



**Bárbara Martins Soares Cruz  
Larissa Louise Campanholi  
(Organizadoras)**

# **A Residência Multiprofissional em Oncologia**



**Bárbara Martins Soares Cruz  
Larissa Louise Campanholi  
(Organizadoras)**

# **A Residência Multiprofissional em Oncologia**

2019 by Atena Editora  
Copyright © Atena Editora  
Copyright do Texto © 2019 Os Autores  
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora  
Editora Chefe: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonella Carvalho de Oliveira  
Diagramação: Karine de Lima  
Edição de Arte: Lorena Prestes  
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Faria – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sandra Regina Gardacho Pietrobom – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí  
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)</b>	
R433	A residência multiprofissional em oncologia [recurso eletrônico] / Organizadoras Bárbara Martins Soares Cruz, Larissa Louise Campanholi. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.  Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-872-4 DOI 10.22533/at.ed.724192312  1. Oncologia. I. Cruz, Bárbara Martins Soares. II. Campanholi, Larissa Louise.  CDD 616.992
<b>Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422</b>	

Atena Editora  
Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

A coleção “Residência Multiprofissional em Oncologia” é uma obra que tem como foco principal a experiência agregada à ciência através de trabalhos que compõe seus capítulos. Os volumes abordarão de forma categorizada os trabalhos, pesquisas, relatos de casos, relatos de experiência e/ou revisões que permearam a experiência adquirida nos programas de residência multiprofissional que tem como objetivo construir competências compartilhadas para o cuidado em saúde, por meio da ação articulada entre diferentes profissionais, tendo como base fundamental os Princípios e Diretrizes do SUS.

O objetivo foi apresentar de forma clara estudos desenvolvidos em programas de residências multiprofissionais do país. Em todos os trabalhos o foco foram vivências evidenciadas e transformadas em artigos científicos.

Diversos temas foram apresentados aqui com a proposta de fomentar o conhecimento de acadêmicos e profissionais e de alguma forma estimular a participação nos programas de residência.

Deste modo a obra Residência Multiprofissional em Oncologia apresenta uma teoria bem fundamentada nos resultados práticos obtidos pelos diversos professores e acadêmicos que arduamente desenvolveram seus trabalhos que aqui serão apresentados de maneira concisa e didática. Sabemos o quão importante é a divulgação científica, por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Bárbara Martins Soares Cruz  
Larissa Louise Campanholi

# SUMÁRIO

## INTERVENCIONISTAS

### **CAPÍTULO 1 ..... 1**

ANÁLISE DE CUSTO E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO USO DE TRASTUZUMABE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO

Rosali Maria Ferreira da Silva  
Rayanne Vitória Oliveira da Costa Tavares  
Aracelly França Luis  
Alba Tatiana Serafim do Nascimento Dimech  
José de Arimatéa Rocha Filho  
Juvanier Romão Cruz  
Douglas Tavares de Albuquerque  
Maria Joanellys dos Santos Lima  
Thâmara Carollyne de Luna Rocha  
Williana Tôrres Vilela  
Pedro José Rolim Neto

**DOI 10.22533/at.ed.7241923121**

### **CAPÍTULO 2 ..... 14**

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DOS CURATIVOS DE DEISCÊNCIA PÓS-OPERATÓRIA DE CIRURGIA POR CÂNCER DE MAMA

Adrielle Oliveira Azevedo de Almeida  
Cristina Poliana Rolim Saraiva dos Santos  
Juliana Cunha Maia  
Altamira Mendonça Félix Gomes  
Régia Christina Moura Barbosa Castro  
Ana Fátima Carvalho Fernandes

**DOI 10.22533/at.ed.7241923122**

## RELATOS DE CASO

### **CAPÍTULO 3 ..... 21**

CARCINOMA HEPATOCELULAR EM PACIENTE JOVEM SEM FATORES DE RISCO - RELATO DE CASO

Gabriela Andrade Dias de Oliveira  
Elizabeth Araujo Dias Silva  
Luciana Ferreira Alves  
Maria Luiza Tabosa de Carvalho Galvão  
Caio César Maia Lopes  
Vitória Maia Pereira Albuquerque  
Leila Coutinho Taguchi

