

CÂNCER DE ESÔFAGO E DESNUTRIÇÃO: ESTUDO DE CASO

Cassiele Carolina Feil¹, Simone Morelo Dal Bosco²

Resumo: O câncer de esôfago é uma neoplasia altamente agressiva, sendo considerada a sexta causa de morte por câncer no mundo. Este artigo objetiva descrever o caso de um idoso que internou no hospital para realizar quimioterapia e radioterapia após cirurgia de câncer de esôfago. O paciente que faz parte do estudo é do sexo masculino, 79 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma semiobstrutivo do esôfago no terço médio aos 28 cm da arcada dentária, ex-tabagista, com desnutrição ocasionada pela disfagia. Verificou-se que o tratamento deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, devendo o nutricionista adequar a alimentação do paciente às complicações causadas pela disfagia, evitando maiores perdas de peso e alterações metabólicas.

Palavras-chave: Desnutrição. Disfagia. Oncologia.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de esôfago é uma neoplasia altamente agressiva, sendo considerada a sexta causa de morte por câncer no mundo. Manifestações clínicas frequentes durante a evolução da doença foram: disfagia, odinofagia e dor retroesternal, além de importante perda de peso. O câncer de esôfago é um tumor altamente agressivo e os pacientes com esse tipo de neoplasia apresentam um prognóstico altamente reservado (MONTEIRO et al., 2009).

Existe uma íntima correlação entre alcoolismo e tabagismo nos pacientes portadores dessa neoplasia (QUEIROGA; PERNAMBUCO, 2006). Os fatores de risco relacionados ao carcinoma de células escamosas são: idade, história familiar e fatores extrínsecos, como álcool, fumo (fumado, mascado ou aspirado), infecções orais por fungos, agentes infecciosos (por exemplo, *Human Papiloma Virus* - HPV), deficiência de riboflavina, excesso do uso de vitamina A, contaminação de produtos alimentícios por micotoxinas fumonisinas e ingestão excessiva, em temperaturas elevadas, de erva-mate muito comum no Sul do Brasil, na Argentina e no Uruguai (INCA, 2011).

No Brasil, em 2014, estima-se que surgiram 8.010 casos novos de câncer de esôfago em homens e 2.770 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 8,18 casos novos a cada 100 mil homens e 2,70 a cada 100 mil mulheres. O câncer de esôfago afeta mais de 450 mil pessoas no mundo a cada ano (INCA, 2011). De acordo com Queiroga e Pernambuco (2006), o câncer de esôfago é classificado, segundo a histologia, em carcinoma epidermoide (ou escamoso) e adenocarcinoma. Esse tumor acomete principalmente o terço médio e o inferior (mais de 80% dos casos) do esôfago.

Para Monteiro (2009), é preciso que haja diagnóstico precoce em pacientes que apresentem fatores de risco e manifestações clínicas associados a esse tumor para assim tomar as melhores medidas terapêuticas. O carcinoma esofágico tem início insidioso e produz disfagia e obstrução

1 Acadêmica de Nutrição da Univates, Lajeado-RS.

2 Doutora em Ciências da Saúde e professora do curso de Nutrição da Univates - RS.

progressiva e tardia. Os pacientes ajustam, em nível subconsciente, à sua maior dificuldade de deglutição, alterando progressivamente sua dieta de alimentos sólidos para líquidos. Infelizmente, a maioria dos pacientes com carcinoma de esôfago já chega ao cirurgião apresentando invasão tumoral local ou metástase em outros órgãos, que já não é mais passível de tratamento curativo (QUEIROGA; PERAMBUCO, 2006). Segundo o Instituto Nacional de Câncer, existem fatores de proteção que estão associados à diminuição do risco de ambos os tipos de câncer de esôfago, como o uso de aspirina e de outros anti-inflamatórios não esteroidais, assim como a alta ingestão de frutas frescas e vegetais, especialmente se consumidos crus, e de antioxidantes (INCA, 2011).

