

CÂNCER DE ESÔFAGO E DESNUTRIÇÃO: ESTUDO DE CASO

Claudia Spies Klein¹, Simone Morelo Dal Bosco²

Resumo: Este estudo Descreve um caso de um paciente que internou num hospital de médio porte do vale do Taquari - RS por estar em tratamento paliativo de câncer de esôfago. **R.O.A.**, paciente do gênero masculino, com 49 anos de idade, tem diagnóstico de câncer de esôfago e desnutrição severa. A dieta prescrita foi hipercalórica e hiperproteica. O paciente apresentou preferência por alimentos líquidos e pastosos, devido à presença de odinofagia, ele faz uso de suplemento alimentar quatro vezes ao dia. O tratamento foi realizado por uma equipe multidisciplinar, na qual o nutricionista adequou a alimentação do paciente. O tratamento foi eficaz, pois minimizou as complicações causadas pelo câncer de esôfago como também as alterações alimentares causadas pelos efeitos colaterais do tratamento da quimioterapia e da radioterapia.

Palavras-chave: Neoplasia. Desnutrição. Estado nutricional.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no ano 2030, haverá 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer (GONZALES, 2013).

De acordo com os dados do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca), no Brasil, o câncer de esôfago (tubo que liga a garganta ao estômago) é o sexto mais frequente entre os homens e o 15º entre as mulheres. O tipo de câncer de esôfago mais frequente é o carcinoma epidermoide escamoso, responsável por 96% dos casos. Outro tipo, o adenocarcinoma, vem aumentando significativamente.

O câncer de esôfago, de acordo com os níveis de incidência mundial, é considerado a oitava neoplasia. O diagnóstico dessa doença é realizado, na maioria dos casos, em fase avançada, causando altas taxas de morbidade e mortalidade na população (ZILBERSTEIN apud HENRY et al. 2007).

O carcinoma caracteriza-se por um comportamento biológico agressivo e um mau prognóstico. Essa neoplasia tem tendência a disseminar-se precocemente e, em mais de 60% dos casos, o paciente apresenta a doença disseminada no momento do diagnóstico (SCHLITTLER et al., 2011).

Esse tipo de tumor tem boa resposta inicial à quimioterapia, porém, na maioria das vezes esta resposta é temporária. A localização esofágica do carcinoma é rara, com uma incidência estimada de 0,8% a 2,4% das neoplasias malignas do esôfago (SCHLITTLER et al., 2011).

O câncer de esôfago tem maior prevalência em indivíduos de idade avançada e do sexo masculino, o que pode estar associado a fatores como etilismo e tabagismo, ingestão de alimentos ou bebidas quentes, vírus, deficiências vitamínicas e higiene oral deficiente (OLIVEIRA et al., 2013).

1 Acadêmica do Curso de Nutrição do Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, RS. Email: claudiacifa@gmail.com

2 Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Curso de Nutrição da Univates. Email: simonebosco@gmail.com

Na sua fase inicial, o câncer de esôfago não apresenta sinais. Porém, com o progresso da doença, alguns sintomas são característicos, como dificuldade na deglutição, dor retroesternal, dor torácica, sensação de obstrução à passagem do alimento, náuseas, vômitos e perda do apetite. Na maioria das vezes, o paciente com a doença no estado avançado apresenta disfagia, a qual progride de alimentos sólidos até pastosos e líquidos. A perda de peso pode chegar a até 10% do peso corporal.

As deficiências nutricionais associadas ao alcoolismo e ao tabagismo podem contribuir para o processo da carcinogênese. Sintomas como disfagia, odinofagia, dor epigástrica, náuseas e anorexia são sugestivos de carcinoma esofágico (QUEIROGA; PERNANBUCO, 2006).

A presença da disfagia pode comprometer o estado nutricional, levando à perda de peso devido à dificuldade de se alimentar, uma vez que os indivíduos realizam restrições de consistências alimentares (DE LIMA et al., 2013).

A desnutrição proteica - energética em pacientes com carcinoma esofágico é comum e preocupante. Eles apresentam problemas nutricionais preexistentes, devido à disfagia, tumoração e associação frequente com o tabagismo e o etilismo.

