

## PACIENTE COM CÂNCER DE PERITÔNIO, ADENOCARCINOMA INTESTINAL E PÂNCREAS

Lucinéia Chiesa<sup>1</sup>, Simone Morelo Dal Bosco<sup>2</sup>, Ariane Paiva Vieira<sup>3</sup> e Regina Kuhmmer<sup>4</sup>

**RESUMO:** Objetivo: descrever um caso de câncer em um adulto que interna por quadro de emagrecimento, história de câncer de peritônio, adenocarcinoma intestinal e pâncreas. Descrição do caso: paciente masculino, 35 anos, com diagnóstico prévio de câncer de peritônio, foi encaminhado para tratamento e manejo ambulatorial. Foram realizados procedimentos de dissecação de veia e implante de Cateter Central de longa permanência e resutura de parede para recebimento de dieta parenteral. Teve diagnóstico de câncer de peritônio, que teve como consequências adenocarcinoma intestinal, ileostomia, íleo paralítico e emagrecimento. Após tratamento com medicamentos e dietas adequadas, o paciente apresentou melhoras do quadro em poucas semanas. Conclusão: o tratamento dietoterápico adequado é fundamental para a melhoria do estado nutricional do paciente oncológico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Câncer. Peritônio. Nutrição.

### 1 INTRODUÇÃO

A neoplasia maligna continua sendo doença prevalente, apesar de todos os esforços devotados a sua prevenção. Estima-se que no ano de 2020 possam morrer cerca de 10 milhões de pacientes por câncer. Características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes ([INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA, 2010](#)).

Em 2010, são esperados 236.240 casos novos para o sexo masculino e 253.030 para o sexo feminino. Estimam-se 28 mil novos casos de câncer de cólon e reto. A distribuição dos casos novos de câncer segundo localização primária mostra-se heterogênea entre estados e capitais do país - o que fica em evidência ao observar-se a representação espacial das diferentes taxas brutas de incidência. As regiões Sul e Sudeste, de maneira geral, apresentam as maiores taxas, enquanto as regiões Norte e Nordeste mostram as menores taxas ([INCA, 2010](#)).

A má nutrição pode estar levando o paciente a sentir-se fraco, cansado e incapaz de resistir a infecções e até mesmo opor-se às terapias. A baixa ingestão de proteínas e calorias é a deficiência nutricional mais comum encontrada nesses pacientes. Tais nutrientes são importantes na cura, combate a infecções e na promoção de energia do organismo ([SILVA; MURA, 2007](#)).

Percebe-se que a dieta é etapa importante no tratamento do câncer. Ingerir os alimentos adequados antes, durante e após o tratamento pode auxiliar o paciente a sentir-se melhor. Para

---

1 Acadêmica de Nutrição da Univates, Lajeado, RS.

2 Doutora em Ciências da Saúde; Coordenadora do Curso de Nutrição da Univates-RS.

3 Nutricionista Assistencial do Hospital Moinhos de Vento-RS.

4 Mestre em Cardiologia e Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Nutricionista responsável pela Clínica Assistencial da Associação Hospitalar Moinhos de Vento-RS.

garantir uma nutrição adequada, a pessoa deve ingerir alimentos que contenham nutrientes-chave como vitaminas, minerais, proteínas, carboidratos, lipídeos e água. Para muitos pacientes, no entanto, alguns efeitos colaterais do câncer e de seu tratamento dificultam a alimentação adequada. O apetite, o paladar e a habilidade para ingerir alimentos suficientes ou absorver os respectivos nutrientes podem estar afetados (SILVA; MURA, 2007).

## 2 RELATO DO CASO

Paciente masculino, 35 anos, natural e procedente de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, com diagnóstico prévio de Câncer de Peritônio. Deu entrada na Emergência do Hospital Moinhos de Vento e após foi transferido para o Centro de Recuperação, onde foi realizado procedimento de dissecação de veia.

