situ; Estádio I – invasão local inicial; Estádio II – tumor primário limitado ou invasão linfática regional mínima; Estádio III – tumor local extenso ou invasão linfática regional extensa; Estádio IV – tumor localmente avançado ou presença de metástases à distância. (SAYURI C, *et.al* 2011)

O adenocarcinoma pancreático é um dos tumores sólidos de pior prognóstico, sendo o tratamento cirúrgico o único potencialmente curativo. Como dito anteriormente, na grande maioria dos pacientes o tumor é diagnosticado em fase avançada, comumente na presença de doença metastática. A introdução de modernos métodos diagnósticos associados ao aperfeiçoamento dos já existentes tem gerado controvérsia quanto à melhor maneira de se estabelecer o diagnóstico e estadiamento do tumor⁸. Haja vista, a agressividade da neoplasia de pâncreas, associado ao pequeno índice de sobrevida de seus portadores, este trabalho é de extrema relevância por destacar que o diagnóstico precoce, bem como, a ressecção do tumor com implemento de tratamentos adjuvantes, pode alterar o atual cenário estatístico de morbimortalidade do câncer de pâncreas, prolongando a expectativa de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de Adenocarcinoma pancreático afim de promover um melhor entendimento sobre o tema, haja visto que, quanto mais tardio o diagnóstico, pior o prognóstico. Nesse contexto, o trabalho visa destacar o tratamento, os cuidados envolvidos nos processos cirúrgicos, cuidados nos processos quimioterápicos e radioterápicos.

2.2 Específicos

- Relatar a história clínica do paciente e sua evolução, (sinais e sintomas),
- Compreender os aspectos patológicos, e de progressão tumoral,
- Descrever o conjunto de exames usados para o diagnóstico e seus resultados,
- Analisar o tratamento de escolha, bem como a evolução clínica do paciente no seu decorrer,

- Verificar os benefícios dos tratamentos adotados e seus efeitos sobre o prognóstico do paciente,
- Difundir dados, para a comunidade científica, acerca dos benefícios do diagnóstico precoce dessa patologia assim como as possíveis linhas de tratamento disponíveis.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Para este relato foram coletados e avaliados os dados dos exames realizados pela paciente sendo eles: Ultrassonografia de Abdômen Total, Tomografia de Abdômen e Pelve, Ressonância Magnética de Abdômen, Angioressonância de vias biliares e pancreáticas, Ecoendoscopia, PET CT com FDG-¹⁸F, Lipase, Amilase, CA19.9 bem como prontuários da paciente.

Outrossim, a paciente, que voluntariamente concordou em participar do estudo com garantia de anonimidade, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foi entrevistada, sendo coletados dados de sua história clínica. Após a obtenção das informações foi realizada uma análise comparativa do referencial teórico com o caso.

4 RELATO DE CASO

Paciente J.L.C.C, feminina, branca, 45 anos, enfermeira, natural de Nazareno-MG, previamente hígida, iniciou com quadro de dor epigástrica com irradiação para hipocôndrio esquerdo, com piora progressiva da dor, acompanhada de astenia, sem fatores de melhora, não apresentava fatores de risco para pancreatite e sem histórico de CA de pâncreas na família.

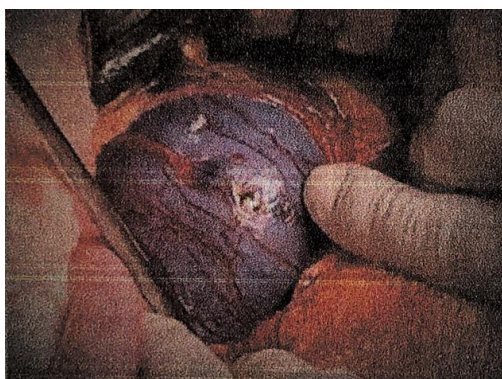
Foi iniciada uma dieta branda, em novembro de 2016, sendo posteriormente submetida à ultrassonografia de abdome total, onde foi constatado um cisto hepático medindo 1,4cm. Diante das ocorrências, foram solicitados exames laboratoriais, em dezembro de 2016, nos quais a Amilase se encontrava em 437 U/L e Lipase 373 U/L. Posteriormente, em fevereiro de 2017, foi solicitada tomografia computadorizada, na qual, apresentou sinais tomográficos sugestivos de pancreatite aguda com evidência de pseudocisto pancreático em região de cauda, concomitante à elevação de CA 19.9 319,0 U/L. Em 5 (cinco) meses o quadro evoluiu para risco de rompimento, na ocasião foi realizada uma Laparotomia Exploratória com biópsia intraoperatória positiva para Neoplasia.

