

doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v.95i1p51-52>

Carta ao Editor

Avaliação do estado nutricional e da caquexia em pacientes diagnosticados com carcinoma epidermoide de cabeça e pescoço tratados com intenção curativa com quimiorradiação

Eduardo Furquim Simão¹, Gilberto de Castro Jr²

O carcinoma epidermoide (CEC) de cabeça e pescoço é um câncer frequente e que apresenta alta taxa de morbimortalidade. O câncer de cavidade oral, sítio mais frequente do grupo de câncer de cabeça e pescoço (CCP), ocupa o quinto lugar geral entre os tipos de câncer mais incidentes na população masculina, com estimativa de 11.280 casos novos para o ano de 2014¹. A alta taxa de mortalidade do CCP está associada a diagnóstico tardio, recidivas locorregionais e a distância, comorbidades e segundas neoplasias primárias, sendo que aproximadamente 50% dos pacientes sobrevivem após cinco anos de diagnóstico². O tratamento com quimiorradiação (QRT) concomitante, apesar de garantir benefício absoluto de 6,5% em 5 anos³, determina altas taxas de toxicidades agudas e tardias, associadas a pior qualidade de vida e a morbidades relacionadas ao tratamento. Dentre as toxicidades tardias, estão a caquexia e a desnutrição, que foram objetos de avaliação desse estudo.

A caquexia é definida como a perda de massa muscular com ou sem perda de tecido adiposo, frequentemente associada a anorexia, inflamação sistêmica e resistência à insulina⁴. Sua prevalência no CCP varia conforme o sítio acometido, podendo chegar a valores superiores a 30% considerando sítio e estágio⁵, e está intimamente relacionada com mortalidade nesses pacientes. Estima-se que 20% de todas as mortes por câncer estejam relacionadas a caquexia⁶.

Os objetivos do estudo foram: avaliar o estado nutricional e a presença da caquexia, quando presente, nos pacientes com CCP em remissão por pelo menos dois anos após tratamento com QRT concomitante baseada em cisplatina; avaliar os resultados do questionário “Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente” (ASG-PPP) e relacioná-los com a prevalência de caquexia. Foi um estudo transversal e uni-institucional; os pacientes elegíveis foram pacientes com CEC de CCP tratados com QRT com intenção curativa e livres de doença por pelo menos dois anos. Para o estudo, foram utilizadas e comparadas duas definições de caquexia presentes na literatura: a proposta por Evans et al.⁷, que considera presente quando há perda de, pelo menos, 5% em 12 meses ou menos tempo (ou IMC abaixo de 20 kg/m² quando não é possível obter o peso) associada a presença de pelo menos três dos cinco critérios – redução da força muscular (medida pela força de prensão palmar), fadiga (redução da performance em relação ao normal para o paciente), anorexia (redução da ingestão em relação à normal para o paciente), baixo índice de massa magra (circunferência muscular do meio do braço (CMMB) menor que o 10º percentil) e alterações bioquímicas (proteína C-reativa maior que 5 mg/L ou hemoglobina menor que 12 g/dL ou albumina sérica abaixo de 3,2 g/dL); a proposta por Fearon et al.⁸, que considera a presença de caquexia quando há perda de 5% ou mais do peso nos últimos seis meses ou IMC menor

Carta referente ao trabalho “Avaliação do estado nutricional e da caquexia em pacientes diagnosticados com carcinoma epidermoide de cabeça e pescoço tratados com intenção curativa com quimiorradiação” premiado no 34º COMU - Congresso Médico Universitário da FMUSP, SP, 2015.

1. Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

2. Orientador, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Gilberto de Castro Jr. ICESP - Av. Dr. Arnaldo, 251 - 5º andar. 01246-000 - Cerqueira César, São Paulo, SP.

que 20 kg/m² associado a perda ponderal maior que 2% ou índice de músculo esquelético apendicular consistente com sarcopenia (CMMB < 5º percentil) associado a perda ponderal maior que 2%. O diagnóstico nutricional obtido pelo ASG-PPP^{9,10} indica um valor numérico que está relacionado ao risco de desnutrição e uma classificação global (três estágios).

