



Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.414 - PÁGINA 1 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE PÂNCREAS	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
OBJETIVOS.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	2
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	3
ORIENTAÇÕES PARA ESTADIAMENTO	3
TRATAMENTO	6
MONITORAMENTO	10
CONFLITOS DE INTERESSE.....	10
REFERÊNCIAS.....	10
SIGLAS	11
HISTÓRICO DE REVISÃO	11

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.414 - PÁGINA 2 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE PÂNCREAS	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

INTRODUÇÃO

O câncer de pâncreas ocupa a 14ª posição entre os tipos de câncer mais frequentes no Brasil, sem considerar os cânceres de pele não melanoma. Para cada ano do triênio de 2023 a 2025, a estimativa de casos novos de câncer de pâncreas no Brasil, é de 10.980 casos, correspondendo ao risco estimado de 5,07 casos por 100 mil habitantes, sendo 5.290 em homens e 5.690 em mulheres.

Nos Estados Unidos, para o ano de 2025, foram estimados 67.440 casos novos e 51.980 mortes por câncer de pâncreas.

Entre os fatores de risco para o câncer de pâncreas apresentam-se: história familiar de câncer de pâncreas, idade avançada, tabagismo, etilismo, obesidade, pancreatite crônica e certas desordens genéticas (associadas aos genes BRCA1, BRCA2, PALB2 e ATM).

Em estágios precoces, o câncer de pâncreas pode não apresentar sintomas. Os sintomas dependem do local do tumor no pâncreas e do envolvimento de estruturas à medida em que o tumor se expande, podendo incluir: icterícia, fezes claras e urina escura, dor abdominal e em dorso, perda de peso não intencional, perda de apetite e fadiga.

O câncer de pâncreas exócrino raramente é curável. Em pacientes com doença restrita ao pâncreas, com tumores menores que 2 cm, sem comprometimento capsular e linfonodal, a ressecção cirúrgica completa está associada a uma sobrevida em 5 anos de 18 a 24%. Por estar associado a alta morbidade e mortalidade, as decisões relacionadas ao tratamento são complexas e incluem a necessidade de quimioterapia adjuvante mesmo em doença inicial ressecada.

OBJETIVOS

Estabelecer diretrizes para estadiamento, tratamento e seguimento de pacientes com neoplasias malignas do pâncreas exócrino.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

- Diagnóstico histológico de neoplasia maligna do pâncreas, em acompanhamento ou tratamento no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/Ebserh).
- Idade acima de 18 anos.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.414 - PÁGINA 3 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE PÂNCREAS	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

MÉDICO	<ul style="list-style-type: none"> – Realização de consulta médica, – Preenchimento de Laudo de emissão de procedimentos de alta complexidade (APAC), – Realização de prescrição médica, – Solicitação de exames complementares.
ENFERMEIRO	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliação de prescrição médica (dupla checagem), – Assistência de pacientes em infusão, – Realização de primeira consulta em enfermagem.
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> – Prestar assistência ao paciente no pré, durante e pós infusão, – Preparo de medicações utilizadas na pré-quimioterapia.
FARMACÊUTICO	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliação de prescrição médica (dupla checagem), – Preparo de medicações.

ORIENTAÇÕES PARA ESTADIAMENTO

ESTADIAMENTO CLÍNICO

- História clínica e exame físico completos, com atenção especial a icterícia, hepatomegalia e a presença de sinais de implantes em linfonodos à distância e ao risco de fenômenos tromboembólicos.
- Definição de funcionalidade (KPS, ECOG).

EXAMES LABORATORIAIS

- Hemograma, perfil e função hepática, função renal, ionograma, glicemia, sorologias virais.
- Não existe um marcador tumoral específico para câncer de pâncreas. O CA19.9 apresenta baixa especificidade, mas a maior parte dos pacientes com câncer de pâncreas apresenta níveis de CA19.9 elevados ao diagnóstico e a elevação dos seus níveis durante ou após o tratamento podem indicar progressão de doença, mas a persistência de níveis normais não exclui progressão de doença. Pacientes negativos para o antígeno Lewis a ou b são incapazes de sintetizar CA 19-9 mesmo em estágio avançado da doença.