Em abril de 2017, a paciente foi submetida à Laparotomia Mediana para

Pancreatoesplenectomia distal com ressecção do cisto pancreático e desconexão das varizes de fundo gástrico e drenagem abdominal, sendo ressecada a lesão cística com 8 cm. Como podemos constatar nas imagens 1. A e 1. B, mais adiante.

Em relação ao estudo histológico, foi identificado adenocarcinoma invasivo associado a componente de neoplasia mucinosa papilar intraductal pancreática, e ao estudo imuno-histoquímico houve a identificação de adenocarcinoma tubular invasivo (ductal smile) bem diferenciado, tumor com aproximadamente 1,0 cm a 1,5 cm, estadiamento T1N0Mx (tabela 1), prosseguindo com tratamento quimioterápico com Gencitabina isolada 1500mg D1 e D8 por 6 ciclos.

Figura (1.A) – Cisto pancreático



Fonte: Arquivo dos Autores (2021).

Figura (1.B) – Pancreatoesplenectomia



Fonte: Arquivo dos Autores (2021)

Tabela 1 - Classificação TNM para câncer pancreático

Tumor primário (T)

TX: Tumor primário que não pode ser acessado

T0: Sem evidência de tumor primário

Tis: Carcinoma *in situ*

T1: Tumor limitado ao pâncreas com menos de 2 cm de diâmetro

T2: Tumor limitado ao pâncreas com mais de 2 cm de diâmetro

T3: Tumor que se estende além do pâncreas, mas sem envolvimento do plexo celíaco ou da artéria mesentérica superior

T4: Tumor que invade plexo celíaco ou artéria mesentérica superior (irressecável)

Linfonodos regionais (N)

NX: Linfonodos regionais que não podem ser acessados

N0: Ausência de metástases em linfonodos regionais

N1: Metástases em linfonodos regionais

Metástases à distância (M)

MX: Metástases à distância que não podem ser acessadas

M0: Ausência de metástases à distância

M1: Metástases à distância

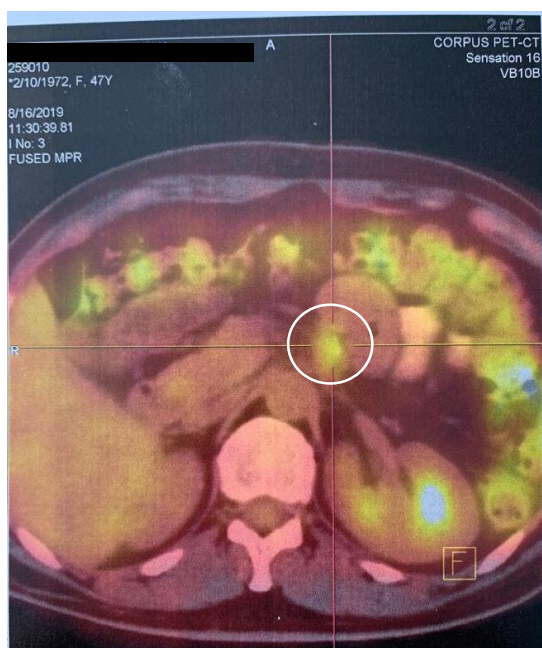
Fonte: Gadelha MIP, Costa MR, Almeida RT. (2005)

Após o término da quimioterapia, a paciente encontrou-se em bom estado geral de saúde, sem queixas álgicas, anictérica, abdome livre e sem movimentos de defesa, foram realizadas consultas de acompanhamento com monitoramento de imagens e exames laboratoriais, nos quais, em 2019 notou-se um aumento progressivo do CA 19.9 (gráfico 1), com valores de 26 U/mL em janeiro, evoluindo até 45 U/mL em julho do mesmo ano.

É válido ressaltar que a paciente se encontrava assintomática durante todo esse período. Concomitante, foi solicitado o exame PET-CT com FDG-¹⁸F, no qual, foi observado Linfonodo hipercaptante de 1,4 cm na cadeia peripancreática (imagem 1.C), sendo constatada a necessidade de novo procedimento cirúrgico.

