

MANEJO NUTRICIONAL EM PACIENTE CIRÚRGICO COM ADENOCARCINOMA DE PÂNCREAS: UM RELATO DE CASO

NUTRITIONAL MANAGEMENT IN SURGICAL PATIENTS WITH PANCREATIC ADENOCARCINOMA: A CASE REPORT

Caroline Otoni da Silva¹, Renata Costa Fortes²

Como citar:

Silva CO, Fortes RC. Manejo nutricional em paciente cirúrgico com adenocarcinoma de pâncreas: Um relato de caso. Rev. Cient. Sena Aires. 2017; 6(2):138-42.

RESUMO

O objetivo desse relato de caso é demonstrar como o manejo nutricional pode ser realizado em pacientes idosos com diagnóstico de adenocarcinoma de pâncreas e submetidos a cirurgia eletiva. Resultados: A dieta proposta supria a necessidade energética e calórica da paciente, o objetivo de recuperação do estado nutricional e preparo da paciente para o procedimento cirúrgico foi atingido, tendo em vista o prazo em que ocorreram os fatos. Foi ofertado o suplemento com imunonutrientes por um período de 12 dias no pré-operatório, sendo continuada no pós-operatório, conforme recomendado pelo DITEN, 2011. Nota se através desse relato a importância do uso das ferramentas de triagem e diagnóstico nutricional, para detecção precoce dos indivíduos desnutridos ou em risco nutricional, otimizando assim o planejamento para a oferta de calorias e nutrientes específicos a fim de melhorar o estado nutricional e prepara-los para a cirurgia.

Descritores: Terapia nutricional; Neoplasias pancreáticas; Dietoterapia.

ABSTRACT

The purpose of this case report is to demonstrate how nutritional management can be performed in elderly patients with a diagnosis of pancreatic adenocarcinoma and undergoing elective surgery. The diet proposed supplied the energy and caloric needs of the patient, the goal of recovery of the nutritional status and preparation of the patient for the surgical procedure was reached, considering the timeframe in which the events occurred. It was offered the supplement with immunonutrients for a period of 12 days in the preoperative period, being continued postoperatively, as recommended by DITEN, 2011. The importance of the use of nutritional screening and screening tools for the early detection of undernourished or at nutritional risk individuals, thus optimizing the planning for the supply of specific calories and nutrients in order to improve the nutritional status and prepares them for surgery.

Descriptors: Nutrition Therapy; Pancreatic Neoplasms; Diet Therapy.

REVISA

¹ Nutricionista. Especialista em Nutrição Clínica. Universidade Paulista- Brasília.

² Nutricionista. Doutora em Nutrição Humana. Universidade Paulista- Brasília.
fortes.rc@gmail.com.

Recebido em: 20/05/2017

Aceito em: 14/07/2017

INTRODUÇÃO

O câncer de pâncreas apresenta alta taxa de mortalidade, pelo fato de ser difícil de ser detectado, assim como pelo seu diagnóstico tardio e seu comportamento agressivo. Os tumores mais comuns são os do tipo adenocarcinoma, correspondendo a 90% dos casos diagnosticados. No Brasil, o câncer de pâncreas representa 2% de todos os tipos de câncer diagnosticados e 4% do total de mortes por essa doença. É mais comum em idosos. Segundo a União Internacional Contra o Câncer (UICC), os casos da doença aumentam com o avanço da idade e a incidência é mais significativa em homens¹.

Admite-se que a única alternativa para a sua cura seja o tratamento cirúrgico. Para o tratamento, os esforços são concentrados nesse procedimento e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, já com a doença avançada localmente ou com diagnóstico de metástase. Mesmo com todos os esforços, poucos dos pacientes submetidos à cirurgia de pancreatocomia sobrevivem por mais que cinco anos. Em pacientes com tumores pequenos, submetidos à essa ressecção com margens negativas e com gânglios livres de tumor, a taxa de sobrevivência em cinco anos alcança apenas 41%⁵. A cura não é possível na maioria dos casos. Analisando a totalidade dos pacientes, apenas em 15-20% dos casos a ressecção é possível em virtude de doença avançada localmente ou pela presença de metástase à distância. A sobrevivência média esperada é de aproximadamente seis meses².

Estudos mostram o estado nutricional como um dos fatores independentes que mais influenciam nos resultados pós-operatórios em cirurgias eletivas. A resposta orgânica ao trauma operatório tem maiores repercussões e vem a influenciar negativamente os resultados em pacientes que se encontram desnutridos ou em risco de desnutrição. Idosos nessas condições apresentam maiores riscos de dependência, institucionalização ou morte³.