2 RELATO DO CASO

O Paciente analisado nos estudos é do sexo masculino, 79 anos, residente em uma cidade do Vale do Taquari, Rio Grande do Sul, ex-tabagista e aposentado. Ele apresenta adenocarcinoma semi-obstrutivo do esôfago localizado no terço médio aos 28 cm da ADS, está em tratamento de câncer de esôfago e usa sonda nasoenteral, mas encontra-se desnutrido e assintomático. Deu entrada no hospital da cidade de Lajeado para iniciar tratamento oncológico. O paciente não tem história de alergias ou intolerâncias alimentares. Realizou somente exames laboratoriais nos quais verificou-se que se encontram diminuídos os níveis de hemácias, com índice de 3,9 milhões/m², hemoglobina á 9,6g/dL, hematócrito de 30,9%, Volume corpuscular médio (VCM) 79 um, Hemoglobina corpuscular média (HCM) 25 pg, Concentração de Hemoglobina Corpuscular Média (CHCM) 31 g/dL, leucócitos 2400, segmentados 1344, linfócitos 360 e saturação da transferrina 6%. Encontraram-se em níveis normais albumina 4,1 g/Ll, glicose 91 mg/dL, uréia 36 mg/dL e creatina 1,0 mg/dL.

Acompanhantes referiram que o paciente estava muito fraco e muito sonolento devido aos medicamentos ingeridos. Observou-se que o paciente estava no leito, com uso de sonda nasointestinal, ingerindo poucos alimentos por via oral, em sua maioria líquidos, apresentava-se sonolento, pouco comunicativo e constipado. Para amenizar a desnutrição, supriu-se 100% do gasto energético pelo uso de sonda. Embora o paciente estivesse ingerindo muito alimento, seu quadro de perda de peso estava se agravando.

Seu Índice de Massa Corporal (IMC) estava classificado como desnutrição, segundo a NRS 2002 (classificação de risco nutricional) o escore >3, sendo reavaliado semanalmente e a Avaliação Subjetiva Global-Produzida pelo paciente estágio B apresentava o paciente moderadamente desnutrido ou em risco de desnutrição.

Conforme exames físicos realizados e peso usual informado pelos familiares, foi observado que o paciente apresentava perda de peso grave (20%). Sua pele estava flácida e seca e ele possuía poucos fios de cabelo, que estavam grisalhos. Não apresentava edema. Essa avaliação indica desnutrição e a necessidade de intervenção nutricional para a melhora do seu quadro. O paciente estava recebendo dieta via enteral de fórmula polimérica, de 1,5 kcal/mL, em sistema fechado, por bomba de infusão, iniciando em 102 mL/h e atingindo seu Valor Efetivo Total (VET) de 1820 kcal/dia, com 250 mL/h.

A evolução do tratamento dietoterápico foi realizada durante o estágio, porém, o paciente obteve alta do hospital sem aumento de peso e continuou com o uso de sonda nasoenteral.

3 DISCUSSÃO

A prevalência do câncer cresceu consideravelmente nos últimos anos, tornando-se um grave problema de saúde pública, afetando diversos aspectos da saúde do paciente oncológico, como, por exemplo: físico, nutricional e psicológico (POLTRONIERI; TUSSET, 2014).

Conforme Thieme et al. (2013), a avaliação nutricional deve ser capaz de prever o desfecho clínico ou prognóstico do paciente e, ao mesmo tempo, apresentar baixo custo e rápida realização. Os métodos de avaliação do estado nutricional incluem dados antropométricos, dietéticos, bioquímicos, imunológicos, história clínica, avaliação subjetiva e exame físico. Entre os parâmetros antropométricos clássicos a serem verificados estão: peso habitual, peso atual, percentual de perda de peso recente, IMC, métodos de detecção de massa muscular e de tecido adiposo subcutâneo, como as circunferências corporais (circunferência do braço e circunferência muscular do braço) e pregas cutâneas (prega cutânea tricipital) e competência imune (contagem total de linfócitos), proteínas séricas, sobretudo albumina (THIEME et al., 2013).