Em setembro de 2019, foi realizada Laparotomia mediana ampla com exploração sistematizada da cavidade peritoneal e foi identificada uma lesão nodular sólida com aproximadamente 5cm, com limites indeterminados, consistência lenhosa, localizado na raiz do mesocólon, aderida a veia mesentérica inferior e a veia renal esquerda. Após a ressecção, o material foi conduzido para estudo anatomopatológico, onde foi evidenciado, adenocarcinoma metastático. Logo após a realização do procedimento, o marcador CA 19.9 permaneceu elevado, com valor de 58 U/mL, em outubro de 2019. Neste mesmo mês foi iniciado o tratamento radioterápico conformacional com fótons 6 MV, com 25 frações de 180 cGy até dezembro de 2019, associado à medicação oral, Capecitabina 06 comprimidos ao dia por 14 dias, tomando de 12 em 12 horas a cada 21 dias, persistindo até março de 2020.

Figura (1.C) Linfonodo hipercaptante na cadeia peripancreática (indicado com círculo)



Fonte: Arquivo dos autores (2021).

Desde então, a paciente realiza rastreamento periódico semestral dos marcadores tumorais CA 19.9 e CEA. O CA 19.9 mantém acima de 50 U/mL desde o início do acompanhamento, por outro lado, o CEA, não demonstra elevações.

Com a paciente recentemente examinada, é perceptível que ela segue em bom estado geral de saúde, corada, hidratada, anictérica, acianótica, normotensa, normocárdica, com ACV BRNF em 2T, AP MVF presentes SRA, Abdome Plano com presença de cicatriz cirúrgica mediana (Laparatomia), livre à palpação, sem resistência ou movimento de defesa, diurese e evacuação presentes e sem anormalidades. Em relação a fatores emocionais, a paciente se apresenta apreensiva e preocupada em relação à elevação do CA 19.9, mesmo que apresentado redução no último exame (gráfico 1).

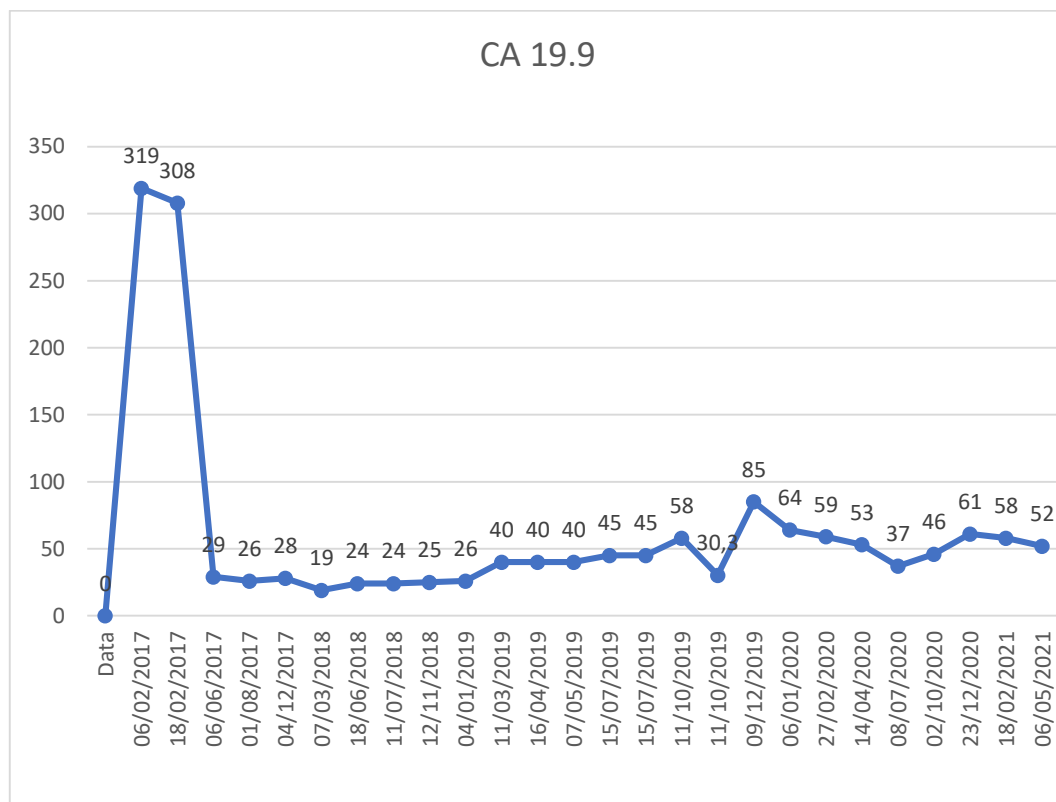
Os demais exames estão dentro das normalidades, com exceção da transaminase oxalacética, com leve elevação em dois momentos no ano de 2021 (fevereiro – 37U/L e maio – 39U/L), com Alfa Fetoproteína dentro da normalidade como as demais enzimas hepáticas e pancreáticas.