A terapia nutricional (TN) está geralmente indicada para o paciente cirúrgico, com o objetivo de prevenir a desnutrição ou minimizar os seus efeitos. Recentemente uma análise multivariada mostrou que a TN é fator independente para diminuição de morbidade no pós-operatório. Tem se a morbidade, a mortalidade e o tempo de internação como os principais parâmetros a serem considerados para avaliar a eficácia dos objetivos da TN no perioperatório. Nas operações de grande porte para ressecção de câncer, mesmo quando não há desnutrição grave, a TN pré-operatória com suplementos contendo imunonutrientes está indicada por cinco a sete dias e também deve ser continuada no pós-operatório. Em pacientes desnutridos submetidos a operações para tratamento de câncer do aparelho digestivo e de cabeça e pescoço, recomenda-se a TN pré-operatória com imunonutrientes por um período de sete a quatorze dias e continuada no pós-operatório por mais cinco a sete dias. A TN pré-operatória está indicada também por um período de sete a 14 dias, no paciente com risco nutricional grave candidato a operações eletivas de médio e grande porte³.

DESCRIÇÃO DO CASO

E. M. M. S, 66 anos, sexo feminino, aposentada, divorciada, mãe de 2 filhos, nega tabagismo e alcoolismo, católica, procedente de Brazlândia-DF. Deu entrada no Pronto Socorro da Cirurgia Geral do Hospital Regional de Brazlândia -DF em 13 de Abril de 2016. Na admissão apresentava icterícia, colúria, acolia fecal e perda ponderal, negava dor abdominal, náuseas ou vômitos, história de AVC há 12 anos, com sequelas motoras em dimídio esquerdo. No quarto dia de internação hospitalar realizou uma tomografia computadorizada onde se constatou dilatação de vias biliares intra e extra hepáticas, tumoração na cabeça do pâncreas, de limites imprecisos, medindo 24 por 24 mm e compatível com adenocarcinoma de pâncreas. Dia 27 de Abril realizou uma colangiografia magnética onde evidenciou dilatação difusa de árvore biliar intra-hepática e do colédoco até seu segmento intrapancreático onde observou-se obstrução de colédoco, de modo abrupto; massa em cabeça do pâncreas a ser melhor avaliada;

Linfonodomegalia peripancreática e pequenos linfonodos no hilo hepático; Cauda e corpo de pâncreas atroficos. Paciente foi transferida para o Hospital Regional da Asa Norte - DF em 28 de Abril de 2016 para prosseguimento do tratamento. Foi realizada nova tomografia computadorizada de abdome e tórax em 5 de Maio de 2016, que evidenciou vesícula biliar distendida 9,0x4,9cm e severa dilatação das vias biliares intra-hepáticas e do colédoco. Seguiu durante o período da internação com regular estado geral, lúcida e orientada no tempo e no espaço, hipocorada (+1/+4), icterica (4+/4+), acianótica, hidratada, afebril ao toque e eupneica. Após a internação permaneceu a maior parte do tempo restrita ao leito, ficava de pé com dificuldade, não deambulava sem auxílio. Referiu que antes da internação deambulava com auxílio de bengala. Foi programado procedimento de duodenopancreatectomia para o dia 17 de Maio de 2016. Durante o procedimento encontrou se um nódulo superficial em fígado, foi feita então a excisão do nódulo hepático, sendo enviado a análise histopatológica que mostrou como sendo positivo para malignidade, compatível com adenocarcinoma. Foi procedido com colecistectomia com ligadura simples de artéria cística. Devido a presença de metástase hepática, optou se por derivação biliodigestiva e gastroenteroanastomose.

O tumor de pâncreas foi classificado como irressecável. Instalou se dreno de Kher e sonda vesical de demora. Após o procedimento cirúrgico foi encaminhada a Unidade de Terapia Intensiva, onde permaneceu sob os cuidados durante um dia e foi reencaminhada a enfermaria da cirurgia geral. Devido ao avanço da doença e de seu prognóstico ruim, apesar da ação de toda a equipe de profissionais da clínica cirúrgica, houve uma piora do estado geral da paciente, levando a mesma a falecer no dia 27 de março de 2016.

