

# INTERVENÇÃO DE FISIOTERAPIA RESIRATÓRIA EM PACIENTE COM NEOPLASIA MALIGNA DO TERÇO MÉDIO DO ESÔFAGO: UM RELATO DE CASO

Luan da Silva Moura <sup>1</sup>, Mirele Ruff Trojanh <sup>II</sup>

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Fisioterapia.

<sup>II</sup> Professora/supervisora do curso de Fisioterapia.

Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, *campus* Cachoeira do Sul – RS

## RESUMO

**Introdução:** Segundo a Organização Mundial da Sade (OMS) o câncer é a transformação de células normais em células tumorais com um processo de vários estágios. Um câncer relativamente incomum e extremamente letal é o de esôfago (CE), sendo considerada uma neoplasia maligna. Pacientes oncológicos que permanecem muito tempo hospitalizado acabam tendo alterações pulmonares que podem ser prevenidos, tratados ou aliviados, por meio da fisioterapia respiratória. **Objetivo:** O objetivo foi relatar as intervenções fisioterapêuticas pneumofuncionais realizadas em um paciente com neoplasia maligna do terço médio do esôfago, demonstrando a importância dessas na melhora do quadro clínico. **Metodologia:** Este estudo trata-se de um relato de caso, os atendimentos foram realizados no Hospital de Caridade e Beneficência (HCB), paciente O. P. S, sexo masculino, 57 anos, reside na zona urbana de Cachoeira do Sul e possui o diagnóstico clínico de neoplasia maligna do terço médio do esôfago. **Resultados:** Após as condutas realizadas com o paciente, esse apresentou melhora na pressão arterial (PA), frequência respiratória (FR) e frequência cardíaca (FC), estabilização da saturação de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) e ausculta pulmonar (AP). **Conclusão:** A fisioterapia é importante em pacientes que permanecem por longos períodos sofrendo com os efeitos da imobilidade no leito, devendo ser feita uma avaliação minuciosa antes, durante e após nosso atendimento para sabermos o efeito real das técnicas usadas. Agindo com cuidado, enfatizando sua qualidade de vida, dor e a fadiga além dos já mencionados anteriormente, buscando um prognóstico de continuação do tratamento fisioterapêutico para normalizar a ventilação pulmonar, saúde e bem-estar.

**Palavras-Chaves:** câncer, fisioterapia, qualidade de vida.

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Sade (OMS) o câncer é a transformação de células normais em células tumorais com um processo de vários estágios, que acabam progredindo de uma lesão pré-cancerosa para tumores malignos. Essas mudanças são o resultado das interações entre os fatores genéticos de uma pessoa e os agentes externos, como os cancerígenos físicos, substâncias químicas cancerígenas, e cancerígenos biológicos.<sup>1</sup>

Um câncer relativamente incomum e extremamente letal é o de esôfago (CE), sendo considerada uma neoplasia maligna. Ele acomete mais homens do que mulheres, surgindo com uma maior frequência depois dos 50 anos de idade (maior incidência aos 65) e está sendo associado a níveis sócio-econômicos mais baixos.<sup>2</sup>

Alguns fatores de risco que possuem íntima relação com CE são alimentos, bebidas quentes, vegetais em conservas (compostos nitrosos), agentes infecciosos (vírus

papiloma humano), fatores sócio-econômicos (má-nutrição), espru celíaco, síndrome de Plummer-Vinson, deficiências de micronutrientes (riboflavina, vitaminas A, C e E, zinco e molibdênio), tilose palmar, radioterapia prévia, neoplasias de cabeça/pescoço tratadas previamente, acalasia idiopática, megaesôfago chagásico e estenose cáustica prévia.<sup>3</sup>

No Brasil, este tipo de câncer é o 6º mais frequente entre os homens e 13º entre as mulheres. Seu tipo mais frequente é o carcinoma epidermoide escamoso, responsável por 96% dos casos. A estimativa de novos casos em 2018 é de 10.790, sendo 8.240 homens e 2.550 mulheres.<sup>4</sup>

O diagnóstico do CE frequentemente é tardio, pois seu principal sintoma, a disfagia, não ocorre até que o tumor tenha crescido o suficiente para causar algum sintoma obstrutivo. Os pacientes tendem a se ajustar à sua maior dificuldade de deglutição, alterando progressivamente sua dieta de alimentos sólidos para líquidos. Já com a progressão da obstrução, sintomas como dor e salivação excessiva ocorrem habitualmente, juntas com perda ponderal progressiva, sangramento, dor torácica, desnutrição e vômitos.<sup>5</sup>