AValiação POR EXAMES DE IMAGEM

- Tomografia de tórax (TC), abdome e pelve.
- Ressonância magnética (RM) abdome em casos selecionados.
- Videolaparoscopia em casos selecionados.
- Ecoendoscopia com biópsia e colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.414 - PÁGINA 4 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE PÂNCREAS	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

CLASSIFICAÇÃO CELULAR DOS TUMORES PANCREÁTICO

Maligno

- Carcinoma de células ductais (90% dos casos).
- Carcinoma de células acinares.
- Carcinoma adenoescamoso.
- Cistadenocarcinoma (tipos seroso e mucinoso).
- Carcinoma de células gigantes.
- Adenocarcinoma invasivo associado a neoplasia mucinosa cística ou neoplasia mucinosa papilar intraductal.
- Tipo misto (ductal-endócrino ou acinar-endócrino).
- Carcinoma mucinoso.
- Pancreatoblastoma.
- Neoplasia papilar-cística (tumor de Frantz). Este tumor tem menor potencial maligno e pode ser curado apenas com cirurgia.
- Carcinoma mucinoso papilar.
- Carcinoma em anel de sinete.
- Carcinoma de pequenas células.
- Carcinoma indiferenciado.

Borderline

- Tumor mucinoso papilar intraductal com displasia.
- Tumor cístico mucinoso com displasia.
- Tumor sólido pseudopapilar.

ESTADIAMENTO TNM (AJCC,2017)

TX tumor primário não avaliável

T0 sem evidência de lesão primária

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.414 - PÁGINA 5 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE PÂNCREAS	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

Tis carcinoma *in situ*, inclusive PanIn III (*pancreatic intraepithelial neoplasia*), neoplasia mucinosa papilar intraductal com displasia de alto grau, neoplasia tubulopapilar intraductal com displasia de alto grau e neoplasia mucinosa cística com displasia de alto grau

T1 tumor limitado ao pâncreas e ≤ 2 cm, subdividido em

T1a Tumor $\leq 0,5$ cm

T1b tumor $> 0,5$ e < 1 cm

T1c tumor ≥ 1 e ≤ 2 cm

T2 >2 cm e ≤ 4 cm

T3 tumor > 4 cm

T4 tumor invade o tronco do plexo celíaco, artéria mesentérica superior ou artéria hepática comum, independentemente do tamanho.

NX linfonodos regionais não avaliáveis

N0 sem metástases em linfonodos regionais

N1 metástases em 1-3 linfonodos regionais

N2 metástases em ≥ 4 linfonodos regionais

MX metástase à distância não avaliável

M0 sem metástase à distância

M1 com metástase à distância

Estadio 0 TisN0M0

Estadio IA T1N0M0

Estadio IB T2N0M0

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.414 - PÁGINA 6 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE PÂNCREAS	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

Estadio IIA T3N0M0

Estadio IIB T1-3N1M0

Estadio III T1-T3N2M0 ou T4qqNM0

Estadio IV qqTqqNM1

TRATAMENTO

A determinação da ressecabilidade do câncer de pâncreas é baseada principalmente em critérios anatômicos, avaliados por tomografia computadorizada, e envolve o grau de envolvimento tumoral dos principais vasos abdominais (artéria mesentérica superior, veia mesentérica superior, veia porta, artéria hepática comum e tronco celíaco).

Os critérios mais utilizados internacionalmente classificam os tumores em três categorias: ressecável, borderline ressecável e irressecável/localmente avançado.

RESSECÁVEL

Não há envolvimento tumoral dos vasos principais, ou seja, existe um plano de gordura preservado entre o tumor e as estruturas vasculares, sem contato, deformidade ou estreitamento do lúmen vascular. Não há evidência de metástase à distância. A ressecção com margem negativa (R0) é altamente provável.

BORDELINE RESSECÁVEL

Há contato limitado com vasos, mas sem invasão que impeça a ressecção e reconstrução vascular.

- Contato $\leq 180^\circ$ com a veia mesentérica superior ou veia porta, com possibilidade técnica de ressecção e reconstrução vascular.
- Contato $\leq 180^\circ$ com a artéria mesentérica superior ou artéria hepática comum, sem deformidade ou estenose significativa.
- Envolvimento do tronco celíaco limitado, sem impedir ressecção.

