

Relato de caso • *Case report*

Rápido desenvolvimento de metástases hepáticas em paciente com adenocarcinoma de pâncreas

Rapid development of liver metastases in patient with pancreatic adenocarcinoma

ENIO CAMPOS AMICO¹, JOSÉ JORGE MACIEL NETO², SULENE CUNHA SOUZA³, JOSÉ ROBERTO ALVES⁴

¹Doutor em ciências; professor de medicina do Departamento de Medicina Integrada da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, médico-cirurgião do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e médico-cirurgião da Liga Norte Rio-grandense Contra o Câncer.

²Médico radiologista do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

³Médica oncologista da Liga Norte Rio-grandense Contra o Câncer.

⁴Doutor em ciências; professor de medicina do Departamento de Medicina Integrada da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, médico-cirurgião da Liga Norte Rio-grandense Contra o Câncer.

Resumo

O adenocarcinoma pancreático é um câncer com desenvolvimento agressivo, e pouco se sabe a respeito da velocidade do desenvolvimento de metástases hepáticas. É apresentado o caso de um paciente portador de adenocarcinoma pancreático que não aceitou a proposta de tratamento cirúrgico e desenvolveu rapidamente metástases hepáticas no seguimento com exame de imagem. O relato sugere a necessidade imperiosa de tratamento sistêmico efetivo para a doença; do contrário, mesmo os pacientes com adenocarcinoma pancreático sem aparentes metástases apresentarão prognóstico sombrio, ainda que submetidos à ressecção cirúrgica.

Palavras-chave: neoplasias pancreáticas, metástase neoplásica, adenocarcinoma.

Abstract

The pancreatic adenocarcinoma is a cancer with aggressive development and little is known about the speed of the development of liver's metastases in these patients. Is presented a case of a patient with pancreatic adenocarcinoma who did not accept the surgical treatment proposed and evolved rapidly to liver metastases during the follow-up with medical imaging procedure. The report suggests the urgent need for the development of effective systemic treatment for the disease, otherwise, even patients with pancreatic adenocarcinoma without apparent metastases will have dismal prognosis even when undergone surgical resection.

Keywords: pancreatic neoplasms, neoplasm metastasis, adenocarcinoma.

Recebido: 21/06/2013

Aprovado: 14/04/2013

Estudo realizado no serviço de cancerologia clínica e cirúrgica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC), em Curitiba, Paraná.

Correspondência para: Karine Sampaio Lima – Rua Cristina, 1.163/302, Santo Antônio, CEP: 30330-228, Belo Horizonte/MG, Brasil. Tel.: + 55 (31) 8705-9744.
E-mail: ecamic@uol.com.br

Conflitos de Interesse: não existem

Fontes de Financiamento: Sem fontes de financiamento

Introdução

Embora represente apenas 2% dos casos de neoplasias malignas diagnosticadas no Brasil, o câncer de pâncreas está associado à alta letalidade. Em 2010, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (Inca), 7.440 pacientes morreram dessa doença.¹

O desenvolvimento de metástases hepáticas ocorre frequente e precocemente no curso do câncer pancreático, mesmo nos pacientes submetidos à cirurgia curativa. O ritmo do desenvolvimento das metástases estabelecidas no fígado sofre interferência pelo efeito da quimioterapia indicada, tão logo o diagnóstico seja feito.² Dessa forma, existem poucos dados sobre a evolução natural das metástases hepáticas nos pacientes portadores de adenocarcinoma de pâncreas (AP).

É apresentado o caso de um paciente em que a evolução natural das metástases pôde ser observada em virtude da recusa ao tratamento.

Relato de caso

Paciente masculino, 51 anos, branco, com quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito, associada à perda ponderal de 25% do peso corpóreo habitual há um ano. Tabagista ativo há 20 anos (20 cigarros/dia).

Realizou exame de ressonância nuclear magnética, que revelou massa sólida de 3 cm em cauda pancreática, além de fígado sem lesões metastáticas aparentes (Figura 1A).

Tratamento cirúrgico foi indicado por provável câncer de pâncreas. Paciente recusou o tratamento, apesar de ter sido adequadamente explicado sobre o possível diagnóstico.

Após três meses, com a piora do quadro clínico, o paciente novamente procurou assistência médica. Foram realizadas dosagem de marcadores tumorais (CA 19.9 = 19.830 U/mL e CEA = 129,9 ng/mL) e tomografia computadorizada de abdome. Esta evidenciou lesão expansiva com 4,4 x 3,5 cm na topografia de cauda e corpo de pâncreas, associada a múltiplas lesões hepáticas com tamanho variando entre 1 e 4 cm (Figura 1B).

Foi realizada laparoscopia diagnóstica que revelou múltiplos nódulos hepáticos, os quais foram biopsiados. O resultado do exame anatomopatológico com imuno-histoquímica de fragmento de nódulo hepático mostrou adenocarcinoma pouco diferenciado de origem pancreática.