Nos casos de câncer esofágico incurável e cirurgicamente irressecável, tendo como um dos principais problemas do paciente a dificuldade em alimentar-se, desnutrição e controle das fístulas traqueoesofágicas. As abordagens paliativas incluem dilatação endoscópica seriada, colocação cirúrgica de gastrostomia ou jejunostomia para hidratação e alimentação, em virtude dos efeitos que as neoplasias podem provocar nos pacientes, é necessária uma nutrição adequada para diminuir os efeitos adversos do tratamento.<sup>2,6</sup>

A equipe de cuidados paliativos deve ser constituída por médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentistas, assistentes sociais e inclusive capelão.<sup>7</sup>

As terapias que são consideradas padrão clinicamente para estes tumores localmente avançados são cirurgia isolada ou radioquimioterapia concomitantes. Outras formas de tratamento são experimentais como a radioquimioterapia seguida de cirurgia e a quimioterapia seguida de cirurgia.<sup>8</sup>

Pacientes oncológicos que permanecem muito tempo hospitalizado acabam tendo alterações pulmonares como a dispnéia, a atelectasia, o acúmulo de secreções e outros sintomas ou complicações respiratórias que podem ser prevenidos, tratados ou aliviados, por meio da fisioterapia respiratória. Bem como a imobilidade pode levar ao comprometimento gradual do condicionamento físico e da força muscular, a flexibilidade e da capacidade aeróbica, predispondo ao desenvolvimento da síndrome de imobilização. Esta, uma vez instalada, pode levar ao comprometimento da coordenação motora, à retração dos tendões com redução da amplitude de movimento articular e à atrofia dos músculos, que passam a apresentar pontos de dor, demonstrando a necessidade da atuação paliativa do fisioterapeuta para o bem estar e conforto do paciente.<sup>9,10</sup>

Devido ao grande crescimento de pacientes oncológicos nos últimos anos, o fisioterapeuta tem como objetivo alcançar em sua profissão a recuperação cinesiológica e funcional destes pacientes, e com isso o diagnóstico cinesiológico-funcional vai ser

fundamental para possibilitar um adequado estabelecimento de suas condutas, para que possa diminuir o tempo de recuperação e minimizar as sequelas decorrentes do CE. Visando uma melhora da qualidade de vida desses pacientes.<sup>11</sup>

A realização deste relato de caso foi com o intuito de adquirir mais conhecimento sobre esta patologia e de mostrar a importância da fisioterapia respiratória nessa situação. O objetivo foi relatar as intervenções fisioterapêuticas pneumofuncionais realizadas em um paciente com neoplasia maligna do terço médio do esôfago, demonstrando a importância dessas na melhora do quadro clínico.

## **METODOLOGIA**

Este estudo trata-se de um relato de caso, os atendimentos foram realizados no Hospital de Caridade e Beneficência (HCB), na cidade de Cachoeira do Sul, durante as sextas-feiras, na disciplina de Fisioterapia Pneumofuncional II da Universidade Luterana do Brasil - (ULBRA) no período de 14 de setembro a 23 de novembro de 2018.

Paciente O. P. S, sexo masculino, 57 anos, reside na zona urbana de Cachoeira do Sul e possui o diagnóstico clínico de neoplasia maligna do terço médio do esôfago. Foi realizada a avaliação fisioterapêutica no dia 09 de novembro de 2018, sendo atendido no leito 355C da unidade 350 do HCB. Encontrava-se emagrecido em decúbito dorsal na maca, calmo, lúcido e colaborativo, sua queixa principal era “dor na barriga”. Internou no hospital dia 17 de outubro de 2018 proveniente do pronto atendimento por disfagia com piora progressiva. Possui DPOC, é tabagista há 40 anos, cerca de 30 cigarros por dia e etilista, trabalha como servente de obras, mora sozinho e é solteiro. Não realiza nenhum tipo de atividade física e em seu histórico familiar apenas sua mãe possui diabetes mellitus.

Em seu tratamento clínico faz uso dos seguintes medicamentos: Brometo de N-butilescolamina, omeprazol, metoclopramida, heparina sódica, tenoxicam, cloreto de potássio e morfina.

Sinais vitais iniciais: PA= 90X70 mmHg, FC= 75 bpm, FR= 16 irpm, SpO2= 99% e AP= MV diminuído em bases e audível nos demais campos pulmonares.