Além dos critérios anatômicos, o consenso internacional também considera fatores biológicos, por exemplo, níveis elevados de CA 19-9 (> 500) sugerindo doença sistêmica oculta e fatores condicionais (performance status, comorbidades) para definir borderline ressecável. Tumores borderline frequentemente requerem tratamento neoadjuvante para aumentar a chance de ressecção R0.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.414 - PÁGINA 7 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE PÂNCREAS	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

IRRESSECÁVEL/ LOCALMENTE AVANÇADO

Há invasão extensa dos vasos principais, impossibilitando ressecção e reconstrução segura, como:

- Envolvimento >180° da artéria mesentérica superior, artéria hepática comum ou tronco celíaco.
- Oclusão venosa extensa sem possibilidade de reconstrução.
- Invasão combinada arterial e venosa não reconstruível (exemplo: classificação Louisville tipo IIIc2-4).
- Presença de metástases à distância.

TIPOS DE TRATAMENTO

- Ressecção cirúrgica.
- Quimioterapia (QT) neoadjuvante (doença borderline ressecável).
- QT adjuvante.
- QT paliativa.
- Radioterapia (RT).
- Acompanhamento em cuidados paliativos.

A opção de tratamento prevista na **Tabela de Procedimentos do SUS** é restrita ao cenário paliativo.
Paliativo APAC 03.04.02.005-2 - QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PÂNCREAS AVANÇADO

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.414 - PÁGINA 8 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE PÂNCREAS	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

ESQUEMAS DE QUIMIOTERAPIA

Esquema	Drogas	Periodicidade
Folfirinox modificado	- Oxaliplatina 85mg/m ² EV D1 - Irinotecano 150mg/m ² EV D1 - Leucovorin 400mg/m ² EV D1 - Fluorouracil 2400mg/m ² EV D1 BIC 46 horas	A cada 2 semanas
Gencitabina + Capecitabina	- Gencitabina 1000mg/m ² EV D1, D8, D15 - Capecitabina 830mg/m ² VO 12/12horas D1-D21	A cada 4 semanas
Folfox	- Leucovorin 400mg/m ² EV D1 - Oxaliplatina 85mg/m ² EV D1 - Fluorouracil 2400mg/m ² EV D1 BIC 46 horas	A cada 2 semanas
FLOX Nórdico	- Oxaliplatina: 85mg/m ² IV em 2 horas D1 5- - Fluorouracil: 500mg/m ² IV pulso D1 e D2 - Leucovorin: 60mg/m ² IV pulso D1 e D2	A cada 2 semanas
5FU/LV	- Leucovorin 400mg/m ² EV D1 - Fluorouracil 400mg/m ² EV D1 Bolus - Fluorouracil 2400mg/m ² EV D1 BIC 46 horas	A cada 2 semanas
Gencitabina	- Gencitabina 1000mg/m ² EV D1, D8, D15	A cada 4 semanas
Folfiri	- Irinotecano 150mg/m ² EV D1 - Leucovorin 400mg/m ² EV D1 - Fluorouracil 400mg/m ² EV D1 Bolus - Fluorouracil 2400mg/m ² EV D1 BIC 46 horas	A cada 2 semanas

QT/RT com capecitabina 1.600 mg/m²/dia VO, em duas tomadas, de segunda a sexta-feira, durante a RT pode ser indicada em casos selecionados.

REAÇÕES ADVERSAS COMUNS (FREQUÊNCIA > 10%)

Oxaliplatina

- Anemia, neutropenia, trombocitopenia, urticária, anorexia, náuseas/vômitos, diarreia, dor abdominal, elevação de transaminases e fosfatase alcalina, febre.
- A neuropatia sensorial periférica com uso da oxaliplatina é cumulativo, dose-dependente e geralmente reversível poucos meses depois interrupção do tratamento. A incidência de neuropatia de grau 2 é de 10% depois de 3 ciclos de tratamento e 50% depois de 10 ciclos. Neuropatia grau 3 ocorre em 10% após 9 ciclos e 50% após 14 ciclos, é reversível em 74% dos casos, e começa a se recuperar depois de 13 semanas.
- Potencial Emetogênico: moderado.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.414 - PÁGINA 9 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE PÂNCREAS	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

Irinotecano

- Anemia, leucopenia, neutropenia, edema, calafrios, fadiga, febre, sudorese, perda de peso, alopecia, rubor, exantema, distensão abdominal, anorexia, constipação, desidratação, diarreia, dispepsia, flatulência, náuseas, salivação, estomatite, vômitos, aumento de fosfatase alcalina, aumento de AST, tonturas, insônia, dor abdominal ou cólicas, tosse, dispneia.
- Potencial Emetogênico: moderado.

Fluorouracil

- Alopecia, dermatite, hiperpigmentação do trajeto venoso, diarreia, mucosite, estomatite, dermatite, anorexia.
- Potencial Emetogênico: baixo.

