

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS ORAL E NASAL ASSOCIADO COM MIÍASE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria de Nazareth de Lima Carneiro¹; Priscyla Souza de Lima²; Clarissy Palheta de Sena³; Brenda Franklin⁴; Lilian Pereira da Silva Costa⁵

¹Residente em Atenção ao Paciente Crítico, Universidade Federal do Pará (UFPA);

²Residente em Atenção ao Paciente Crítico, UFPA;

³Residente em Atenção ao Paciente Crítico, UFPA;

⁴Residente em Atenção ao Paciente Crítico, UFPA;

⁵Mestre em Oncologia, UFPA

mnath_lima@hotmail.com

Introdução: O Carcinoma de Células Escamosas (CCE), também conhecido como carcinoma epidermóide ou carcinoma espinocelular, é uma neoplasia maligna que se origina do epitélio de revestimento, sendo um dos tipos de neoplasias mais comuns de cabeça e pescoço. Os principais fatores de risco são: consumo de bebidas alcóolicas, tabagismo, alimentação inadequada com baixa ingestão de antioxidantes, baixo nível socioeconômico, higiene oral deficiente, entre outros.¹ No Estado do Pará, o câncer da cavidade oral ocupa o sétimo lugar em taxa de incidência de câncer, independente de sexo. Quando considerada a distribuição por sexo, a incidência entre os homens ocupa o sexto lugar e entre as mulheres o nono lugar.³ O profissional nutricionista tem um papel na manutenção ou recuperação do estado de saúde dos pacientes através da alimentação, principalmente pela prevenção ou reversão da desnutrição, considerando as condições clínicas, características culturais, hábitos alimentares, condições socioeconômicas dos indivíduos. **Objetivos:** Relatar a experiência do profissional nutricionista no atendimento de uma paciente com CCE oral e nasal em cuidados paliativos. **Descrição da Experiência:** Como nutricionista residente de um Programa Multiprofissional que funciona Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), é uma rotina vivenciar o acompanhamento de pacientes provenientes de várias localidades do Estado, acometidos por doenças com diferentes graus de gravidade. O caso em particular chamou a atenção da equipe, esse caso se trata da paciente A.L.S.S. sexo feminino, brasileira, 52 anos, natural de Bujaru, com diagnóstico de Carcinoma de células escamosas oral e nasal há 2 anos, que foi internada na clínica de doenças infecciosas e parasitárias do HUJBB, devido a presença de miíase na região da lesão. Na internação, foi realizada a seguinte evolução médica em prontuário: “ Diagnóstico Carcinoma de células escamosas (CCE) oral e nasal, em 2014, realizou QT (quimioterapia) por um período (não é possível verificar o período), no entanto, evadiu-se e não continuou o tratamento, por medo e ansiedade de não ter sua lesão reduzida ou desaparecida. O motivo da internação foi por quadro de septicemia não específica, infecção generalizada das partes moles de face com presença de miíase, tosse produtiva, impossibilidade de alimentação via oral, caquexia por câncer e dores intensas na face, com prognóstico reservado” . Sua história social denotava fatores de risco para o desenvolvimento do CCE, conforme relata a literatura,² como por exemplo, trabalhar na lavoura, baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto), consumo regular de fumo e bebidas alcóolicas, presença de higiene oral deficiente. Aparentemente a paciente contava com apoio familiar de uma das filhas, que sempre lhe acompanhava nas consultas e internações, segundo informações colhidas. A paciente apresentava lesão com grande comprometimento da região nasal externa e oral, perda de lábios inferiores e superiores e parte da língua, o que comprometia diretamente a possibilidade de alimentação via oral. Como uma das medidas de atendimento inicial da equipe de nutrição, foi identificar a forma que a paciente se alimentava, segundo o relato da filha, a paciente