Neste percurso de doença a paciente após pancreatectomia distal desenvolveu Diabetes Mellitus e iniciou em 2017 tratamento com hipoglicemiantes orais (Metformina 1g duas vezes ao dia e Alogliptina 25mg uma vez ao dia). Além disso, a paciente após primeira cirurgia apresentou diminuição do apetite com aversão a alimentos como carne vermelha e alimentos ricos em carboidratos como: arroz, macarrão, dentre outros.

Vale ressaltar que a paciente foi submetida por duas vezes à quimioterapia e uma vez à radioterapia, sem que inicialmente seguindo protocolos institucionais foi realizado tratamento oncológico, sendo submetida a QT venosa com Gemcitabina (GEMZAR), em 2017. Posteriormente ao diagnóstico de recidiva de Adenocarcinoma Metastático, a paciente foi submetida a QT oral com Capecitabina (XELODA) e Radioterapia Conformacional que promoveu após período de tratamento a remissão da doença.

Durante os tratamentos quimioterápicos e tratamento radioterápico, os efeitos adversos às medicações foram pormenorizados ao serem relatados pela paciente, desde constipação intestinal e enjoos até fadiga.

Gráfico 1 – Monitoramento do Exame de CA 19.9



Fonte: Arquivo dos autores (2021).

Diante dos fatos mencionados, passaremos então para a discussão dos resultados encontrados a partir desta pesquisa.

5 DISCUSSÃO

O adenocarcinoma ductal do pâncreas (ADP) apresenta sobrevida muito baixa se comparada a qualquer outro tipo de tumor. (ARDENGH, J C., *et. al.* 2008.)

Onde a sobrevida de paciente do relato de caso presente já está contabilizada em 56 meses, após diagnóstico em abril de 2017.

De acordo com INCA, podemos identificar fatores de risco hereditários e não hereditários para o desenvolvimento do câncer de pâncreas. A menor parcela, algo em torno de 10% a 15% dos casos, decorre de fatores de risco hereditários. Dentre esses podemos destacar as síndromes de predisposição genética com associação ao câncer de pâncreas como: Câncer de mama e de ovário hereditários associados aos genes BRCA1, BRCA2 e PALB2, Síndrome de Peutz-Jeghers, Síndrome de pancreatite hereditária.

Nota-se que dentre os fatores de risco para desenvolvimento há a predisposição genética e hereditária quando ocorre este tipo de câncer.

A paciente realizou o estudo genético com sequenciamento e MLPA dos genes BRCA1 e BRCA2, tendo como resultado a não identificação de variantes patogênicas e/ou provavelmente patogênicas, excluindo-se assim a elegibilidade como causa da doença do relato deste estudo.

Segundo INCA 2020, dentre os fatores de risco não hereditários, temos: tabagismo, obesidade, diabetes mellitus e pancreatite crônica não hereditária, sendo passíveis de modificação, pois relacionam-se, em grande parte, ao estilo de vida. Exposição a solventes, tetracloroetileno, estireno, cloreto de vinila, epicloridrina, HPA e agrotóxicos apresentam associações com o câncer de pâncreas.

Observa-se que anteriormente foi descrito que a paciente deste relato de caso exerce sua profissão como Enfermeira, e anteriormente a apresentação dos sinais e sintomas da doença não apresentava fatores de risco não hereditários, considerando que a causa da doença desta paciente não pode ser determinada, sendo enquadrada como causa idiopática.