**DOI 10.22533/at.ed.7241923123**

### **CAPÍTULO 4 ..... 29**

IMPORTÂNCIA DA COLONOSCOPIA DE SCREENING COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DE TUMOR NEUROENDÓCRINO DE RETO

**DOI 10.22533/at.ed.7241923124**

<b>CAPÍTULO 5 .....</b>	<b>31</b>
PERCEPÇÃO DA PERDA DE CABELOS EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDOS AOS PROTOCOLOS QUIMIOTERÁPICOS ACT, AC E TC EM USO DE RESFRIAMENTO CAPILAR	
Letícia Noelle Corbo Adriana Serra Cypriano Isabel Ordalia Ribeiro de Castro	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7241923125</b>	
<b>CAPÍTULO 6 .....</b>	<b>41</b>
RELATO DE CASO:REMISSÃO TOTAL POR TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO DE RECIDIVA AGRESSIVA DE ADENOCARCINOMA-ENDOMETRIOIDE PÓS CIRURGIA	
Arthur Didier Marques Miguel Xavier Bezerra Barbossa Maria Tereza Santiago Saeger Michael Billy dos Anjos Lima Oséas Nazário de Oliveira Júnior Eriberto de Queiroz Marques Junior	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7241923126</b>	
<b>RELATOS DE EXPERIÊNCIA</b>	
<b>CAPÍTULO 7 .....</b>	<b>45</b>
PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO MULTIPROFISSIONAL AO IDOSO HOSPITALIZADO COM CÂNCER: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Mariana dos Santos Natalya Lima de Vasconcelos Chanthelly Lurian Medeiros de Paula Mayara de Lucena Rangel Thayenne Cruz Nascimento	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7241923127</b>	
<b>CAPÍTULO 8 .....</b>	<b>51</b>
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E CÂNCER	
Clícia Valim Côrtes Gradim Bianca Maria Oliveira Luvisaro	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7241923128</b>	
<b>REVISÕES</b>	
<b>CAPÍTULO 9 .....</b>	<b>56</b>
A EXPERIÊNCIA DE ADOECER DE CÂNCER E O PROJETO DE SER	
Fabiola Langaro Daniela Ribeiro Schneider	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7241923129</b>	
<b>CAPÍTULO 10 .....</b>	<b>67</b>
IMUNOTERAPIA: NO TRATAMENTO DO CÂNCER	
Raimunda Leite de Alencar Neta Ingridy Michely Gadelha do Nascimento Thiago Antunes Adriano de Andrade Gislayne Tacyana dos Santos Lucena	
<b>DOI 10.22533/at.ed.72419231210</b>	

<b>CAPÍTULO 11</b> .....	<b>77</b>
CARACTERÍSTICAS E TERAPÊUTICA DO TUMOR BORDERLINE DE OVÁRIO	
Ingridy Michely Gadelha do Nascimento	
Raimunda Leite de Alencar Neta	
Maria Iranilda Silva Magalhães	
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa	
Yuri Charllub Pereira Bezerra	
Patrícia Peixoto Custódio	
Maria Alciene Saraiva de Souza	
<b>DOI 10.22533/at.ed.72419231211</b>	
<b>CAPÍTULO 12</b> .....	<b>85</b>
OSTEOSSARCOMA E FISIOTERAPIA	
Bruna Reguim de Brito	
Matheus Henrique Silva Souza	
Gabriela Resende Yanagihara	
<b>DOI 10.22533/at.ed.72419231212</b>	
<b>SOBRE AS ORGANIZADORAS</b> .....	<b>95</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO</b> .....	<b>96</b>