O paciente ficou internado pelo quadro de emagrecimento, história de câncer de peritônio, adenocarcinoma intestinal e pâncreas. Sem história de alergias. Realizou na emergência exames laboratoriais. Referiu sentir-se bem, sem queixas, tranquilo, lúcido, comunicativo em ar ambiente, com sinais vitais estáveis, com acesso venoso por insyte nº 22 em MSE infundindo soroterapia. Presença de ileostomia funcionante. Diurese espontânea, extremidades aquecidas e perfundidas. Braden 17, FR: 20mrpm, TAX: 35,5°C, FC: 88bpm e PA: 81/60 m/mhg.

No exame físico o paciente apresentava total déficit de gordura corporal. A massa muscular da clavícula (peritoral e deltóide), ombros (deltóide), coxa (quadríceps) e avaliação global de massa muscular apresentaram severa depleção, sem presença de líquidos. Essa avaliação indica uma necessidade crítica na melhora dos sintomas, manejo ou intervenção nutricional agressiva. O paciente deve receber imediata intervenção nutricional, adequando dieta com aumento do aporte calórico, oferta de imunomodulação, com uso de suplementos alimentares, e de dieta enteral, se necessário. Ainda melhorar ou auxiliar nos sintomas de impacto nutricional. Reavaliar o paciente em cada ciclo quimioterápico.

Os exames laboratoriais demonstraram creatinina de 1,61mg/dL, ureia de 78mg/dL, ferritina de 1.232ng/mL e glicose de 48mg/dL, fosfatase alcalina de 177 U/L, transaminase pirúvica de 129 U/L.

A solicitação desses exames visa a avaliar a patologia, as funções orgânicas, a ocorrência simultânea de outras doenças e a extensão da doença neoplásica. Além disso, os exames também são indicados para detecção de recidivas, controle da terapêutica e outros grupos de risco (INCA, 2010).

A evolução do tratamento e dietoterapia foram realizadas com sucesso Teve aumento de três quilos durante a internação, em que permaneceu por 24 dias. Teve melhora clínica do quadro abdominal e da desnutrição calórica proteica com nutrição oral e parenteral.

## 3 DISCUSSÃO

O adenocarcinoma intestinal é uma doença predominantemente de indivíduos idosos. A maior parte dos estudos considera pacientes jovens com Câncer Colorectal (CCR) abaixo dos 40 anos e a incidência varia de 2 a 6% (MONTEIRO et al., 2006; LUPINACCI, et al., 2003). Poucas séries têm relatos com pacientes abaixo dos 30 anos (DRUMOND, et al., 2003; MILLS; ALLEN, 1979). Há estudos que associam estadiamento avançado, maior frequência de metástases linfonodais e menor sobrevida nestes pacientes (MILLS; ALLEN, 1979; SAFFORD; SPEBAR; ROSENTHAL, 1981). No entanto, não há consenso se a idade precoce é fator de prognóstico adverso. Outras séries demonstram que não ocorre retardo no diagnóstico, e que os índices de sobrevida são semelhantes

aos observados em portadores de câncer esporádico com mais de 40 anos (MONTEIRO et al., 2006; LUPINACCI, et al., 2003).

O desenvolvimento de várias das formas mais comuns de câncer resulta de uma interação entre fatores endógenos e ambientais, sendo o mais notável desses fatores a dieta (GARÓFOLO et al., 2004). O alto consumo de frutas, vegetais frescos, cereais e peixes, baixo consumo de carnes vermelhas e processadas, e de bebidas alcoólicas, bem como a prática de atividade física estão associados a um baixo risco de desenvolvimento de câncer colorretal (INCA, 2010). A gordura dietética tem relação positiva com aumento do risco de desenvolver câncer de mama e colorretal, mais especificamente os ácidos graxos w-6 (SHUREIQI et al.,1999).

O processo global de industrialização, ocorrido principalmente no século passado, conduziu a uma crescente integração das economias e das sociedades dos vários países, desencadeando a redefinição de padrões de vida com uniformização das condições de trabalho, nutrição e consumo (WATERS, 2001).