mesmo de forma precária alimentava-se por boca. Para a definição do estado nutricional foram obtidas algumas medidas antropométricas conforme sugere a literatura: peso atual (kg), altura (m), circunferência do braço (CB), prega cutânea tricipital (PCT), cálculos do Índice de massa corporal (IMC), adequações da CB, PCT, CMB (circunferência muscular do braço), e AMBc (Área muscular do braço corrigida), conforme a classificação para a idade.⁴ Para a mensuração do peso utilizou-se balança digital da marca Wiso® modelo w721, com capacidade de 150 kg e graduação de 100 gramas, que possui estadiômetro portátil com sistema infravermelho e ultrassom para verificação de altura em metros e Índice de Massa Corporal (IMC) e para a verificação da dobra cutânea foi usado um adipômetro da marca Sanny®. A partir do diagnóstico nutricional associado ao diagnóstico clínico, foi definida a intervenção nutricional adequada para a paciente. **Resultados:** Ao exame físico, verificou-se que a paciente encontrava-se consciente, orientada em tempo e espaço, eupneica em ar ambiente, deambulava, encontrava-se bastante emagrecida com depleção das musculaturas intercostais e fossas supra e intraclaviculares, além de abdome escavado. Paciente não conseguia mais falar em decorrência magnitude da lesão, expressava-se por sinais ou escrevia em um caderno cedido pela equipe de saúde. Como de rotina da nutrição, foram obtidas também as medidas antropométricas para a composição do diagnóstico nutricional, foram obtidos os seguintes dados: Peso atual = 34,5 kg, Altura = 1,52 m, IMC = 14,9 kg/m² (Desnutrição Grau III), %CMB = 76,1% (Desnutrição grave), % CB = 82,4% (Desnutrição leve), AMBc = 12,3 (Abaixo da média / risco de déficit) e %PCT= 15,7% (Desnutrição grave). Alimentação por via oral abaixo de 50% das necessidades nutricionais da paciente. Portanto diagnóstico nutricional de desnutrição grave, com base nos parâmetros antropométricos, exame físico e condições de alimentação. Foi então calculado o valor energético da paciente para ganho de peso segundo peso atual. **Conclusão ou Considerações Finais:** A paciente encontrava-se com diagnóstico nutricional de desnutrição grave com comprometimento significativo da alimentação por via oral. Com isso foi sugerido em prontuário e conversado com a paciente e acompanhante a possibilidade de outra alternativa de alimentação, que seria a gastrostomia, pois a alimentação por sonda nasointestinal não era possível, devido comprometimento da narina, e a permanência da via oral colocaria em risco a possibilidade de broncoaspiração da alimentação. No momento da internação foi oferecido para paciente uma dieta via oral buscando manter o seu tropismo intestinal, o próximo passo seria a realização da cirurgia para posicionamento da ostomia e em seguida o planejamento da equipe de saúde era iniciar uma dieta exclusiva via gastrostomia, sendo essa rica em calorias e proteínas capaz de garantir a manutenção do seu estado nutricional. No entanto ocorreu a recusa por parte da paciente quanto à alternativa de alimentação, ou seja, ela preferiu continuar a realizar a alimentação por via oral. A alimentação por via oral não garantia a quantidade suficiente de energia e proteínas para a paciente. Através da escuta do profissional da psicologia foi possível perceber que a alimentação por via oral para essa paciente representava um dos prazeres de vida, e que a possibilidade de colocação de uma gastrostomia representaria um grande desconforto para a mesma. Com isso, como profissional de saúde diversas vezes queremos buscar soluções para os problemas relacionados aos nossos pacientes, mas sempre temos que considerar o bem estar geral que é percebido pelo paciente como melhor para ele, principalmente na situação de cuidados paliativos, visto que o profissional de saúde é formado na arte de cuidar, devendo ter competência e técnica humanística com o paciente e seus familiares diante da finitude.

Descritores: Carcinoma de células escamosas, Cuidados paliativos, Estado nutricional.

Referências:

1. NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D. Patologia epitelial. Tradução de Vagner Gonçalves Bernardo. In: NEVILLE, B.W. et al. Patologia oral e maxilofacial. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. cap. 10, p. 410-23.
2. BRENER, S.; JEUNON, F.A.; BARBOSA, A.A.; GRANDINETTI, H.A.M. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. Revista Brasileira de Cancerologia; 53(1) 2007. 63-69p
3. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Disponível em: .
4. Mahan KL, Escott-Stump S. Krause alimentos, nutrição e dietoterapia. Rio de Janeiro; 12ª ed 2010. 1351p.