

TERAPIA NUTRICIONAL EM NEOPLASIA EPIDERMÓIDE DE TERÇO MÉDIO DE ESÔFAGO: RELATO DE CASO

PINHEIRO, Cristiane Tavares¹; SANTOS, Ana Paula dos²

1. Acadêmica da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) -
crispinheironutri@gmail.com

2. Acadêmica da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) -
anapaulagomes.nutri@gmail.com

PASTORE, Carla Alberici³

3. Nutricionista da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) -
pastorecarla@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

O câncer de esôfago (CE) é considerado a terceira neoplasia mais frequente do trato gastrointestinal, situando-se entre as dez neoplasias mais prevalentes no mundo (ALTORKI, 2005). No Brasil, até o final do ano de 2010, são esperados cerca de 10.630 casos novos, sendo 7.890 em homens e 2.740 em mulheres (INCA, 2010).

A etiologia do CE envolve a interação de fatores de risco intrínsecos, como idade e genética, e fatores ambientais, como alto consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e dieta pobre em frutas e legumes (DANI; SILVA; NOGUEIRA, 2006; ROBERTSON; JANKOWSKI, 2008).

O CE pode ser classificado em carcinoma epidermóide ou adenocarcinoma. O primeiro é característico da mucosa normal do esôfago. Trata-se do tipo histológico mais comum e acomete principalmente o terço médio e inferior do esôfago (mais de 80% dos casos). Esse carcinoma relaciona-se com alcoolismo e tabagismo. Já o adenocarcinoma surge na parte distal do esôfago, na presença de refluxo gástrico crônico e metaplasia gástrica do epitélio (esôfago de Barrett). Existe uma forte relação entre sua incidência e indivíduos obesos (Índice de Massa Corporal - IMC > 30 Kg/m²) (WIJNHOVEN; TILANUS; DINJENS, 2001).

O CE mostra-se pouco sintomático na fase inicial e, por isso, na maioria dos casos, o diagnóstico é estabelecido já em fase avançada da doença. Como consequência, há elevada mortalidade e prognóstico pouco favorável (LERUT et al., 2006).

As opções para tratamento do CE são as mais variadas, incluindo principalmente a ressecção cirúrgica e o tratamento não-cirúrgico com radioterapia e/ou quimioterapia. Tem-se observado nos últimos anos um melhor resultado com o tratamento combinado quimio-radioterápico. Mesmo assim, a ressecção em bloco de esôfago e de linfonodos regionais continua sendo o tratamento-padrão, já que tal modalidade terapêutica oferece melhor controle local e maior sobrevida em longo prazo (KOK; TILANUS, 1996).

A terapia nutricional (TN) mostra-se fundamental na presente patologia, já que a incidência de desnutrição em pacientes com câncer varia de 40 a 80% (OLLENSCHLAGER et al., 1991), sendo que pacientes com tumores na região de cabeça e pescoço e trato gastrointestinal apresentam maiores prevalências (LESS, 1998, p.133-136; CAPRA; FERGUSON; RIED, 2001). A TN no paciente oncológico cirúrgico tem por objetivo a prevenção ou reversão do declínio do estado nutricional,

bem como evitar a progressão para um quadro de caquexia e garantir melhor qualidade de vida ao paciente (PELTZ, 2002; MARIAN, 2005). A TN deve seguir critérios que observem a individualidade do paciente, seu estado nutricional, estágio da doença, efeitos do tratamento e sua função gastrointestinal (MARIAN, 2005).

Este estudo é um relato de caso da abordagem nutricional em Neoplasia Epidermóide de Terço Médio de Esôfago com indicação cirúrgica.

2. METODOLOGIA

Relato de Caso: Paciente A.B.A., sexo feminino, cor branca, 67 anos, natural de São Lourenço do Sul, casada e aposentada.

Paciente com história de disfagia progressiva, odinofagia e emagrecimento de 5kg a partir de abril de 2009. Porém, somente em novembro modificou a consistência de sua alimentação habitual, quando passou a apresentar acentuada odinofagia e intolerância a alimentos sólidos, ingerindo apenas alimentos pastosos e líquidos. Além disso, a paciente apresentou redução da capacidade funcional, já que há 9 meses atrás praticava atividade física e após passou a não se sentir bem na maioria das atividades. Devido à neoplasia de esôfago com estenose, a paciente foi encaminhada para realização de esofagectomia com toracotomia.

Em termos de comorbidades e internações prévias, constatou-se que, devido à neoplasia, a paciente realizou jejunostomia em novembro de 2009, pois por estenose do esôfago dificilmente conseguiria alimentar-se pela via oral. A paciente, porém, aceitou bem alimentos líquidos e pastosos e referiu não ter sentido necessidade de utilização da sonda jejunal, que saiu espontaneamente, permanecendo o orifício. A localização intestinal da ostomia foi planejada, provavelmente, devido à futura esofagectomia com levantamento gástrico, impossibilitando o uso do estômago como sítio para a sonda de alimentação. A paciente realizou 33 sessões de radioterapia de dezembro de 2009 a janeiro de 2010. Apresenta, também, enfisema pulmonar diagnosticado há 20 anos e tem antecedentes familiares de muitos casos de neoplasia em parentes de primeiro grau (esôfago, pulmão, reto e leucemia). Ex- tabagista há 9 meses, fumou 10 cigarros enrolados por dia durante 50 anos. Nega etilismo, diabetes mellitus ou hipertensão arterial.

O estado nutricional da paciente foi avaliado através de antropometria, apresentando um IMC dentro da normalidade no momento da internação (IMC= 20,3kg/m²). Além do método objetivo, utilizou-se a Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Paciente (ASG-PPP), que indicou quadro de desnutrição moderada ou suspeita de desnutrição.

A dieta prescrita foi de consistência pastosa, com caldo de feijão e suplementos protéico-calóricos (Terapia Nutricional Oral – TNO), fracionada em 6 refeições/dia, fornecendo 34,2kcal por kg/peso atual (51 kg) - hipercalórica e com 1,2 g proteínas/kg peso – hiperprotéica, conforme recomendação do Instituto Nacional do Câncer (INCA) 2009. Os objetivos da TNO foram prevenir o declínio do estado nutricional, auxiliar no manejo dos sintomas, reduzir a proteólise, reduzir o tempo de internação hospitalar e as taxas de complicações associadas à desnutrição.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O IMC da paciente indicou eutrofia, porém a ASG-PPP mostrou desnutrição moderada ou risco de desnutrição, com perda de massa muscular e gordura subcutânea. O IMC isoladamente não é um bom parâmetro para avaliar o estado nutricional. A paciente apresenta risco nutricional em virtude da neoplasia e por isso se justifica um acompanhamento diário e uma suplementação protéico-calórica. Além disso, o acompanhamento nutricional no pré-operatório é de grande importância, a fim de manter e/ou melhorar as condições gerais da paciente.

Ao longo da internação a paciente se mostrou ansiosa com relação ao procedimento cirúrgico e seu prognóstico.

Apesar dos relatos de odinofagia esporádica, durante todo o período de internação a paciente referiu aceitar muito bem a terapêutica nutricional, não havendo necessidade de modificações. Este fato foi comprovado através da avaliação de ingestão, a qual mostrou efetividade do consumo da dieta prescrita, e por meio do aumento do IMC, já que este era de $20,3\text{kg/m}^2$ no momento da internação e após 20 dias, subiu para $20,7\text{kg/m}^2$, o que representou aumento de 1kg ao final da internação.

A paciente realizou diversos exames a fim de avaliar sua aptidão para realizar o procedimento cirúrgico. No hemograma, percebeu-se diminuição no número de hemácias, caracterizando anemia secundária à neoplasia. O leucograma mostrava leucopenia, provavelmente devido à infecção respiratória adquirida, também por conta do medicamento Flunitrazepan (tranquilizante e anticonvulsivante) e principalmente devido à neoplasia que induz à imunodepressão. Ainda, notou-se diminuição no percentual de linfócitos devido à neoplasia e a radioterapia realizada anteriormente, neutrofilia por reação de defesa contra o tumor maligno e eosinofilia devido à infecção. Os demais exames sanguíneos estavam normais.

A equipe de pneumologia solicitou uma avaliação de função respiratória em função da doença pulmonar pré-existente, a fim de otimizar o tratamento da mesma no período pré-cirúrgico. A equipe de espirometria avaliou que a paciente não apresentava condições cirúrgicas no momento, e optaram por dar alta à paciente para aperfeiçoar a terapêutica com corticóides e fazer nebulizações a fim de tratar a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e posteriormente fazer nova espirometria para avaliar sua possibilidade cirúrgica.

A paciente recebeu orientações nutricionais para manejo nutricional da disfagia e odinofagia e plano alimentar adequado em proteínas, calorias e demais macro e micro nutrientes, a fim de melhorar seu estado nutricional.

4. CONCLUSÕES

É notável a importância da terapia nutricional ao longo do tratamento de pacientes oncológicos, tanto para manter um bom estado geral, como para tentar corrigir as deficiências nutricionais, proporcionando melhora da condição cirúrgica, da cicatrização, do estado nutricional e da qualidade de vida desses pacientes.

No presente caso, a paciente mostrou total adesão ao plano alimentar, o qual foi elaborado de acordo com suas necessidades e, portanto, teve os seus objetivos alcançados.

5. REFERÊNCIAS

ALTORKI, N. En-bloc esophagectomy: The three-field dissection. **Surg Clin**, North Am., n.85, p.611-619, 2005.

CAPRA, S.; FERGUSON, M.; RIED, K. Cancer: impact of nutrition intervention outcome – nutrition issues for patients. **Nutr**, n.17,p.769-772, 2001.

DANI, R.; SILVA, E.; NOGUEIRA, C.E.D. **Gastroenterol Essenc** 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. Disponível em:
<<http://www.inca.gov.br>> Acesso em: 26 ago. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. **Consen Nac Nutr Oncolog**. Rio de Janeiro, 2009.

KOK, T.C.; TILANUS, H.W. Neoadjuvant treatment in oesophageal cancer: the needs for future trials. The Rotterdam Esophageal Tumor Study Group. **Eur J. Surg Oncol**, v.22, n.4, p.323-325, 1996.

LERUT, T.; COOSEMANS, W.; DECKER G.; DE LEYN, P; MOONS, J.; NAFTEUX, P. Diagnosis and therapy in advanced cancer of the esophagus and the gastroesophageal junction. **Curr Opin Gastroenterol**, v.22, n.4, p.437-441, 2006.

LESS, J. Incidence of weight loss in head and neck cancer patients on commencing radiotherapy treatment at a regional oncology center. **Eur J. Can Car**, n.8, p.133-136, 1998.

MARIAN, A.E. Nutritional support strategies for malnourished cancer patients. **Europ Journ of Oncol Nurs**, v.9, p.74–83, 2005.

OLLENSCHLAGER, G.; VIELL, B.; THOMAS, W.; KONKOL, K.; BURGER, B. Tumor anorexia: causes, assessment, treatment. Recent Results. **Can Res**, n.121, p.249-59, 1991.

PELTZ, G. Nutrition support in cancer patients: a brief review and suggestion for standard indications criteria. **Nutr Journ**, v.1, p.1–5, 2002.

ROBERTSON, E.V.; JANKOWSKI, J.A. Genetics of gastroesophageal cancer: paradigms, paradoxes, and prognostic utility. **Am J. Gastroenterol**, v.103, n.2, p.443-449, 2008.

WIJNHOFEN, B.P.; TILANUS, H.W.; DINJENS, W.N. Molecular biology of Barrett's adenocarcinoma. **Ann Sug**, v.233, n.3, p.322-337, 2001.