A Avaliação Nutricional Subjetiva Global (ANSG) avalia o estado nutricional a partir de diversos fatores, como a oferta energética de macro e micronutrientes, e a perda de peso, de massa gordurosa e muscular ao longo de determinado período (SILVEIRA et al., 2014).

A Avaliação Subjetiva Global proporciona integração entre de dados da história clínica recente e dados físicos (histórico de perda de peso, alteração na ingestão alimentar, sintomas gastrointestinais, capacidade funcional ou nível de energia do paciente, análise de perda de tecido adiposo subcutâneo e tecido muscular e presença de edema ou ascite) (DETSKY et al., 1987).

As evidências científicas apontam para o impacto negativo da perda de peso sobre a qualidade de vida do paciente oncológico, enfatizando ainda mais a necessidade de controle do estado nutricional e da antecipada intervenção dietética nesses casos (POLTRONIERI; TUSSET, 2014). Pode-se considerar a desnutrição como doença mais comum no ambiente hospitalar, devido à sua alta prevalência (THIEME *et al.*, 2013). Para Saragiotto et al. (2013), a desnutrição tem sido descrita como um problema importante em pacientes hospitalizados e vem sendo associada ao maior tempo de internação.

O estudo de Poltronieri e Tuset (2014) mostrou que a desnutrição é uma das principais alterações nutricionais que decorrem dessas terapias oncológicas. A desnutrição é comum em pacientes oncológicos, sendo resultado dos quadros de anorexia, náuseas, obstrução do trato gastrointestinal, perdas sanguíneas crônicas, proteinúria e perda gastroduodenal de albumina, que costumam acometer esses pacientes (MACHRY et al., 2011). Ao contrário no estudo de caso, em que a albumina estava em valores normais.

A albumina sérica é o parâmetro mais utilizado, frente ao baixo custo e a alta acurácia (na ausência de disfunção hepática e/ ou renal), seguido da pré-albumina e dos linfócitos. Em pacientes com câncer, pode haver dificuldades na interpretação desses parâmetros em virtude de alterações fisiológicas, retenção hídrica, aumento da massa tumoral, alterações hormonais devido ao tratamento ou as síndromes paraneoplásicas, efeitos do tratamento antineoplásico e da doença sobre o metabolismo e a composição corporal. Assim, ainda não existe um método de avaliação laboratorial considerado "padrão ouro", em razão de suas limitações e influências de fatores independentes do estado nutricional (MACHRY et al., 2011).

Nogueira et al. (2012) observaram aumento significativo do registro da disfagia, como diagnóstico primário ou secundário, em prontuário hospitalar. Esse panorama parece ser resultado da maior atenção destinada aos sintomas de distúrbios da deglutição e sua documentação nos prontuários médicos.

A disfagia orofaríngea é um distúrbio com sinais e sintomas específicos que interfere no processo da deglutição. Acomete qualquer parte ou fase no transporte do bolo alimentar, desde a boca até o estômago, e pode causar prejuízos ao paciente, como desnutrição. Pacientes com distúrbios de deglutição necessitam de adequações na sua dieta ou até mesmo a utilização de outra via de alimentação (BASSI, 2014). A presença de disfagia no paciente resultou no uso de sonda nasoenteral. De acordo com Leite et al. (2005), durante a internação hospitalar, dependendo das

condições clínicas associadas a determinadas doenças de base, alguns pacientes podem apresentar limitações funcionais para ingestão oral de alimentos, necessitando fazer uso de via alternativa de alimentação para garantia de *status* nutricional adequado.

Os pacientes que são incapazes de atingir suas necessidades nutricionais por meio da alimentação, pela necessidade aumentada de nutrientes em função da alta atividade catabólica da doença, devem utilizar suplementos nutricionais orais (MACHRY et al., 2011). Há diversas formas de tratamento para essa doença. Contudo, ainda são observados inúmeros efeitos colaterais resultantes desses métodos antineoplásicos (POLTRONIERI; TUSSET, 2014).