Possuía acesso periférico em MSD, utilizava alimentação por jejunostomia, uma respiração apical em ar ambiente e tórax em tonel. Na palpação foi constatado, tórax rígido, dor no abdômen e sem dor no tórax além da expansibilidade torácica manual diminuída. Nos testes específicos, Escala visual analógica de dor ( EVA): 0 em repouso e 0 durante exercícios, Escala de Borg modificada: 0 em repouso e 0 durante exercícios, no laudo de avaliação postural apresentava simetria corporal, não deambulava e realizava trocas de decúbito sem auxílio. Testes como peak flow e a escala FACT-F não foi possível serem realizados pois não houve compreensão do paciente.

Realizou os seguintes exames complementares durante a internação: raio-x de esôfago e tórax que mostrou uma área de defeito de enchimento em nível de terço médio do esôfago torácico, medindo 7cm e hiperexpansão pulmonar, tomografia computadorizada de tórax com presença de líquido livre nos quadrantes superiores do abdômen e presença de pneumoperitônio.

Diagnóstico fisioterapêutico: hiperxpanção pulmonar e hipoventilação pulmonar. Objetivos: promover desinsuflação pulmonar, promover reexpansão pulmonar, educação do paciente e manter vias aéreas p rveas. Condu tas: para desinsufla o pulmonar, retardo expiratório em selo d' gua, TEMP, exercício de freno labial e PING-PONG, para reexpansão pulmonar, ciclo ativo da respira o, exercício de soluços inspiratórios, DEEP I e DEEP II associados com eleva o dos membros superiores, direcionamento de fluxo e máscara de EPAP, para educa o do paciente, orienta es sobre tosse, posicionamento e trocas de decúbito no leito e para manter vias aéreas p rveas, estímulo   tosse, huff e retardo expiratório em selo d' gua.

## RESULTADOS

Após as condutas realizadas com o paciente, esse apresentou melhora na pressão arterial (PA), frequência respiratória (FR) e frequência card cia (FC), estabiliza o da satura o de oxig nio (SpO2) e ausculta pulmonar (AP), demonstrados na tabela 1, com mensura o imediata após atendimento. Paciente foi deixado em decúbito dorsal no leito com a cabeceira elevada aos cuidados da equipe da enfermagem do hospital.

**Tabela 1: Sinais vitais (SV) antes e após o atendimento de fisioterapia.**

SV	INICIAL	FINAL
PA (mmHg)	90X70	90X50
FR ( irpm)	16	14
FC (bpm)	75	70
SpO2 (%)	99	99
AP	MV diminuído em bases e audível nos demais campos pulmonares	MV audível em todos os campos pulmonares

## DISCUSSÃO

Segundo Brandão et al. (2004) existem 3 propostas de tratamento básico para o câncer, o curativo onde se visa elimina o completa da doença, ou seja, sua cura; o paliativo onde se busca o controle da doença e de seus sintomas pelo maior tempo possível, proporcionando melhora na qualidade e um aumento de vida do paciente, porém sem a cura; e as medidas de suporte onde se permite ao organismo uma melhor convivência com a doença, diminuindo o sofrimento e evitando suas complica es.<sup>12</sup>

A Revista Brasileira de Cancerologia (2000) evidencia a importância da fisioterapia respiratória no controle de sintomas do câncer avançado em adultos já em cuidados paliativos atuando principalmente na melhora da qualidade de vida, dispneia, excesso de secre o brônquica e na melhora da ventila o pulmonar.<sup>13</sup>

Batiston, Matos e Arruda (2008) relatam que embora a atua o da fisioterapia nos cuidados paliativos ainda seja uma prática recente e pouco difundida,   incontestável a necessidade de ampliar a atua o do profissional de fisioterapia junto aos pacientes com câncer em estágio avançado, que não respondem mais aos tratamentos curativos. Estes pacientes apresentam diversos sintomas que podem ser minimizados pelo tratamento

fisioterapêutico, como, dores, sensações de cansaço e fraqueza, dispnéia, vômitos, náuseas, delírios, restrições físicas, que incluem imobilismo no leito, cirurgias, demais tratamentos, e também alterações psicológicas, como a depressão e ansiedade.<sup>14</sup>

Para Müller, Scortegagna e Moussalle (2011), a fisioterapia realiza sua intervenção em pacientes oncológicos paliativos por meio de técnicas, como a terapia manual, alongamentos, exercícios passivos, ativos e de fortalecimento muscular, mobilizações articulares, exercícios respiratórios, suporte de oxigênio, posicionamento, manobras de higiene brônquica, ventilação mecânica, entre outras.<sup>15</sup>