Avaliação nutricional

Na admissão da paciente no Hospital Regional da Asa Norte foi realizada a triagem de risco nutricional segundo a NRS 2002⁴, com os seguintes resultados: Paciente negava redução da ingestão alimentar, porém referia perda ponderal no último mês, não sabendo quantificar; IMC calculado (por peso e altura estimado) < 18,5 kg/m²; Stress elevado da doença. Resultado final: 4 pontos. Conclusão: Em risco nutricional. Também foi realizado a avaliação subjetiva global⁵ para diagnóstico de desnutrição, de acordo com essa avaliação, paciente referia perda ponderal no último mês, porém não sabendo quantificar, referia náuseas e vômitos nos últimos dias, negava demais sintomas gastrointestinais, referia redução da capacidade funcional, apresenta sinais de depleção de massa magra e tecido adiposo, associado a doença de stress moderado. Conclusão: C - Desnutrição grave. No Quadro 1, demonstra-se a antropometria realizada durante a internação.

Quadro 1- Antropometria realizada durante a internação

Peso usual: 42 kg (há 1 ano)
Altura do joelho: 43 cm
Circunferência do braço: 23 cm
Estatura: 1.50 m (estimada)
Peso estimado: 39,6 kg
Peso ideal: 54 kg
Peso ajustado: 51,25 kg
Estatura estimada: 1.50 m

Na Tabela 1, apresenta-se o acompanhamento antropométrico durante a internação.

Tabela 1- Acompanhamento antropométrico durante a internação. Brasília, 2016.

Data	Peso (kg)	IMC (kg/m ²)	Classificação ⁶
27/04	39,6 (estimado)	17,6	Baixo Peso
05/05	43 (aferido)	19,1	Baixo Peso
07/05	42,7 (aferido)	19,0	Baixo Peso
09/05	44,1 (aferido)	19,6	Baixo Peso
16/05	44,8 (aferido)	19,9	Baixo Peso

Diagnóstico nutricional: Desnutrição grave

Necessidades estimadas

Energéticas: 1576 kcal/dia (30kcal/KgPAjustado e 35kcal/kgPAtual)

Proteicas: 67,2 g/dia (1,5g/KgPAtual).

O peso foi aferido com a ajuda do acompanhante, já que a paciente não conseguia ficar em pé sozinha. O acompanhante se pesava, em seguida pesava com a paciente nos braços, então o segundo peso era subtraído do primeiro. As ferramentas de triagem nutricional foram utilizadas para diagnóstico nutricional da paciente, evidenciando a desnutrição grave da mesma. Um dos fatores que podem ter levado a tal desnutrição, além do já citado comprometimento pela doença, foi a ingestão habitual da paciente, que se mostrou através do questionário de frequência alimentar realizado como monótona, com baixa ingestão de calorias, frutas e vegetais. Na tabela 2, apresenta-se a conduta dietoterápica definida.

Tabela 2- Conduta dietoterápica. Brasília, 2016.

Data	Dieta
17 a 20 - 04	Não há relatos no prontuário eletrônico
21-04 a 27-04	Branda, característica hipolipídica, isenta de sacarose, hipossódica
28-04	Pastosa, característica hipolipídica, isenta de alimentos ácidos
29-04 e 30-04	Pastosa, característica hipolipídica, laxante, isenta de alimentos ácidos
01-05 a 03-05	Pastosa, característica hipolipídica, laxante, isenta de sacarose e alimentos ácidos
04-05 a 06-05	Pastosa, característica hipolipídica, laxante, isenta de sacarose, sem alimentos ácidos + suplemento com fórmula nutricionalmente completa, enriquecida com arginina, nucleotídeo e ácidos graxos w3, EPA e DHA (200 ml), 2 vezes ao dia
07-05 a 11-05	Pastosa, característica hipolipídica, hipossódica, laxante, isenta de sacarose, isenta de alimentos ácidos + suplemento com fórmula nutricionalmente completa, enriquecida com arginina, nucleotídeo e ácidos graxos w3, EPA e DHA (200 ml), 3 vezes ao dia.
12-05 a 16-05	Pastosa, característica hipolipídica, isenta de sacarose, isenta de alimentos ácidos, fracionada em 6 refeições/dia + suplemento com fórmula nutricionalmente completa, enriquecida com arginina, nucleotídeo e ácidos graxos w3, EPA e DHA (200 ml), 3 vezes ao dia + 20g de módulo de proteína fracionada em 2 horários/dia.
17-05	Zero para cirurgia
18-05	Zero pós cirúrgico
19-05	Consistência líquida de prova
20-05 a 23-05	Consistência líquida-pastosa, hipolipídica, fracionada em 6 refeições/dia. Acrescido suplemento com fórmula nutricionalmente completa, enriquecida com arginina, nucleotídeo e ácidos graxos w3, EPA e DHA (200 ml) 2 vezes ao dia.
24-05 a 26-05	Consistência líquida, hipolipídica, fracionada em 6 refeições/dia. Acrescido suplemento com fórmula nutricionalmente completa, enriquecida com arginina, nucleotídeo e ácidos graxos w3, EPA e DHA (200 ml) 2 vezes ao dia.

