

Estratégias Neoadjuvantes e Reestadiamento no Adenocarcinoma de Pâncreas Borderline Ressecável: Uma Abordagem Multidisciplinar

O adenocarcinoma ductal pancreático (ADP) permanece como uma das neoplasias de maior letalidade, primariamente devido ao seu diagnóstico tardio e comportamento biológico agressivo. Dentro do espectro de doença localizada, a categoria *borderline resectable pancreatic cancer* (BRPC) representa um desafio clínico e cirúrgico único. Estes tumores, pela sua íntima relação com estruturas vasculares críticas, apresentam altas taxas de margens cirúrgicas comprometidas (R1) quando a ressecção cirúrgica é a abordagem primária.

Este post detalha a **estratégia** contemporânea de manejo, focada na **terapia neoadjuvante** e nos critérios de reestadiamento para otimizar os desfechos oncológicos.



1. Estratificação de Ressecabilidade: A Definição Atual de Borderline

Uma estratificação anatômica precisa, baseada em **tomografia computadorizada com contraste em protocolo pancreático**, é o pilar para o planejamento terapêutico. De acordo com as diretrizes mais atuais (como as do NCCN – *National*

Comprehensive Cancer Network), a classificação de BRPC é definida por contatos vasculares específicos:

▪ **Envolvimento Venoso (Veia Mesentérica Superior/Veia Porta):**

- Contato do tumor sólido com a VMS ou VP $>180^\circ$.
- Contato $\leq 180^\circ$ associado a irregularidade do contorno venoso ou trombose, desde que haja segmento vascular proximal e distal adequados que permitam uma ressecção segura e completa com reconstrução venosa.
- Contato do tumor sólido com a veia cava inferior (VCI).

▪ **Envolvimento Arterial:**

- Contato com a artéria hepática comum sem extensão ao tronco celíaco ou à bifurcação da artéria hepática, permitindo ressecção e reconstrução.
- Contato com a artéria mesentérica superior (AMS) $\leq 180^\circ$.

2. O Racional da Terapia Neoadjuvante Sistêmica

Para pacientes com BRPC, a terapia sistêmica em regime neoadjuvante (ou de indução) tornou-se o padrão-ouro.

Os objetivos são múltiplos:

1. **Tratamento de Micrometástases:** Erradicar a doença subclínica sistêmica, a principal causa de recidiva precoce.
2. **Downstaging Tumoral:** Reduzir o envolvimento tumoral nas interfaces vasculares, aumentando a probabilidade de uma

ressecção R0.

3. **Seleção Biológica:** Identificar pacientes com doença de progressão rápida durante a quimioterapia, que não se beneficiariam de uma cirurgia de grande porte.

Os regimes quimioterápicos mais utilizados são o **FOLFIRINOX** (ácido folínico, fluorouracil, irinotecano, oxaliplatina) e a combinação de **Gemcitabina com nab-paclitaxel**. A escolha é individualizada com base no *performance status* e comorbidades do paciente. **A duração do tratamento é tipicamente de 4 a 6 meses, seguida por um reestadiamento criterioso.**

Existe atualmente discussão na literatura sobre a possível indicação de terapia neoadjuvante mesmo para as lesões classificadas como ressecáveis, especialmente quando há marcadores de pior prognóstico / comportamento mais agressivo, tais como CA 19-9 elevado ou linfonodomegalias peripancreáticas.

3. Reestadiamento e Avaliação de Resposta Pós-Terapia Sistêmica

Após a conclusão da terapia de indução, a avaliação da resposta para determinar a elegibilidade para a cirurgia é um processo multimodal e complexo.

- **Avaliação Metabólica com PET/CT (^{18}F -FDG):** O PET/CT é fundamental para avaliar a resposta metabólica. Uma redução significativa ou a normalização do SUVmax (*Standardized Uptake Value*) no sítio primário e a ausência de novas lesões hipermetabólicas são fortes indicadores de resposta favorável e preditores de melhores desfechos.
- **Avaliação Bioquímica com CA 19-9:** O antígeno carboidrato 19-9 é um marcador tumoral sérico essencial. Uma queda

>50% em relação ao valor basal, ou a sua normalização, constitui uma resposta bioquímica positiva. A falha na redução ou o aumento do CA 19-9 durante a terapia neoadjuvante é um sinal de alerta para progressão de doença ou quimiorresistência.

4. A Decisão Cirúrgica: O Objetivo é a Ressecção R0

Pacientes que demonstram resposta radiológica, metabólica e bioquímica, sem evidência de doença metastática, são considerados candidatos à exploração cirúrgica. A pancreatectomia pós-terapia neoadjuvante é um procedimento tecnicamente exigente, frequentemente complicado por fibrose e desmoplasia.

A escolha da via de acesso – **aberta, laparoscópica ou robótica** – permanece um tópico de intenso debate na comunidade cirúrgica. Embora centros de alto volume demonstrem a viabilidade de abordagens robóticas para casos selecionados, não há consenso definitivo sobre a superioridade de uma via em detrimento da outra em termos de desfechos oncológicos a longo prazo para BRPC. **O objetivo primordial e inegociável é a obtenção de uma ressecção R0 com linfadenectomia adequada, independentemente da plataforma cirúrgica utilizada.** A decisão deve ser baseada na experiência do centro, na expertise da equipe cirúrgica e nas características individuais do paciente e do tumor.

Conclusão

O manejo do adenocarcinoma de pâncreas *borderline* ressecável evoluiu para um paradigma multidisciplinar complexo, onde a terapia neoadjuvante é central. A estratificação precisa, o uso de regimes quimioterápicos eficazes e uma avaliação de resposta multimodal são cruciais para selecionar os pacientes

que mais se beneficiarão da ressecção cirúrgica. O sucesso cirúrgico, definido pela margem R0, continua sendo o fator prognóstico modificável mais importante, e sua busca deve guiar a estratégia técnica, reconhecendo o debate existente sobre as diferentes vias de acesso.

Referências

1. Mokadem M, et al. *Defining and Predicting Early Recurrence in 957 Patients With Resected Pancreatic Ductal Adenocarcinoma.* **Annals of Surgery.** 2021;273(4):780-788.
2. Versteijne E, et al; Dutch Pancreatic Cancer Group. *Preoperative Chemoradiotherapy Versus Immediate Surgery for Resectable and Borderline Resectable Pancreatic Cancer (PREOPANC): A Randomized, Controlled, Multicenter Phase III Trial.* **The Lancet Oncology.** 2020;21(9):1199-1210.
3. Tsai S, et al. *Neoadjuvant FOLFIRINOX in Patients With Borderline Resectable Pancreatic Cancer: A Systematic Review and Patient-Level Meta-Analysis.* **JAMA Surgery.** 2020;155(5):422-431.

Como citar este artigo

de Meira Junior, JD. Estratégias Neoadjuvantes e Reestadiamento no Adenocarcinoma de Pâncreas Borderline Ressecável: Uma Abordagem Multidisciplinar *Gastropedia*; 2025 Vol 2. Disponível em: <https://gastropedia.pub/pt/gastroenterologia/estrategias-neoadjuvantes-e-reestadiamento-no-adenocarcinoma-de-pancreas-borderline-ressecavel-uma-abordagem-multidisciplinar/>