## CARCINOMA HEPATOCELULAR EM PACIENTE JOVEM SEM FATORES DE RISCO - RELATO DE CASO

**Gabriela Andrade Dias de Oliveira**

Universidade Federal de Pernambuco  
Recife – PE

**Elizabeth Araujo Dias Silva**

Universidade Federal de Pernambuco  
Recife – PE

**Luciana Ferreira Alves**

Universidade de Pernambuco  
Recife – PE

**Maria Luiza Tabosa de Carvalho Galvão**

Universidade de Pernambuco  
Recife – PE

**Caio César Maia Lopes**

Universidade de Pernambuco  
Recife – PE

**Vitória Maia Pereira Albuquerque**

Universidade Federal de Pernambuco  
Recife – PE

**Leila Coutinho Taguchi**

Hospital Universitário Oswaldo Cruz  
Recife – PE

icterícia e ascite. Diagnóstico realizado por marcadores sorológicos, métodos de imagem e confirmação histológica com biópsia. Opções de tratamento são: ressecção, transplante, injeção local de substâncias tóxicas, radioterapia, quimioterapia, embolizações, radiofreqüência e criocirurgia. Preconiza-se o acompanhamento de pacientes com fatores de risco, visando ao diagnóstico precoce do tumor. Resultados: A.P.N, 37 anos, sexo feminino, admitida em Março/2017 no Hospital Universitário Oswaldo Cruz queixando-se de sonolência, anorexia e episódios de síncope, com início dos sintomas há 1 mês. Ao exame: emagrecida (perda de 5kg em 1 mês), febril ao toque, abdome doloroso à palpação, fígado pétreo à 10cm do rebordo costal direito. A tomografia computadorizada evidenciou fígado aumentado, contornos irregulares, densidade heterogênea, múltiplos nódulos sólidos; além de nódulos pulmonares. A Biópsia hepática confirmou neoplasia glandular maligna, hepatocarcinoma (grau II/III de Edson Steiner), sem invasão angiolinfática. Estádio clínico IV (metástase pulmonar) com início dos cuidados paliativos, evoluindo para óbito no dia 19/07/2017. Conclusão: O CHC é um câncer agressivo, os pacientes geralmente apresentam-se estádio avançado ao diagnóstico, impossibilitando a cura. A partir deste contexto, cabe à equipe multidisciplinar em cuidados paliativos visualizar o sofrimento

**RESUMO:** Introdução: O Carcinoma hepatocelular (CHC) é mais frequente em homens, com pico de incidência aos 70 anos, está muito associado à preexistência de doenças hepáticas crônicas. A sintomatologia está relacionada ao comprometimento da atividade hepática, como encefalopatia,

do doente como componente importante, prestando uma assistência total e continuada, que envolve não apenas o paciente, mas também sua família. Destaca - se que a paciente não se enquadra nos fatores de risco para CHC: mulher, 37 anos, com sorologias negativas para hepatites virais e sem doença hepática crônica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Carcinoma hepatocelular; Palição; Oncologia

## HEPATOCELLULAR CARCINOMA IN YOUNG PATIENT WITHOUT RISK FACTORS - CASE REPORT

**ABSTRACT:** Introduction: Hepatocellular carcinoma (HCC) is more frequent in men, with a peak incidence at 70 years, and is very associated with the pre-existence of chronic liver diseases. Symptoms are related to impairment of liver activity, such as encephalopathy, jaundice and ascites. Diagnosis performed by serological markers, imaging methods and histological confirmation with biopsy. Treatment options are resection, transplantation, local injection of toxic substances, radiotherapy, chemotherapy, embolization, radiofrequency and cryosurgery. The follow-up of patients with risk factors is recommended for early tumor diagnosis. Results: A.P.N, 37 years old, female, admitted in March / 2017 at Oswaldo Cruz University Hospital complaining of drowsiness, anorexia and syncope episodes, with symptoms beginning 1 month ago. On examination: thinner (5kg loss in 1 month), feverish to the touch, painful abdomen on palpation, stony liver 10cm from the right costal margin. Computed tomography showed enlarged liver, irregular contours, heterogeneous density, multiple solid nodules; besides pulmonary nodules. Liver biopsy confirmed malignant glandular neoplasia, hepatocellular carcinoma (Edson Steiner grade II/III), without angiolymphatic invasion. Clinical stage IV (pulmonary metastasis) with the beginning of palliative care, progressing to death on 07/19/2017. Conclusion: HCC is an aggressive cancer, patients are usually at an advanced stage of diagnosis, making cure impossible. From this context, it is up to the multidisciplinary palliative care team to visualize the patient's suffering as an important component, providing total and continuous care that involves not only the patient, but also his family. It is noteworthy that the patient does not fit the risk factors for HCC: female, 37 years old, with negative serology for viral hepatitis and without chronic liver disease.

**KEYWORDS:** Hepatocellular carcinoma; Palliation; Oncology

### 1 | INTRODUÇÃO

O hepatocarcinoma ou carcinoma hepatocelular (CHC) é um tumor primário do fígado que usualmente se desenvolve no cenário de uma doença hepática crônica, principalmente em pacientes com cirrose, hepatite B crônica ou infecção pelo vírus da hepatite C. O diagnóstico de CHC pode ser difícil e usualmente requer o uso de uma ou mais modalidades de exames de imagem. O ideal é que os tumores sejam detectados com tamanho igual ou menor a 2 cm, para que mais opções terapêuticas sejam viáveis.

O quadro clínico do CHC é variável, podendo apresentar-se desde forma assintomática até doença grave, com risco de vida, como hemorragia por varizes. Muitos pacientes podem apresentar sintomas decorrentes da cirrose subjacente, possivelmente manifestando características de descompensação. (NJEI, 2015)

O CHC resulta em aproximadamente 800 mil mortes por ano no mundo. Segundo o INCA, o hepatocarcinoma é responsável por aproximadamente 5 mil óbitos todo ano apenas no Brasil. O CHC possui um padrão bem sedimentado de distribuição geográfica, por gênero e idade. O padrão de distribuição também difere entre os grupos raciais e étnicos dentro de uma mesma localização, sendo mais frequentes em indivíduos asiáticos, em relação aos caucasianos, negros e hispânicos. Essas diferenças provavelmente se relacionam com as variações regionais de exposição ao vírus da hepatite e patógenos ambientais. Regiões de alta incidência incluem países da África subsariana, China, Hong Kong e Taiwan. A América do Sul se insere em uma área de baixa incidência. No Brasil, o CHC é um câncer menos comum na população, apresentando um maior número de casos, segundo dados do DataSUS, nos estados do Sul e do Sudeste. (NJEI, 2015)

Em todo o mundo é notada maior prevalência em indivíduos do sexo masculino, numa proporção que varia em torno de 2 a 6 vezes o número de mulheres diagnosticadas. Entre os fatores de distribuição também se insere a idade avançada: o CHC é mais prevalente na população idosa, possuindo pico de incidência entre a sexta e sétima década de vida. O CHC é o quinto câncer mais diagnosticado em homens, o nono em mulheres e a quarta causa de mortes por câncer no mundo. A maioria dos casos ocorre em pacientes com história de doença hepática ou cirrose. Entre os fatores de risco importantes para o desenvolvimento de CHC, tem-se a infecção pelos vírus da hepatite B, hepatite crônica pelo vírus da hepatite C, hemocromatose e cirrose de qualquer causa. Em uma análise global realizada em 2012, mais de 50% dos pacientes possuíam a infecção pelo vírus da hepatite B e 20% pelos vírus da hepatite C como causa atribuída ao CHC, sendo esses os principais fatores de risco para o surgimento desta neoplasia. (NJEI, 2015)

## 2 | RELATO DE CASO

A.P.N, 37 anos, sexo feminino, admitida em Março/2017 no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) após ter apresentado um episódio de sonolência excessiva, desorientação e perda da consciência, associado à febre intermitente, perda ponderal, astenia e hiporexia há 1 mês. Foi encaminhada ao HUOC com o resultado de uma tomografia computadorizada de abdome, que evidenciou: dois nódulos sólidos em lobo inferior do pulmão direito, sugestivo de implante secundário, fígado com dimensões aumentadas, contornos irregulares, bordos rombos e densidade heterogênea por apresentar múltiplos nódulos sólidos com tamanhos variados, o maior no segmento VII do lobo direito, medindo 13,4 x 12,0 x 9,5 cm, de aspecto exofítico. A paciente

também estava em acompanhamento com mastologista por ter apresentado na ultrassonografia mamária múltiplos nódulos mamários bilaterais, todos menores que 1 cm, e BI-RADS III. Além disso, alfa fetoproteína estava aumentada com valores de 45.000 ng/ml e 71.000 ng/ml, ambas de março/2017. As sorologias para hepatites B e C foram negativas, e A.P.N não possuía histórico de etilismo crônico.

A paciente apresentou-se ao exame físico com estado geral bom, anictérica, acianótica, hipocorada (+/++++), emagrecida (perda de 5kg em 1 mês), febril ao toque, com abdome doloroso à palpação e fígado pétreo à 10 cm do rebordo costal direito.

Foi realizada a biópsia hepática, cujo resultado mostrou tecido hepático com arquitetura lobular preservada, discreta balonização dos hepatócitos e ausência de neoplasia nas amostras estudadas. Repetiu-se a biópsia, e o segundo resultado evidenciou fragmento de neoplasia glandular maligna compatível com hepatocarcinoma clássico moderadamente diferenciado (grau II/III de Edmonson e Steiner), sem evidências de invasão angiolímfática ou necrose, estágio clínico IV.

Durante o internamento paciente evoluiu com episódios de hipoglicemia assintomáticos e, eventualmente, sintomáticos. Além de um episódio de convulsão focal e um de taquicardia supraventricular paroxística auto-limitada, sem fator desencadeante evidente.

Os cuidados paliativos foram iniciados e a paciente evoluiu para óbito no dia 19/07/2017.

### 3 | DISCUSSÃO

A apresentação clínica do hepatocarcinoma é muito variável, dependendo de fatores como estágio da doença e presença de doença hepática pré - existente. Vários estudos têm reconhecido uma diferença na apresentação, dependendo se o CHC apresenta-se em paciente com cirrose hepática. Pacientes cirróticos geralmente apresentam descompensação hepática, que leva à ascite, encefalopatia, icterícia e hemorragia por varizes. Pacientes não cirróticos são mais propensos a apresentarem mais sintomas constitucionais tais como perda de peso, anorexia ou mal-estar. A dor abdominal é a queixa mais frequente tanto dos pacientes cirróticos como não cirróticos. (HOFF, 2013)

Pacientes com CHC podem desenvolver também síndromes paraneoplásicas, que na maioria das vezes estão associadas a um pior prognóstico. Algumas manifestações são: hipoglicemia, que geralmente ocorre em casos avançados de CHC, como resultado de uma alta necessidade metabólica do tumor, quando há uma severa redução dos níveis plasmáticos de glicose, pode ocorrer letargia e confusão mental. Menos de 5% dos tumores secretam fator de crescimento semelhante à insulina - II, podendo causar hipoglicemia severa e sintomática em estágios iniciais da doença. Hipercalemia pode estar presente associado à metástase óssea, mas também pode ocorrer sem metástase devido à secreção da proteína relacionada ao hormônio da

paratireóide. Diarreia pode ocorrer em alguns casos, tendo relação com o aumento da secreção de peptídeos, como a gastrina. (CHANG, 2013)(TIETGE, 1998)(YEN,2008) (STEINER, 1986)

As metástases podem estar presentes no momento do diagnóstico em 10 - 15% e são mais comuns em pacientes com tumores em estágios avançados: > 5 cm, com invasão vascular de grandes vasos. Os sítios mais comuns de metástase são pulmão, linfonodos intra-abdominais, ossos e glândula adrenal, nesta ordem. (UKA, 2007) (HARDING, 2018)

A abordagem diagnóstica de pacientes sem doença hepática crônica inclui a identificação de fatores de risco para lesões hepáticas sólidas, exames sorológicos para a pesquisa de doenças hepáticas e exame de imagem. A escolha do tipo de exame de imagem deve ser individualizada, baseada na disponibilidade do método, contraindicações e preferências do paciente. Exames de imagem contrastados de tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética são acurados para o diagnóstico de CHC. (MAUCORT-BOULCH, 2018)( AKINYEMIJU, 2017)

Nos pacientes que possuem alto risco para o desenvolvimento do CHC, o diagnóstico pode ser feito apenas com exame de imagem, sem necessidade de biópsia. Em pacientes sem fatores de risco, a confirmação deve ser dada pelo exame histológico. (MAUCORT-BOULCH, 2018)( AKINYEMIJU, 2017)

Alfa fetoproteína (AFP) é o marcador tumoral mais utilizado nos testes de triagem para CHC, porém apresenta especificidade de aproximadamente 80% e sensibilidade de aproximadamente 60%. As concentrações de AFP podem ser normais em até 30% dos pacientes no momento do diagnóstico. Os níveis de AFP são maiores em CHC avançado, comparado com CHC em estágios iniciais. A AFP pode ser útil para monitorar a progressão do tumor, a resposta ao tratamento ou detectar a recorrência da doença. (YEN, 2008)(HOFF, 2013)

Quanto à terapêutica, o tratamento do CHC varia de acordo com o grau de lesão e também com o nível de comprometimento hepático gerado pela doença de base, que na maioria das vezes está presente. Pode ser classificado em curativo e não curativo. (JGM, 2014)(NCCN, 2019)

Dentre as modalidades terapêuticas curativas, destacam-se a ressecção hepática, o transplante do órgão e a ablação local. A ressecção hepática está indicada para os pacientes que possuem fígados saudáveis, desde que excluídas causas extra-hepáticas e considerado o volume hepático remanescente. A análise criteriosa das condições clínicas de cada paciente é fundamental para a correta indicação dessa modalidade terapêutica, em virtude da possibilidade de ocorrência de isquemia hepática e sangramento transoperatórios. Ambos eventos são preditores de risco de falência hepática pós-operatória. Pacientes com fígado cirrótico podem submeter-se a ressecção, desde que estejam classificados em Child-Pugh A e não apresentem sinais de hipertensão portal, com níveis de bilirrubina normais e sejam preditores de apresentar volume remanescente do órgão maior que 50%. (JGM, 2014) (NCCN, 2019)

Outra modalidade curativa bem estabelecida para pacientes com CHC é o transplante do órgão. Em geral, indica-se o transplante para aqueles pacientes com cirrose avançada, com tumor restrito ao fígado e que reúnam os critérios de Milão ou da UCFS. Ao que parece, o transplante hepático apresenta melhores resultados de sobrevida em 5 anos e recorrência do CHC em comparação a ressecção. A vantagem desse tratamento se encontra na possibilidade de restaurar a função hepática além de promover a cura da neoplasia. Pode-se, ainda, ser indicada para pessoas com CHC em fases iniciais e que possuam risco cirúrgico elevado uma abordagem loco regional, que visa eliminar as células cancerosas e diminuir o tamanho do tumor. Isso pode ser conseguido por meio da injeção percutânea de substâncias como álcool ou ácido acético, ou mesmo por meio de técnica de ablação por radiofrequência. (JGM, 2014) (NCCN, 2019)