Gencitabina

- Neutropenia, anemia, trombocitopenia, alopecia, rash, náuseas/vômitos, ulceração e necrose do cólon, hematúria, proteinúria, alteração de transaminases, alteração da bilirrubina.
- Potencial Emetogênico: baixo.

Capecitabina

- Insuficiência renal: O ajuste de dose no comprometimento renal deve considerar o clearance de creatinina:
 - Clcr 51 - 80mL/min: nenhum ajuste da dose inicial é necessário.
 - Clcr 30 - 50mL/min: administrar 75% da dose usual.
 - Clcr menor que 30mL/min: o uso do medicamento é contraindicado.

SEGUIMENTO

- Exame físico, exames laboratoriais (CA19.9 nos pacientes com elevação do marcador), TC abdome a cada 3-6 meses por 2 anos após a cirurgia, depois a cada 6-12 meses do terceiro ao quinto ano.
- Após o quinto ano, individualizar o acompanhamento.
- Hemograma, função renal, função hepática.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.414 - PÁGINA 10 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE PÂNCREAS	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

MONITORAMENTO

Número de pacientes admitidos para tratamento de câncer de pâncreas por ano.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

- BURRIS, H. A. 3rd *et al.* Improvements in survival and clinical benefit with gemcitabine as first-line therapy for patients with advanced pancreas cancer: a randomized trial. *Journal of Clinical Oncology*, v. 15, n. 6, p. 2403–2413, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.1997.15.6.2403>.
- CONROY, T. *et al.* FOLFIRINOX or gemcitabine as adjuvant therapy for pancreatic cancer. *The New England Journal of Medicine*, v. 379, n. 25, p. 2395–2406, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1809775>.
- CONROY, T. *et al.* FOLFIRINOX versus gemcitabine for metastatic pancreatic cancer. *The New England Journal of Medicine*, v. 364, n. 19, p. 1817–1825, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1011923>.
- CUNNINGHAM, D. *et al.* Phase III randomized comparison of gemcitabine versus gemcitabine plus capecitabine in patients with advanced pancreatic cancer. *Journal of Clinical Oncology*, v. 27, n. 33, p. 5513–5518, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.24.2446>.
- HOSPITAL SIRIO LIBANÊS. *Guia farmacêutico*. 2022. Disponível em: <https://guiafarmacautico.hsl.org.br>. Acesso em: 18 jul. 2025.
<https://guiafarmacautico.hsl.org.br/oxaliplatina>
<https://guiafarmacautico.hsl.org.br/irinotecano>
<https://guiafarmacautico.hsl.org.br/fluoruracila>
<https://guiafarmacautico.hsl.org.br/gencitabina-cloridrato>
<https://guiafarmacautico.hsl.org.br/capecitabina>
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Síntese de resultados e comentários – Estimativa de incidência de câncer no Brasil*. Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios>. Acesso em: 18 jul. 2025.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI). *Pancreatic cancer treatment (PDQ®) –Health professional version*. National Cancer Institute, 2025. Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/pancreatic/hp/pancreatic-treatment-pdq>. Acesso em: 18 jul. 2025.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.414 - PÁGINA 11 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE PÂNCREAS	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

NEUZILLET, Cindy et al. *FOLFIRI regimen in metastatic pancreatic adenocarcinoma resistant to gemcitabine and platinum-salts*. *World Journal of Gastroenterology*, [S.l.], v. 18, n. 33, p. 4533–4541, 7 set. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3435778/>. Acesso em: 18 ago. 2025.

PALMER, D. H. *et al.* Pancreatic adenocarcinoma: long-term outcomes of adjuvant therapy in the ESPAC-4 phase III trial. *Journal of Clinical Oncology*, v. 43, n. 10, p. 1240-1253, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.24.01118>. Acesso em: 18 ago. 2025.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®): Pancreatic Adenocarcinoma. Version 2.2025. Fort Washington: NCCN, 2025.

SIGLAS

QT	Quimioterapia
RM	Ressonância Magnética
RT	Radioterapia
TC	Tomografia Computadorizada

HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da alteração
01	13/01/2026	Elaboração do documento.

Elaboração/Revisão	Thaís de Melo Passarini e Ellen Brandão Leite Faria - médicas - Oncologia
Avaliação	Séphora Fonseca Franco - médica - Clínica Médica
Responsável Técnico	Ellen Brandão Leite Faria - médica - Oncologia
Aprovação	Vandack Alencar Nobre Júnior - gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico