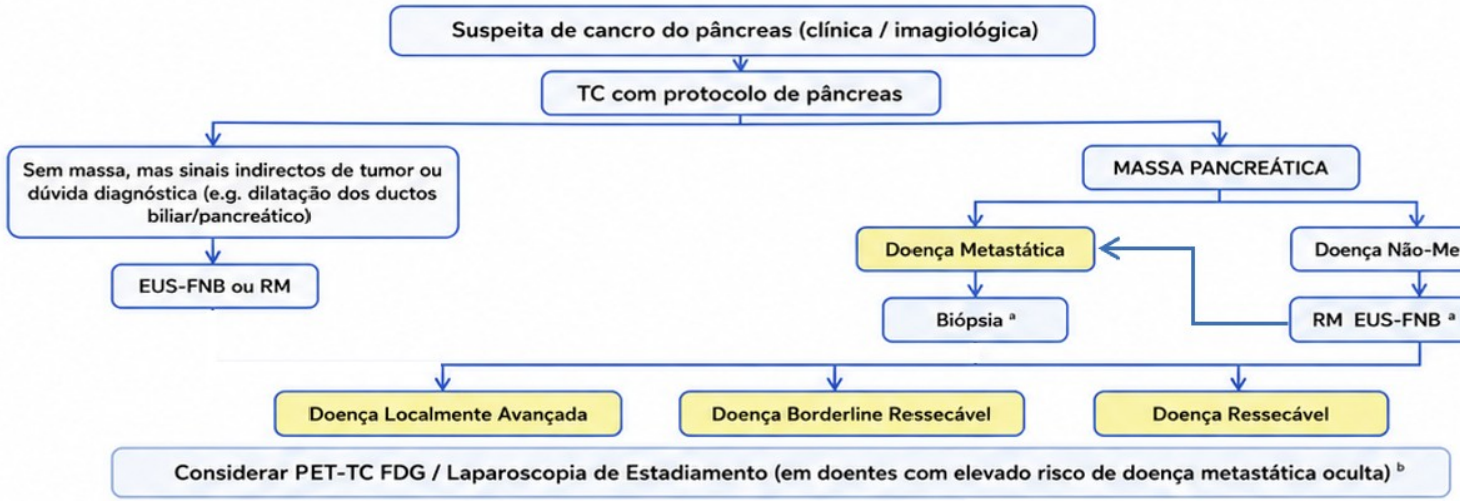
Clube Português do Pâncreas

Diagnóstico e Estadiamento do Cancro do Pâncreas

Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia



Abreviaturas: TC, Tomografia Computorizada; EUS-FNB, Ecoendoscopia/biopsia guiada por ecoendoscopia; RM, Ressonância Magnética; PET-TC FDG, Tomografia por emissão de positrões com fluorodesoxiglicose

Mensagens-chave

- A TC com protocolo de pâncreas (que inclui necessariamente a administração de contraste endovenoso; protocolo de aquisição com fase arterial tardia e fase venosa portal; e cortes axiais finos, com reformatações multiplanares e MIP), é a ferramenta de primeira linha para o diagnóstico e o estadiamento do tumor, incluindo para avaliação da ressecabilidade vascular (Vd. quadro em anexo: Classificação NCCN). Não é necessário realizar qualquer outro exame de imagem no cancro pancreático metastático, sendo mandatória a realização de uma biópsia antes do início de quimioterapia (FNB guiada por ecoendoscopia ou biópsia percutânea guiada por imagem de metástases hepáticas, se estas forem facilmente acessíveis por essa via).
- No cancro pancreático não metastático, após a avaliação inicial por TC, tanto a RM como a ecoendoscopia acrescentam dados importantes no estadiamento, com o objectivo de categorizar o tumor como ressecável, borderline ressecável, localmente avançado ou metastático. A TC torácica deve ser sempre considerada para o despiste de metástases pulmonares. A RM permite detectar metástases hepáticas em 10% dos doentes cujo cancro pancreático é classificado como "localizado" com base nos resultados isolados da TC. Para além do papel central da ecoendoscopia na realização da biopsia tumoral (para caracterização imuno-histoquímica e molecular), o seu beneficio adicional no estadiamento deve-se principalmente: a) à definição do envolvimento da veia porta/confluência esplenoportal, sendo particularmente relevante em tumores pequenos e isodensos em TC; b) no estadiamento ganglionar locorregional; c) na identificação de ascite, frequentemente associada a carcinomatose peritoneal oculta, podendo justificar a realização de laparoscopia de estadiamento.

Classificação NCCN da ressecabilidade vascular[1]

NCCN - Critérios de Ressecabilidade Vascular[1]		
Ressecável	Artérias	Ausência de contacto
	Veias	Ausência de contacto / ou contacto <180°, sem deformidade (abutment)
Borderline	Artérias	*Abutment* da AMS ou do TC
	Artérias	Qualquer envolvimento da AHC sem extensão à bifurcação e com TC preservado
	Veias	*Encasement* / deformidade reparável cirurgicamente; contacto com a veia cava inferior
Localmente avançado	Artérias	*Encasement* da AMS ou do TC; envolvimento extenso da AHC
	Veias	*Encasement* irreparável cirurgicamente

1. M.A. Tempero, et al, NCCN Guidelines Version 2.2025 Pancreatic Adenocarcinoma, (2025)

Artérias: tronco celíaco (TC), artéria hepática comum (AHC), artéria mesentérica superior (AMS)
Veias: Veia mesentérica superior (VMS), veia porta (VP)

"Abutment": Contacto <180°, sem deformidade *"Encasement": Envolvimento ≥180°*

a. Recomenda-se a biópsia com agulha de FNB do tipo end-cutting needle, para a obtenção de um core de tecido tumoral, adequado para estudos ancilares (avaliação imuno-histoquímica e perfil molecular). A determinação do perfil molecular do tumor é recomendada em todos os doentes com indicação para quimioterapia.

b. A tomografia por emissão de positrões (PET-TC com FDG) e a laparoscopia de estadiamento podem ser consideradas em doentes de alto risco de doença avançada, para a detecção de metástases extrapancreáticas (especialmente nos tumores borderline ressecáveis e localmente avançados, mas também em casos de doença potencialmente ressecável). As características de alto risco incluem tumores primários de grandes dimensões (> 4 cm), a presença de gânglios linfáticos regionais suspeitos, CA 19.9 muito elevado (> 1000 UI/mL), perda de peso significativa ou dor intensa.

Autores: Miguel Bispo, Bruno Peixe, Pedro Marcos, Tiago Cúrdia Gonçalves, Alexandra Fernandes

Versão 1.0 – Maio de 2026