DISCUSSÃO

Para o cálculo das necessidades energéticas foi utilizado 35 kcal/kg de peso atual por dia, o que vem de encontro as recomendações do consenso de nutrição oncológica de 2009⁷ para ganho de peso (30 – 45 kcal/kg de peso atual por dia), assim como as necessidades proteicas calculadas de 1,5g/kg, de acordo com a recomendação (1,5 a 2,0 g /kg/dia) para estresse de moderado a grave. A dieta proposta supria a necessidade energética e calórica da paciente, o objetivo de recuperação do estado nutricional e preparo da paciente para o procedimento cirúrgico foi atingido, tendo em vista o prazo em que ocorreram os fatos. Foi ofertado o suplemento com imunonutrientes por um período de 12 dias no pré-operatório, sendo continuada no pós-operatório, conforme recomendado pelo DIETEN, 2011³. Um fator decisivo para o sucesso da dietoterapia foi a participação da paciente, que estava sempre disposta a colaborar. Foi-lhe esclarecido sobre a importância da ingestão dos alimentos e do suplemento para o bom andamento do seu tratamento, assim e pelo fato de não apresentar sintomas gastrointestinais que a impedisse, aceitava a maior parte da dieta proposta, cerca de 80% e todo o suplemento ofertado. No pós-cirúrgico, tendo em vista o estado geral, a paciente não conseguia consumir os alimentos e o suplemento propostos, a ingestão era de cerca de 30% do oferecido, até que no dia 26 foi nula.

CONCLUSÃO

O câncer de pâncreas apresenta alta taxa de mortalidade, associado ao fato da sua difícil detecção, diagnóstico tardio e comportamento agressivo¹. Admite-se que a única alternativa para a sua cura seja o tratamento cirúrgico². A terapia nutricional (TN) vem sendo indicada para o paciente cirúrgico, com o objetivo de prevenir a desnutrição ou minimizar os seus efeitos³. Tratando-se do caso de uma paciente idosa, com diagnóstico nutricional de desnutrição grave, e clínico inicial de câncer de pâncreas, submetida a um procedimento cirúrgico. Destaca-se a baixa incidência desse tipo de câncer e a terapia nutricional utilizada contendo imunomoduladores, a fim de recuperar o estado nutricional da paciente e prepará-la para a cirurgia. Nota-se através desse relato a importância do uso das ferramentas de triagem e diagnóstico nutricional, para detecção precoce dos indivíduos desnutridos ou em risco nutricional, otimizando assim o planejamento para a oferta de calorias e nutrientes específicos a fim de melhorar o estado nutricional e prepará-los para a cirurgia. A oferta calórica e o uso de suplementos imunomoduladores no caso em questão trouxe benefícios, como o ganho ponderal da paciente e a manutenção do estado geral durante a internação, apesar de ter o óbito como desfecho.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Tipos de câncer > pâncreas. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pancreas>. Acesso em: 20 nov 2016.
2. Amico E C, Barreto E J S S, Dantas-Filho A M, Araujo-Filho I. Diagnóstico, estadiamento e tratamento cirúrgico do adenocarcinoma de pâncreas. *Arq Bras Cir Dig* 2008;21(4):192-200.
3. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral e Associação Brasileira de Nutrologia. Projeto diretrizes. *Terapia Nutricional no Perioperatório*. 2011.
4. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002; *Clin Nutr*. 2003;22:415-21.
5. Detsky AS, Baker JP, O'Rourke K, Johnston N, Whitwell J, Mendelson RA, Jeejeebhoy KN. Predicting nutrition-associated complications for patients undergoing gastrointestinal surgery. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1987;11:440-6.
6. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994;21(1):55-67.
7. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Consenso nacional de nutrição oncológica. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009.