Para Pyszora, A. et al (2017), o principal objetivo da fisioterapia nesta população de pacientes é melhorar a qualidade de vida, aliviando os sintomas problemáticos e permitindo que os pacientes funcionem em um nível ideal. A eficácia da fisioterapia no tratamento de sintomas distintos em pacientes com câncer avançado foi confirmada em diversas ocasiões. O programa de fisioterapia reduz significativamente a gravidade da fadiga em pacientes diagnosticados com câncer avançado recebendo cuidados paliativos. Além disso, melhora o bem-estar geral dos pacientes e reduz a gravidade dos sintomas comórbidos, especialmente dor, sonolência, perda de apetite e a depressão.<sup>16</sup>

## **CONCLUSÃO**

A partir deste estudo podemos concluir que o tratamento de fisioterapia respiratória é muito importante em pacientes hospitalizados e que permanecem por muitos dias, semanas e até meses sofrendo com os efeitos da imobilidade no leito, indo desde as complicações pulmonares até as sistêmicas, devendo ser feita uma avaliação minuciosa antes, durante e após nosso atendimento para sabermos o efeito real das técnicas usadas. Em pacientes oncológicos ou em cuidados paliativos devemos agir com cuidado, enfatizando sua qualidade de vida, dor e a fadiga além dos já mencionados anteriormente, buscando um prognóstico de continuação do tratamento fisioterapêutico para normalizar a ventilação pulmonar e ofertar ao paciente saúde e bem-estar.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Folha informativa – Câncer: Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde. Disponível em <[https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com\\_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=839](https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=839)> acessado em 20/11/2018.
2. QUEIROGA R. C; PERNAMBUCO A. P. Câncer de esôfago: epidemiologia, diagnóstico e tratamento, Revista Brasileira de Cancerologia; 2006.
3. JUNIOR, V.T; et al. Aspectos atuais da terapêutica neo-adjuvante no carcinoma epidermóide do esôfago. revisão da literatura, Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, 20
4. Câncer de esôfago - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Disponível em <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/esofago/definicao>> acessado em 20/11/2018.

5. MONTEIRO, N. M. L; 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, 2009.
6. OLIVEIRA, H. S. D; BONETI, R. S; PIZZATO, A. C. Imunonutrição e o tratamento do câncer, Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 59-64, jul./dez. 2010.
7. KRAPP, E. W. PERSPECTIVA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS. CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC. INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL – CAMPUS PORTO ALEGRE, 2016.
8. H. M. RESENDE; E. J. CAMARGO; L. F. PITZER. Câncer de esôfago: da radioterapia à terapia trimodal – um “overview”, Revista Brasileira de Oncologia Clínica, 2012.
9. UNIC – Universidade de Cuiabá. Manual de cuidados paliativos em pacientes com câncer, UNATI/UERJ-UNIV.ABERTA 3.IDADE, 2009.
10. FLORENTINO, D. M; et al. A Fisioterapia no Alívio da Dor: Uma Visão Reabilitadora em Cuidados Paliativos. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, 2012.
11. DAROLT, J; FREITAS, T. P; FREITAS L. S. Diagnóstico cinesiológico-funcional de pacientes oncológicos internados no Hospital São José de Criciúma/SC, Arquivos Catarinenses de Medicina, 2011.
12. Brandão, C. L. C. e al, A imagem corporal do idoso com câncer atendido no ambulatório de cuidados paliativos do ICHC- FMUSP, Psicol. hosp. (São Paulo) v.2 n.2 São Paulo dez. 2004
13. Controle de sintomas do câncer avançado em adultos - normas e recomendações do INCA/MS, Revista Brasileira de Cancerologia, 2000, 46(3): 243-56.
14. BATISTON, A.; MATOS, L.G.H.; ARRUDA, M.F.G. Disfunções Físico-Funcionais em Pacientes Oncológicos: A Importância do Cuidado Paliativo. Revista Fisioterapia Brasil, 2008; 231-236.
15. MÜLLER, A.; SCORTEGAGNA, D.; MOUSSALLE, L. Paciente Oncológico em Fase Terminal: Uma Abordagem do Fisioterapeuta. Revista Brasileira de Cancerologia, 2011; 57(2): 207-215.
16. Pyszora, A., Budzyński, J., Wojcik, A. et al. Support Care Cancer (2017) 25: 2899. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3742>.