Para corroborar com a descrição de causa idiopática na qual a paciente foi enquadrada, realizou-se busca por publicações científicas nas plataformas digitais de instrumentos referenciais bibliográficos, não sendo possíveis encontrar estudos sobre a identificação e quantificação da idiopatia do Câncer de Pâncreas.

Contribuindo para o estudo deste relato de caso, a paciente após o diagnóstico de Pseudocisto Pancreático (cauda) com risco de ruptura durante período de monitoramento e seguimento deste quadro, teve seu diagnóstico de Câncer de Pâncreas no intraoperatório para drenagem de Pseudocisto, onde houve o encaminhamento da Cirurgia Oncológica para a Oncologia Clínica, sendo indicado o tratamento com Gemcitabina (GEMZAR).

Desde 1997, a gemcitabina foi aceita como medicamento de referência na terapia de primeira linha para pacientes com bom desempenho, apesar de um perfil de toxicidade aceitável e taxas de resposta aumentadas, uma melhora significativa na sobrevida global em relação ao agente único de gemcitabina foi raramente observada (ADAMSKA A., 2017).

Diante disto, por um biênio a paciente teve remissão da doença, que através de seguimento com a Oncologia Clínica, observou uma elevação dos níveis do marcador CA 19.9 (gráfico 1), sendo necessária a indicação do estudo de PET-CT com FDG-¹⁸F confirmando a recidiva da doença metastática, mostrando assim a falta de resposta ao tratamento com Gemcitabina.

Com o diagnóstico de doença metastática a paciente retornou à Cirurgia Oncológica com exérese de tumor com anatomopatológico de Adenocarcinoma Metastático, sendo assim indicado novo tratamento quimioterápico e radioterápico.

A indicação para metástase pancreática se desenvolveu com o uso do Capecitabina (XELODA) juntamente com radiação conformacional.

O ensaio ESPAC-4 demonstrou que o adjuvante Gemcitabina e Capecitabina para câncer de pâncreas melhorou significativamente a sobrevida em comparação com a monoterapia Gemcitabina (NEOPTOLEMOS, *ET. AL.* 2017).

Diante da falha da monoterapia de Gemcitabina no desenvolvimento da doença primária, a equipe médica oncológica sugeriu a monoterapia com Capecitabina para o tratamento da doença metastática, observando a especificidade da resposta da paciente frente a droga conjugada relatada no Estudo ESPAC-4.

A paciente mesmo com a elevação dos marcadores tumorais permanece em remissão da doença há 20 meses, com monitoramento de exames laboratoriais e de imagem, mostrando eficácia do tratamento com capecitabina monoterápica.

Em relação a sobrevida e prognóstico da doença que cursa como ruim, a paciente excede a expectativa em relação aos estudos atuais.

De acordo SANCIO et. al. (2020), durante o tempo de seguimento, que variou de três a 43 meses, 76,3% dos pacientes evoluíram para óbito. A sobrevida média foi de 18,4 meses e a sobrevida mediana foi de 14,5 meses. O índice de sobrevida global aos 12, 18, 24 e 36 meses foi de 66,0%, 52,8%, 45,8% e 19,1%, respectivamente.

Lembrando que a paciente hoje com 49 anos, tem sobrevida de 56 meses, com seguimento da Oncologia observando a remissão da doença em curso atual, contribuindo assim para o aumento das estatísticas assim que publicadas e estudadas na posteridade.

6 CONCLUSÕES E PROPOSTAS

Neste relato de caso, fomos capazes de observar através de uma revisão de literatura e acompanhamento dos exames e prontuário da paciente a evolução, diagnóstico, tratamento e seguimento do Câncer de Pâncreas.

Observamos que a paciente do sexo feminino, jovem, previamente hígida, sem fatores de risco para desenvolvimento da doença, foi surpreendida por um diagnóstico ruim deste tipo

de doença. Por outro lado, teve a oportunidade de ter seu diagnóstico precoce que aumenta a chance da potencialidade de cura.

Em relação aos tratamentos, fica claro que é suma a individualidade terapêutica, observando pontualmente neste estudo que mesmo seguindo ensaios, protocolos e diretrizes, há as falhas de reposta frente as propostas literárias, contando com a adesão da paciente sem transgressão da terapêutica prescrita pelo profissional médico, objetivando assim este tratamento individualizado sendo possível observar que a doença/ tratamento não é universal.

Nós, com uma visão da vida de profissionais na área da medicina, fomos capazes de dimensionar a importância desta profissão em relação à expertise para a intervenção neste tipo de doença. O médico quanto mais atento ao paciente, melhor a tomada de decisão, deixado claro neste trabalho, medindo a sobrevida de nossa paciente, que supera a expectativa de vida dos estudos apresentados com uma estatística que contradiz sua atual situação, com remissão da doença.

Este relato de caso colabora com o aumento das estatísticas de sobrevida de pacientes com Câncer de Pâncreas, promovendo uma mudança no cenário epidemiológico.

Notamos que o estudo apresentado demonstra dados que são mutáveis ano após ano, e que contribui para fonte de pesquisas de outros autores, mas necessitando maiores discussões através da análise de dados e seguramente caso a caso, como a de nossa paciente.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer de pâncreas** [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2020 [citado 2021 Out 21]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pancreas>.
2. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer de pâncreas versão para Profissionais de Saúde** [Internet]. Rio de Janeiro: INCA. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pancreas/profissional-de-saude>
3. Freiburger BA, Pisani L, Kalil M, Doncatto V, Garcia M. **Câncer da cabeça de pâncreas Pancreatic cancer**. Acta méd. (Porto Alegre) [Internet]. 2017 [citado 2019 Nov. 26];38(7):s.p. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883224/ca-de-cab-pancreas-final-b_rev.pdf.
4. Sayuri C, Ferreira S, Érika Nakatsu, André de Moricz, Rodrigo Altenfelder Silva, Adhemar Monteiro Pacheco Júnior, et al. **Adenocarcinoma de pâncreas em paciente jovem: relato de caso**. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo [Internet]. 2011 [citado 2020 dez. 3];56(1):36–9. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/275>
5. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer de pâncreas** [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pancreas>
6. Sancio JB, Campanati R, Lima L do P, Rubião F, de-Freitas JC, de-Melo FHC, et al. **Fatores prognósticos pré-operatórios em pacientes com adenocarcinoma ductal da cabeça do pâncreas**. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões [Internet]. 2020 [citado 2020 Oct 29];47:1-11. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/ZNyJdqbjTpgZ65FbZfTgBWL/?lang=pt&format=pdf>
7. Amico EC, Barreto ÉJS da S, Dantas-Filho AM, Araújo-Filho I. **Diagnóstico, estadiamento e tratamento cirúrgico do adenocarcinoma de pâncreas**. ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo) [Internet]. 2008 [citado 2020 Dec 3];21(4):192–200. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010267202008000400008
8. ____Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A (eds). **Exocrine and endocrine pancreas**. In : Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A (eds). AJCC Cancer staging manual. 7th ed. Springer: New York: Springer; 2010. 241-9
9. Seufferlein T, Bachet JB, Van Cutsem E, Rougier P; ESMO **Guidelines Working Group. Pancreatic adenocarcinoma**; ESMO-ESDO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2012 [citado 2021 Oct 23];7(7):33-40.

10. Ardengh, J C., Coelho, N. e Osvaldt, A. B. **Câncer do pâncreas em fase inicial: é possível identificá-lo através dos instrumentos científicos e propedêuticos atualmente disponíveis?** Arquivos de Gastroenterologia [Internet]. 2008 [citado 2021 Nov 2];45(2):169-177 em: <https://doi.org/10.1590/S0004-28032008000200016>.
11. Adamska A, Domenichini A, Falasca M. **Pancreatic Ductal Adenocarcinoma: Current and Evolving Therapies**. International Journal of Molecular Sciences [Internet]. 2017 [citado 2021 Oct 26]; 18:1338.
12. Neoptolemos JP, Palmer DH, Ghaneh P, Psarelli EE, Valle JW, Halloran CM, et al. **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**. European Study Group for Pancreatic Cancer [Internet]. 2017 [citado 2021 mes dia];389(10073):1011-1024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28129987/>
13. GADELHA MIP, COSTA MR, ALMEIDA RT. **Estadiamento de Tumores Malignos - análise e sugestões a partir de dados da APAC** [online]. Revista Brasileira de Cancerologia 2005; 51(3): 193-199; [Acessado 12 Novembro 2021], Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/1945/1179>.