

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DE UM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE TUMOR DE CABEÇA DE PÂNCREAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Yasmim Moraes Martins¹; Luanny Kaísa de Oliveira Kauffmann²; Gabrielly Rodrigues Moura³; Fernando Vinícius Faro Reis⁴

¹Especialização em Oncologia, Universidade Federal do Pará (UFPA);

²Especialização em Saúde do Idoso, UFPA;

³Graduando, UFPA;

⁴Mestrado em Doenças Tropicais, UFPA

yasmimm.mts@hotmail.com

Introdução: O câncer de pâncreas é um dos tipos mais fatais apresentando altas taxas de mortalidade¹. Ainda que possa ser classificado como um tumor relativamente raro devido a sua incidência, sendo menos comum do que os tumores de pulmão, mama, estômago, fígado, intestino grosso e próstata, ocupa a 8ª posição no mundo entre óbitos resultantes de cânceres com cerca de 250 mil mortes anuais, significando cerca de 2,8% de todos os óbitos por câncer mundialmente². Os tumores de pâncreas mais encontrados são do tipo adenocarcinoma (que se origina no tecido glandular) e afetam o lado direito do órgão (que equivale a cabeça do pâncreas) e correspondem a 90% dos casos diagnosticados; as outras partes do pâncreas são classificadas como corpo (centro) e cauda (lado esquerdo)³. Devido ao fato de ser de difícil reconhecimento, o tumor de pâncreas apresenta alta taxa de mortalidade, em razão do diagnóstico demorado e da sua forma agressiva². De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA)¹, no Brasil, esse tipo de tumor é responsável por aproximadamente 2% de todos os tipos de câncer identificados e por 4% da totalidade de mortes pela doença. Conforme a União Internacional Contra o Câncer (UICC)¹ o câncer de pâncreas é raro antes dos 30 anos, tornando-se mais comum a partir dos 60 anos, os casos da doença aumentam de acordo com o avanço da idade: de 10/100.000 habitantes entre 40 e 50 anos para 116/100.000 habitantes entre 80 e 85 anos, a incidência é mais significativa em homens. Os pacientes em estágio avançado, que não são indicados a procedimento cirúrgico devido a irressecabilidade do tumor ou doença metastática, podem ser submetidos a procedimentos de descompressão da via biliar objetivando a melhora da sintomatologia como icterícia, prurido e dor, e prevenir colangite e disfunção hepática colestática⁴. O tabagismo é o agente mais importante na origem do câncer de pâncreas, sendo responsável por cerca de 30% de todos os casos, outras causas relacionadas incluem o histórico familiar da doença, idade, pancreatite crônica devido ao alcoolismo crônico ou pancreatite hereditária, cirrose, obesidade e, possivelmente, diabetes, além de uma alimentação rica em gorduras, que está associada a um maior risco de surgimento da doença, em contrapartida o aumento do consumo de frutas e vegetais pode reduzir o risco³. **Objetivos:** Descrever a experiência obtida por meio do acompanhamento nutricional de um paciente com câncer de cabeça de pâncreas internado na Clínica de Cirurgia do Hospital Universitário João de Barros de Barreto em Belém-PA no período de 31 de agosto de 2017 a 21 de setembro de 2017. **Descrição da Experiência:** Acompanhou-se o paciente do sexo masculino, 40 anos, casado, nível médio de escolaridade, desempregado, negou tabagismo, etilismo, Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) assim como alergias ou intolerâncias alimentares. No momento da admissão hospitalar o paciente foi diagnosticado com um tumor periampular, posteriormente identificado como tumor de cabeça de pâncreas, apresentava-se icterício, com prurido corporal generalizado, erupções cutâneas, dor abdominal e ausência de edemas periféricos. O paciente foi admitido na clínica de

cirurgia com o objetivo de realizar derivação biliodigestiva, gastroenteroanastomose em Y de Roux, drenagem de cavidade e laparotomia exploradora. Realizou-se avaliação nutricional antes e depois da cirurgia utilizando como parâmetros antropométricos peso(Kg), estatura(m), CB(cm), CMB(cm), PCT(mm) e MAP(mm). Além de parâmetros antropométricos, foram usados como meios de definir o diagnóstico nutricional a semiologia do paciente e exames bioquímicos. A avaliação do estado nutricional era realizada a cada 7 dias conforme rotina do hospital, além disso todos os dias eram avaliadas a ausência ou presença de alterações gastrointestinais, edemas, aceitação da dieta hospitalar, diurese e funções de eliminação. **Resultados:** Os procedimentos cirúrgicos foram realizados no dia 05/09 fazendo com que o paciente ficasse 5 dias no CTI. A partir daí a conduta dietoterápica foi de Nutrição Parenteral (NPP) e dieta zero via oral, após 3 dias a dieta via oral do paciente progrediu gradativamente de acordo com sua tolerância. Após alta do CTI o paciente retornou para o seu leito de origem, porém apresentou hemorragia e voltou para o centro cirúrgico com o objetivo de realizar nova laparotomia exploradora, drenagem bilateral e lavagem de cavidade. Depois disto, o paciente retornou para a clínica de cirurgia e não apresentou novas complicações. Em relação a dieta, o paciente permaneceu em NPP associada a dieta via oral com evolução gradativa conforme aceitação até o dia vinte de setembro onde houve o desmame da NPP e consumo via oral da dieta em consistência pastosa. No que refera ao estado nutricional do enfermo, a avaliação nutricional pré-cirúrgica obteve como resultados dos parâmetros antropométricos: peso igual a 70,9kg, 1,71m de altura, IMC igual a 24,28kg/m, desnutrição leve segundo %CB e %CMB e desnutrição moderada conforme indicava %PCT, ao exame físico apresentava a musculatura preservada em visão geral, abdome plano, sem edemas e icterícia, funções de eliminação e diurese preservadas, assim como sono e apetite. Na avaliação pós-cirúrgica observou-se que os parâmetros antropométricos permaneciam indicando os mesmos graus de desnutrição e que a perda ponderal de peso do paciente foi ínfima (300g). Após análise de todos os indicadores para estado nutricional o paciente teve seu diagnóstico de estado nutricional definido como desnutrição leve. Até a conclusão deste relato o paciente em questão permaneceu internado com previsão de alta hospitalar. **Conclusão ou Considerações Finais:** É fundamental o acompanhamento nutricional do paciente tanto no período pré como no pós cirúrgico. A intervenção nutricional adequada e precoce é de suma importância para minimizar complicações cirúrgicas e o comprometimento do estado nutricional do paciente, além de facilitar a sua recuperação por fornecer ao organismo suporte necessário a situações de inflamação e cicatrização.

Descritores: Estado nutricional, Pâncreas, Oncologia.

Referências:

1. Instituto Nacional do câncer. Câncer de pâncreas. 2017. Disponível em ><http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home>
2. Fonseca AA, Rêgo MAV. Tendência da mortalidade por câncer de pâncreas em Salvador- Brasil, 1980 a 2012. Revista Brasileira de Cancerologia. 2016;62(1):9-16.
3. Resende V, Santos JPLS, Gomes RV, Vidigal PVT, Pedrosa MS. Neoplasias papilíferas do trato biliar. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2014;41(6):445-450.
4. Torres JHG, Freitas RR. Cirurgia paliativa em pacientes com Tumor Periapular Irressecável: estudo retrospectivo de 5 anos em um Hospital em São José dos Campos – SP. Revista Ciências em Saúde. 2013;3(4):9-20.