A avaliação nutricional proporciona estimativas da composição corpórea em gordura, proteína muscular esquelética e proteína visceral, o que contribui à identificação de pacientes sob risco de desnutrição causada pelo câncer e à avaliação quantitativa da depleção nutricional dos pacientes já desnutridos (GALLON et al., 2010).

De acordo com a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina (2013), os efeitos colaterais do tratamento oncológico, entre eles a radioterapia, quimioterapia, cirurgia e imunoterapia, estão associados com algum grau de disfunção gastrointestinal, com consequente redução da ingestão de alimentos e adicional perda de peso.

A intervenção nutricional deve fazer parte da terapia oncológica, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e oferecer boas condições clínicas durante o tratamento curativo ou paliativo do paciente com câncer. A orientação nutricional é a melhor prevenção para a desnutrição (MACHRY et al., 2011).

Nos casos em que a terapia nutricional por via oral é insuficiente, pode ser indicada a nutrição enteral ou parenteral, conforme o funcionamento do trato gastrointestinal. Os pacientes que não atendem suas necessidades nutricionais pela alimentação, pela necessidade aumentada de nutrientes em função da doença, devem utilizar suplementos nutricionais orais (MACHRY et al., 2011).

Na terapia nutricional, a via oral de alimentação é a mais indicada, mas, se ocorrer de a aceitação da dieta ser inferior a 60% das necessidades, é preciso aumentar o aporte calórico e proteico por meio de alimentos calóricos e nutritivos ou de suplementos alimentares industrializados. Portanto, devem ser sugeridos preparações apropriadas às condições atuais do paciente utilizando ou não suplementos alimentares como ingrediente. Esse é um cuidado fundamental do nutricionista (PALMIERI et al., 2014).

Resultados de estudos relatam que o uso de dietas enterais contendo nutrientes imunomoduladores com ácidos graxos ômega-3, arginina, glutamina e os nucleotídeos, seriam benéficos aos pacientes desnutridos, especialmente àqueles acometidos por doenças críticas (DE OLIVEIRA et al., 2011).

Os usos de combinações dietéticas, especialmente nutrientes imunomoduladores, podem melhorar a resposta imunológica, com redução de frequência de infecções e do tempo de internação (NOVAES; DE MELO PANTALEÃO, 2012).

2 METODOLOGIA

A coleta de dados foi realizada durante o período do Estágio de Nutrição Clínica da pesquisadora no hospital, nos meses de novembro e dezembro de 2013. Foram coletadas informações fornecidas pelo paciente, por meio da Avaliação Subjetiva Global, a avaliação nutricional, ou seja, verificação do peso, altura, cálculo do IMC e prescrição da dieta via oral (VO). Foi realizada avaliação bioquímica por duas vezes nesse período, por meio da análise dos exames das plaquetas, hemácias, hematócrito, hemoglobina. Após a coleta de dados, esses foram comparados com os valores de referência e com outros estudos da literatura.

3 RELATO DO CASO

O paciente é do gênero masculino, com 49 anos, primeiro grau incompleto, residente e domiciliado em uma cidade do Vale do Taquari, no estado do Rio Grande do Sul. Apresenta diagnóstico de câncer de esôfago com 30 cm, desde julho de 2012, carcinoma de célula escamosa bem diferenciada, metástases na coluna do nível T 11.

O paciente realiza quimioterapia com tratamento paliativo e apresenta-se emagrecido, lúcido, orientado e comunicativo. O paciente relatou ser ex-etilista e tabagista. Seu peso é 45,2kg e sua altura, 169 cm. Pela avaliação antropométrica seu Índice de Massa Corporal (IMC) apresenta-se em 15,82kg/m². De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o paciente encontra-se em magreza grau III. Conforme a Avaliação Subjetiva Global, o paciente encontra-se no estágio C e severamente desnutrido.

No acompanhamento nutricional, o paciente relatou ter náuseas, vômitos, odinofagia, xerostomia e não querer fazer uso de alimentação por sonda, mesmo estando com dificuldade de se alimentar por via oral. Seu trato gastrointestinal está funcionando e a diurese normal. Tolerar dieta líquida a pastosa em pequena quantidade e faz uso de suplemento via oral. O médico recomendou alimentação por sonda, além da via oral, como uma estratégia para recuperar o estado nutricional, mas o paciente não aceita. A nutricionista prescreveu o uso domiciliar e hospitalar de suplemento em pó hiperproteico, 5 a 6 medidas duas vezes ao dia, e também a fórmula líquida hipercalórica e hiperproteica, dois frascos de 200 ml duas vezes ao dia por via oral.

O acompanhamento do tratamento dietoterápico foi realizado durante o estágio, porém o paciente obteve alta do hospital com perda de peso antes do término do estágio.

4 DISCUSSÃO

O paciente com megaesôfago apresenta todos os fatores relacionados com a carcinogênese esofágica, entre eles a deficiência de vitaminas, causada pela desnutrição crônica, presença de substâncias mutagênicas na luz do órgão, resultante da proliferação bacteriana, além do alcoolismo e tabagismo, comuns nos pacientes com essa doença (HENRY et al., 2007).

O câncer de esôfago é uma neoplasia com incidência crescente, com taxas de mortalidade próximas às taxas de incidência, sendo o carcinoma de células escamosas o mais comum e fortemente relacionado ao tabagismo e etilismo. O risco de desenvolver esse tumor é maior em pessoas que ingerem alimentos e bebidas quentes (mate) e que possuem nutrição deficiente (hipovitaminose A, C e E). Manifestações clínicas dessa doença são: disfagia, odinofagia, desconforto retroesternal, vômitos e emagrecimento (MONTEIRO et al., 2009).

A equipe multidisciplinar tem um importante papel no tratamento de pacientes oncológicos, especialmente no manejo psicossocial. Com o auxílio da Avaliação Subjetiva Global do Estado

Nutricional Produzida Pelo Paciente (ANSPPP), a equipe dos profissionais de saúde pode desenvolver intervenção social específica (MACHRY et al., 2011).

A desnutrição no paciente oncológico é multifatorial, sendo a complicação mais comum decorrente de fatores relacionados à presença do tumor, que proporcionam diversas alterações metabólicas, ou de fatores relacionados ao tratamento, uma vez que as terapias antineoplásicas empregadas são invasivas e afetam o seu estado nutricional (SOUZA et al., 2013).

O tratamento da desnutrição do paciente com câncer deve sempre ser orientado por equipe multidisciplinar, priorizando um entendimento do quadro clínico, manejo nutricional e medicamentoso, visando ao bem-estar do paciente oncológico (MACHRY et al., 2011).

Frente às evidências científicas do impacto da desnutrição sobre a qualidade de vida do paciente oncológico, reforçam-se ainda mais a necessidade de avaliação do estado nutricional e a intervenção dietética precoce (GONZALES et al., 2013).

Segundo Toscano et al. (2008), a suplementação oral é a modalidade preferida em pacientes que são capazes de se alimentar por essa via. Essa suplementação pode melhorar o aporte calórico e proteico. Devido à dificuldade de atingir as quantidades recomendadas de micronutrientes, o uso de suplementos contendo aproximadamente 100% da Ingestão Dietética Recomendada (IDR) possui provável benefício durante e após a terapia antineoplásica.

Alguns estudos sugerem que o ácido graxo ômega-3 pode beneficiar portadores de câncer, recomendando-se incluir alimentos fonte de ômega-3 na dieta. Estudos clínicos sugerem benefícios da suplementação de glutamina em situações de catabolismo, incluindo câncer (TOSCANO et al., 2008).

Segundo Xavier et al. (2010) e Rosa et al. (2012), de acordo com exames bioquímicos, os níveis de plaquetas estavam abaixo do considerado adequado (140 -440.000), mas teve evolução aumentando para 256.000. Mesmo assim é um quadro de plaquetopenia. Também os leucócitos se encontravam abaixo dos parâmetros normais, 1.700, indicando leucopenia, sendo os níveis normais de 5.000 a 10.000, e também teve melhora evoluindo para 3.700. Os níveis de hemoglobina e hemácias também se encontravam abaixo dos níveis adequados – a diminuição da hemoglobina e da hemácia indica diagnóstico de anemia.