O câncer de cólon e reto relaciona-se a fatores ambientais, especialmente dietéticos, à predisposição genética e à obesidade, entre outros fatores, sendo, no Brasil, os maiores valores de taxas médias anuais de incidência ajustadas por idade encontrados no Distrito Federal (25,5/100.000 em homens e 22,8/100.000 em mulheres) e Porto Alegre (22,3/100.000 em homens e 17,7/100.000 em mulheres) (INCA, 2010). No período de 1980 a 1993, foi constatado um aumento significativo da taxa de mortalidade padronizada por câncer de cólon e reto em áreas industrializadas da Baixada Santista, região Sudeste do país, em relação a áreas não industrializadas, sinalizando para a associação entre este tipo de câncer e fatores ambientais, como hábitos de vida, condições ocupacionais e características urbanoindustriais (MEDRADO-FARIA; RODRIGUES DE ALMEIDA; ZANETTA, 2001). Embora seja um achado contraditório em relação à carcinogênese do câncer de cólon, observou-se associação negativa entre este câncer e a presença de megacólon, patologia muito comum em algumas regiões do Brasil, frequentemente associada à Doença de Chagas, e que cursa com constipação crônica importante (GARCIA et al., 2003; MAXIMILIANO; CLÁUDIA, GULNAR, 2005).

#### 4 CONCLUSÃO

Em relação à revisão bibliográfica e ao estudo de caso, percebemos que os fatores ambientais, hábitos alimentares e dieta contribuem para o desenvolvimento de vários tipos de câncer. Destacamos a importância das atividades de prevenção primária, tais como controle do uso de tabaco, redução do consumo de álcool e estímulo à dieta com qualidade nutricional e à prática de atividades físicas regulares, com a finalidade de eliminação ou diminuição, de maneira eficiente, eficaz e efetiva, dos fatores de risco associados ao câncer e a várias outras doenças crônicas não-transmissíveis.

#### REFERÊNCIAS

DRUMOND, C. A. et al. Câncer colorretal em pacientes com idade inferior a 30 anos. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, v. 23, n. 3, p. 147-154, 2003. ❶

GARCIA, S. B. et al. A retrospective study of histopathological findings in 894 cases of megacolon: what is the relationship between megacolon and colonic cancer? *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, v. 45, n. 2, p. 91-93. Epub 2003 maio 14. ❶

GARÓFOLO, A. et al. Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. *Revista de Nutrição*, v. 17, n. 4, p. 491-505, 2004. ❶

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. **Estimativa 2010**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2010. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010>>. Acesso em: jun. 2010. ① ② ③ ④ ⑤

LUPINACCI, R. M. et al. Análise comparativa das características clínicas, anátomo-patológicas e sobrevida entre pacientes com câncer colo-retal abaixo e acima de 40 anos de idade. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 23, n. 3, p. 155-162, 2003. ① ②

MAXIMILIANO R. G.; CLÁUDIA V. M. G.; GULNAR A. S. M. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005. ①

MEDRADO-FARIA, M. A.; RODRIGUES DE ALMEIDA, J. W.; ZANETTA, D. M. Gastric and colorectal cancer mortality in an urban and industrialized area of Brazil. **Revista do Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina São Paulo**, v. 56, n. 2, p. 47-52, 2001. ①

MILLS, S. E.; ALLEN, M. S. Jr. Colorectal carcinoma in the first three decades of life. **American Journal of Surgical Pathology**, v. 3, p. 443-448, 1979. ① ②

MONTEIRO, E. P. et al. Neoplasia colorretal até 40 anos Experiência em cinco anos. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 26 n. 2, p. 156-161, 2006. ① ②

SAFFORD, K. L.; SPEBAR M. J.; ROSENTHAL D. Review of colorectal cancer in patients under 40 years. **American Journal of Surgical Pathology**, v. 142, p. 767-769, 1981. ①

SHUREIQI, I. et al. Decreased 13-S- ydroxyoctadecadienoic acid levels and 15-lipoxygenase-1 expression in human colon cancers. **Carcinogenesis**. v. 20, n. 10, p. 1985-1995, 1999. ①

SILVA, S. M. C. S.; MURA, J. D. P. **Tratado de Alimentação, Nutrição & Dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2007. ① ②

WATERS, W. F. Globalization, socioeconomic restructuring, and community health. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 26, n. 2, p. 79-92, 2001. ①