Os tratamentos oncológicos, como a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia, produzem sintomatologia que inclui náuseas, vômitos e redução potencial da quantidade de alimentos ingeridos, o que pode alterar o estado nutricional do paciente com câncer. Logo, a intervenção nutricional deve fazer parte da terapia oncológica, a fim de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e oferecer boas condições clínicas durante o tratamento curativo ou paliativo do paciente com câncer (MACHRY et al., 2011).

4 CONCLUSÃO

Em relação à revisão bibliográfica e ao estudo de caso, foi encontrado que o tabagismo e a ingestão de álcool são fatores de risco para desenvolver câncer de esôfago, ocorrendo perda de peso significativa do paciente, seguida de desnutrição devido à disfagia causada pela doença.

O tratamento deve ser iniciado o mais breve possível com cirurgia, quimioterapia e radioterapia, e uma alimentação por via nasoentérica, conforme as necessidades nutricionais e a tolerância do paciente, evitando a perda de peso e auxiliando na melhora do quadro clínico. A dieta via enteral é completa em micronutrientes, embora tenha a ausência de fibras, que muitas vezes acaba causando constipação. Para suprir as necessidades e para melhor absorção de micronutrientes, pode ser inserido na terapia nutricional o probiótico, que ativa a microflora intestinal, favorecendo o bom funcionamento do intestino do paciente com câncer.

REFERÊNCIAS

MONTEIRO, Nonato. M. L. et al. Câncer de esôfago: perfil das manifestações clínicas, histologia, localização e comportamento metastático em pacientes submetidos a tratamento oncológico em um centro de referência em Minas Gerais. **Revista brasileira de cancerologia**, 2009; 55(1): 27-32.

QUEIROGA, Ricardo. C., PERNAMBUCO A.P. Câncer de esôfago: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2006; 52(2): 173-178.

SILVA, José. A. G. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. **Instituto Nacional de Câncer**. Rio de Janeiro: INCA; 2011 <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>

POLTRONIERI, Taiara. S.; Tusset, C. Impacto do tratamento do câncer sobre o estado nutricional de pacientes oncológicos: uma revisão da literatura. In: **Congresso de Pesquisa e Extensão da Faculdade da Serra Gaúcha**. 2014. p 284-292.

THIEME Rubia. D., CUTCHMA Gislaïne., CHIEFERDECKER Maria. E. M., CAMPOS Antônio. C. L. O índice de risco nutricional (nutritional risk index) é preditor de complicação pós-operatória em operações do aparelho digestivo ou parede abdominal?. **ABCD, arq. bras. cir. dig.** 2013; 26(4): 286-292.

SARAGIOTTO Laíz. et al. Neoplasia digestiva, baixo índice de massa corporal e perda de peso como indicadores do tempo de internação em pacientes portadores de neoplasias. **ABCD, arq. bras. cir. Dig.** 2013; 26(2): 96-100.

SILVEIRA Thalita. M. G., et al. Avaliação nutricional e força de aperto de mão de candidatos à cirurgia do trato gastrointe. **ABCD Arq Bras Cir Dig.** 2014; 27(2):104-10.

DETSKY Allan. S., et al. What is subjective global assessment of nutritional status? **J Parenter. Enteral Nutr.** 1987; 11(1): 8-13.

MACHRY, Rafael. V., et al. Desnutrição em pacientes com câncer avançado: uma revisão com abordagem para o clínico. **Revista da AMRIGS**, 2011; 55(3): 296-301.

NOGUEIRA Serjana. C. J., et al. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. **Revista. CEFAC.** 2013; 15(1): 94-104.

BASSI Daiane., et al. Identificação de grupos de risco para disfagia orofaríngea em pacientes internados em um hospital universitário. **CoDAS** 2014; 26(1):17-2.

LEITE Heitor. P., CARVALHO Werther. B., FERNANDES Juliana. S. M. Atuação da equipe multidisciplinar na terapia nutricional de pacientes sob cuidados intensivos. **Revista Nutrição.** 2005; 18(6): 777-84.