Discussão

O adenocarcinoma de pâncreas é uma doença extremamente agressiva associada a baixos índices de

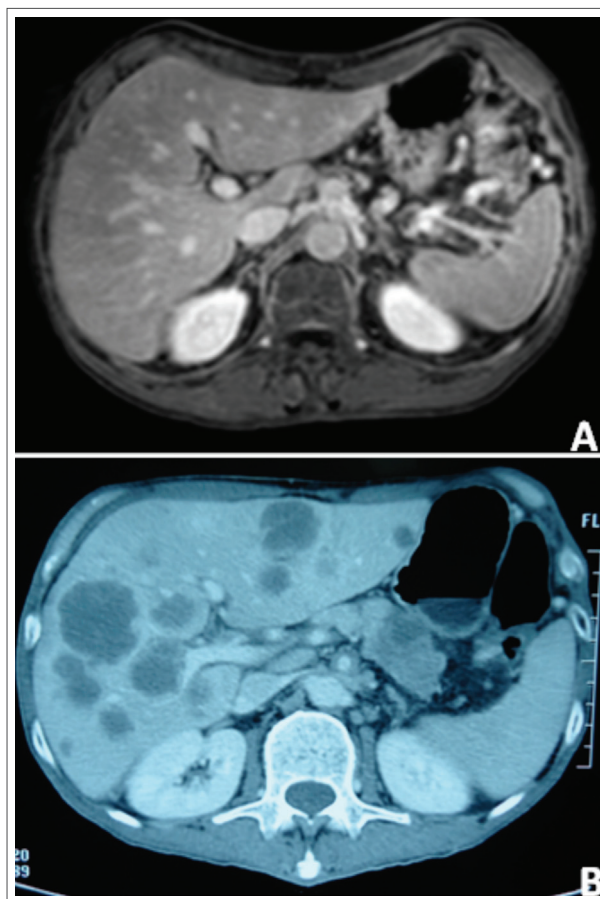


Figura 1. A. Ressonância nuclear magnética na sequência axial T1 SE (com gadolínio) com ausência de metástases hepáticas. B. Tomografia computadorizada de abdome (fase portal) de controle após três meses e quatro dias, evidenciando múltiplos nódulos hepáticos, sendo o maior de 4 cm.

cure.² No momento do diagnóstico, a maioria dos pacientes apresenta doença localmente avançada ou metastática.² Mesmo quando a ressecção é realizada, a maioria dos pacientes apresenta recorrência local ou no fígado ainda no primeiro ano de pós-operatório.² Esse comportamento agressivo do tumor, associado à relativa resistência à quimioterapia e à radioterapia disponíveis, transforma-o em um particular desafio na área de oncologia.²

O veloz crescimento do tumor primário e o rápido desenvolvimento de metástases podem ser verificados nos pacientes portadores de AP. Furukawa et al., acompanhando nove pacientes com lesões primárias pancreáticas, observaram que o tempo de duplicação do volume tumoral médio (TDVT) foi de 159 ± 67 dias (média de 144 dias). Esses auto-

res apuraram que ele esteve mais relacionado à sobrevida que ao próprio tamanho inicial da lesão.³

Existem poucas publicações que avaliaram a história natural das metástases hepáticas nos pacientes portadores de AP, uma vez que a quimioterapia paliativa é indicada para essas situações, estando associada a aumento de sobrevida. Em um dos poucos trabalhos disponíveis na literatura, Amikura et al. relataram que o tempo de duplicação das metástases hepáticas em seis pacientes analisados variou de 27 a 318 dias.⁴ A partir disso, concluíram que metástases hepáticas ocultas já existiam no momento da pancreatectomia, embora possuíssem tamanho muito pequeno para serem detectadas por exames complementares de imagem.⁴ Sugeriram, também, que não é possível melhorar as taxas de sobrevida em adenocarcinoma de pâncreas apenas com tratamento cirúrgico, sendo preciso complementar o manejo cirúrgico com terapias adjuvantes efetivas para prevenir metástases.⁴

O fato de o paciente em questão ter recusado o tratamento possibilitou observar a velocidade de desenvolvimento e crescimento das metástases hepáticas. Com intervalo de apenas três meses e quatro dias da ressonância nuclear magnética em relação à tomografia computadorizada, foi possível registrar nesse último exame nódulos hepáticos entre 1 e 4 cm de diâmetro. Ao admitir que já houvesse implantes hepáticos no momento da apresentação clínica e inferindo um tamanho inicial para essas metástases de até 5 mm, esse ponto de corte estaria abaixo da possibilidade de diagnóstico por meio da ressonância nuclear magnética. Calculou-se que o TDVT, entre os vários nódulos observados na tomografia, variou de 28 a 84 dias. Esse tem-

po foi menor que a média do TDVT observada por Barbara et al.⁵ para o hepatocarcinoma (204,2 dias) e por Finlay et al.⁶ para a metástase hepática colorretal (155 +/- 34 dias para as metástases detectáveis e 86 +/- 12 para as metástases ocultas).

Conclusão

Acredita-se que o AP seja uma das neoplasias malignas mais agressivas e com rápida capacidade de gerar metástases a distância. Urge que se disponha de tratamento sistêmico efetivo para o controle da doença; do contrário, mesmo os pacientes submetidos à ressecção cirúrgica terão poucas chances de cura.

Referências

1. Instituto Nacional do Câncer. Inca. Pâncreas. URL: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pancreas>.
2. Sperti C, Pasquali C, Bissoli S, et al. Tumor relapse after pancreatic cancer resection is detected earlier by 18-FDG PET than by CT. *J Gastrointest Surg.* 2010; 14(1):131-40.
3. Furukawa H, Iwata R, Moriyama N. Growth rate of pancreatic adenocarcinoma: initial clinical experience. *Pancreas.* 2001; 22:366-369.
4. Amikura K, Kobari M, Matsuno S. The time of occurrence of liver metastasis in carcinoma of the pancreas. *Int J Pancreato.* 1995; 17:139-146.
5. Barbara L, Benzi G, Gaiani S, et al. Natural history of small untreated hepatocellular carcinoma in cirrhosis: a multivariate analysis of prognostic factors of tumor growth rate and patient survival. *Hepatology.* 1992; 16(1):132-137.
6. Finlay IG, Meek D, Brunton F, et al. Growth rate of hepatic metastases in colorectal carcinoma. *Br J Surg.* 1988; 75(7):641-644.