Recrutou-se um total de 78 pacientes. Os resultados do estudo mostraram idade média de 58,8±9,4 anos, predomínio do sexo masculino (74%) e de tumor primário em orofaringe (45%). O peso perdido durante o tratamento foi 6,35±4,9 kg, em média, e o recuperado no período pós-tratamento até o recrutamento foi 5,5±8,6 kg, havendo, portanto, uma recuperação quase completa do peso sem diferença significativa entre as médias do pré-tratamento e do recrutamento; 12 (16%) apresentaram IMC < 20 kg/m² no recrutamento. O critério proposto por Evans et al.⁷ apresentou prevalência de caquexia de 7 (9,7%), sendo que, quando desconsiderada a perda de peso e apenas avaliada a presença dos outros critérios, a prevalência aumenta para 23 (37,1%). O critério de Fearon et al.⁸, por sua vez, apresentou prevalência de caquexia de 17 (26,2%). Em relação ao diagnóstico nutricional, 16 (21,6%) se apresentaram como moderadamente desnutrido ou com suspeita de má nutrição; 18 (24,3%) dos pacientes apresentam score maior ou igual a 9, o que

indica necessidade crítica de manejo dos sintomas.

Os resultados permitem concluir que os pacientes com diagnóstico de CEC-CCP e que estão livres de doença há pelo menos dois anos ainda apresentam efeitos da doença e do tratamento em sua saúde. Como foi visto, apesar de apenas 9,7% dos pacientes não apresentarem recuperação do peso no período pós-tratamento, 37,1% persistem com: redução da força muscular, fadiga, anorexia, baixo índice de massa magra e alterações bioquímicas. Quando comparados os dois critérios, aquele proposto por Fearon et al.⁸ resultou em maior prevalência, uma vez que não torna obrigatório a presença de perda ponderal de pelo menos 5% do peso para diagnóstico da caquexia; o valor de prevalência nesse critério (26,2%) inclusive se aproxima da prevalência de pacientes que necessitam criticamente de manejo dos sintomas pelo ASG-PPP (24,3%).

Se por um lado, a recuperação do peso e a ausência da caquexia possam indicar que o paciente esteja de fato livre de doença, por outro, é possível supor que os pacientes com caquexia mais grave, em atividade, não foram recrutados, seja por apresentarem recidivas antes do recrutamento ou porque sofreram intercorrências e morte. Devido à alta prevalência da caquexia e sua relação com a morbimortalidade nesses pacientes, diagnosticá-la precocemente é importante para que seja tratada e manejada adequadamente.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Estimativa 2014 – incidência de câncer no Brasil, Rio de Janeiro (RJ). Rio de Janeiro; 2013. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>.
2. Molinolo AA, Amornphimoltham P, Squarize CH, Castilho RM, Patel V, Gutkind JS. Dysregulated molecular networks in head and neck carcinogenesis. *Oral Oncol.* 2009;45:324-34. doi: 10.1016/j.oraloncology.2008.07.011.
3. Pignon JP, le Maître A, Maillard E, Bourhis J. Meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer (MACH-HN): an update on 93 randomised trials and 17,346 patients. *Radiother Oncol.* 2009;92(1):4-14. doi: 10.1016/j.radonc.2009.04.014.
4. Hoff PMG, Katz A, Filho VO, Novis YS. Resposta inflamatória sistêmica e caquexia no paciente oncológico. In: Hoff PMG, Chammas R, Novis Y, Odoni Filho V. *Tratado de oncologia*. São Paulo: Atheneu; 2013. Seção I, Cap. 33, p. 447-451.
5. Couch ME, Dittus K, Toth MJ, Willis MS, Guttridge DC, George JR, Barnes CA, Gourin CG, Der-Torossian H. Cancer cachexia update in head and neck cancer: definitions and diagnostic features. *Head Neck.* 2015;37(4):594-604. doi: 10.1002/hed.23599.
6. Tisdale MJ. Cachexia in cancer patients. *Nat Rev Cancer.* 2002;2(11):862-71. doi: 10.1038/nrc927.
7. Evans WJ, Morley JE, Argilés J, Bales C, Baracos V, Guttridge D, et al. Cachexia: a new definition. *Clin Nutr.* 2008;27(6):793-9. doi: 10.1016/j.clnu.2008.06.013.
8. Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol.* 2011;12:489-95. doi: 10.1016/S1470-2045(10)70218-7.
9. Bauer J, Capra S, Ferguson M. Use of the scored patient-generated subjective global assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. *Eur J Clin Nutr.* 2002;56:779-85. doi: 10.1038/sj.ejcn.1601412.
10. Campos JADB, Prado CD. Adaptação cultural da avaliação subjetiva global-produzida pelo paciente (ASG-PPP) para o português do Brasil. In: Prado CD. *Avaliação nutricional de pacientes com câncer [dissertação]*. Araraquara: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP, Faculdade de Ciências; 2009. Cap.2, p.36-54. Disponível em: http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/88679/prado_cd_me_arafcf.pdf?sequence=1.