5 CONCLUSÃO

O tratamento dos pacientes com câncer requer uma habilidade de compreensão nas estratégias a serem adotadas, principalmente nas trocas de saberes entre os profissionais da saúde em relação ao cuidado e à integralidade. O nutricionista adequou a dieta conseguindo minimizar as alterações alimentares causadas devido a efeitos colaterais do tratamento da quimioterapia e radioterapia. O tratamento dietoterápico só foi eficaz pois a equipe estava atenta a todas as alterações não só em relação à dieta mas também à vida e à saúde do paciente.

REFERÊNCIAS

DE LIMA, Dilene Mousquer et al., Avaliação Nutricional de Pacientes Oncológicos Adultos e Idosos Internados e Ambulatoriais de um Hospital Geral. **Revista Contexto & Saúde**, v. 3, n. 05, p. 17-36, 2013. Disponível em :< //www.revistas.unijui.edu.br /index.php /contextoesaude /article/view/1308>. Acesso em: 16 abr.2014.

DE OLIVEIRA, Helena Simões Dutra; BONETI, Rochele Silva; PIZZATO, Alessandra Campani. Imunonutrição e o tratamento do câncer. **Ciência & Saúde**, v. 3, n. 2, p. 59-64, 2011. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article /viewArticle/623>. Acesso em: 16 abr. 2014

- FORTES, Renata Costa et al. Câncer: implicações nutricionais. **Com. Ciências Saúde**. 19 (2): p. 171-180, 2008. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19_2art10cancer.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2013.
- FIRME, Lisandra Eifer; GALLON, Carin Weirich. Perfil Nutricional de Pacientes com Carcinoma Esofágico de um Hospital Público de Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 56(4): p. 443-451, 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v04/pdf/06_artigo_perfil_nutricional_pacientes_carcinoma_esofagico_hospital_publico_caxias_sul.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2014.
- HENRY, Maria Aparecida Coelho de Arruda; LERCO, Mauro Masson; OLIVEIRA, Walmar Kerche de. Câncer do esôfago em paciente com megaesôfago chagásico. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v.44, n.2, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-28032007000200013&script=sci_arttext>. Acesso em: 8 jan. 2014.
- MONTEIRO, Nonato Mendonça Lott 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**, v. 55, n. 1, p. 27-32, 2009. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar?q=tabagismo+e+cancer+de+esofago&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5>. Acesso em: 13 jan. 2014.
- MACHRY, Rafael Vaz et al. Desnutrição em pacientes com câncer avançado: uma revisão com abordagem para o clínico. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 55 (3), p. 296-301 jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/55-03/0000045956-Revista_AMRIGS_3_artigo_de_revi.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2014.
- MIRANDA, Tayanavago de et al. Estado Nutricional e qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 59(1): 57-64, 2013. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v01/pdf/09-estado-nutricional-e-qualidade-de-vida-de-pacientes-em-tratamento.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2013.
- NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi; DE MELO PANTALEÃO, Cristiane. Arginina: bioquímica, fisiologia e implicações terapêuticas em pacientes com câncer gastrointestinal. **Revista de Ciências Médicas**, v. 14, n. 1, 2012. Disponível em: <http://periodicos.puccampinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/1195/1170>. Acesso em: 16 abr. 2014.
- PASTORE, Carla Alberici; OEHLISHLAEGER, Maria Helena Klee; GONZALEZ, Maria Cristina. Impacto do Estado Nutricional e da Força Muscular Sobre o Estado de Saúde Geral e Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer de Trato Gastrointestinal e de Pulmão. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 59(1): 43-49, 2013. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/9_volume/terapia_nutricional_na_oncologia.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2014.
- PALMIERI, Bárbara Nogueira et al. Aceitação de preparações e sua associação com os sintomas decorrentes do tratamento de câncer em pacientes de uma clínica especializada. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2013000100002&ln=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2014.
- QUEIROGA, Ricardo C.; PERNAMBUCO, Ana Paula. Câncer de esôfago: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.52, n.2, p. 173-178, 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/revisao_3.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2014.
- ROSA, Glorimar et al. **Avaliação nutricional do paciente hospitalizado: uma abordagem teórico - prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- SCHLITTLER, Luís Alberto et al.,Carcinoma de Pequenas Células do Esôfago: Apresentação de dois Casos. **J Port Gastreterol.**, Lisboa, v. 18, n. 5, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-81782011000500006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2014.
- XAVIER, Ricardo M. et al. **Laboratório na Prática Clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmet, 2010.