Os pacientes em estágios mais avançados (B, C ou D da classificação BCLC) podem se beneficiar do tratamento não curativo, que embora não vise a cura do câncer, é capaz de aumentar a sobrevida e promover melhor qualidade de vida para essas pessoas. Dentre as modalidades não curativas destacam-se a quimioembolização, quimioterapia e cuidados paliativos. A quimioembolização consiste na obstrução do fluxo arterial, que irriga o tumor, associada à injeção de substâncias quimioterápicas, e é a terapia indicada para pacientes na categoria B da classificação BCLC. Atualmente, a quimioterapia está indicada para pacientes na categoria C e o único medicamento aprovado e que promove aumento na sobrevida é o Sorafenibe. (JGM, 2014) (NCCN, 2019)

Aos pacientes que se encontram em estágio terminal (categoria D da BCLC) é recomendado os cuidados paliativos, com medidas de suporte. Os cuidados paliativos podem ser definidos como o cuidado multidisciplinar, ativo e total do ser humano, considerando suas dimensões biopsicossocial e espiritual. Essa modalidade de tratamento visa principalmente o aumento da qualidade de vida do paciente, bem como o fornecimento de suporte familiar. Grande parte desse tratamento de suporte pode ser prestado pela equipe de médicos assistentes e o momento ideal da consulta de cuidados paliativos especializados depende dos recursos locais e da necessidade do doente. Componentes importantes dos cuidados paliativos incluem: explorar o entendimento do paciente sobre sua doença e prognóstico, avaliar e gerenciar sintomas, solicitar e discutir metas de cuidados e coordená-los. A abordagem dos cuidados no fim da vida deve ser guiada pelos objetivos e valores do paciente no contexto do prognóstico atual e das opções de tratamento disponíveis. (NCCN, 2019) (HEIMBACH, 2017)

## 4 | CONCLUSÃO

O CHC caracteriza-se por ser um câncer agressivo, que se apresenta em estágio avançado ao diagnóstico, tornando mínimas as chances de cura. Normalmente ocorre em pacientes com história de hepatopatia crônica e cirrose, acometendo principalmente idosos, com prevalência do sexo masculino. O presente trabalho relata o caso de uma paciente jovem, previamente hígida e sem fatores de risco prévios como a infecção por vírus das hepatites B e C ou alcoolismo crônico, que apresentou CHC já metastático ao diagnóstico. O quadro iniciou-se de forma súbita, a paciente apresentou sinais e sintomas graves de síndrome paraneoplásica e evoluiu para o óbito. Nesse contexto, diante do diagnóstico inesperado de uma doença terminal em paciente jovem, pode-se concluir que a terapêutica paliativa deve ser encarada como um cuidado que coexiste com a terapêutica curativa, visando principalmente o aumento da qualidade de vida e de morte do paciente. Cabe à equipe multidisciplinar em cuidados paliativos visualizar o sofrimento do paciente e sua família, oferecer controle da dor e dos sintomas físicos e angustiantes bem como suporte psicológico e emocional, incluindo a assistência ao luto.

## REFERÊNCIAS

AKINYEMIJU, T. et al. **The Burden of Primary Liver Cancer and Underlying Etiologies From 1990 to 2015 at the Global, Regional, and National Level: Results From the Global Burden of Disease Study.** JAMA Oncology, 2017.

CHANG, P. et al. **Epidemiology and Prognosis of Paraneoplastic Syndromes in Hepatocellular Carcinoma.** ISRN Oncology, v. 2013, p. 1-8, 2013.

HARDING, J. et al. **Frequency, Morbidity, and Mortality of Bone Metastases in Advanced Hepatocellular Carcinoma.** Journal of the National Comprehensive Cancer Network, v. 16, n. 1, p. 50-58, 2018.

Heimbach J, Kulik LM, Finn R, et al. **AASLD guidelines for the treatment of hepatocellular carcinoma.** Hepatology 2017.

HOFF, P. et al. **Tratado de Oncologia.** Atheneu, 2013.

[https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/default.aspx](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx) (Accessed on September 09, 2019).

**Journal of Gastroenterology of Mexico (JGM)** (Edição em Inglês), Volume 79, Edição 4, Outubro - Dezembro de 2014, Páginas 250-262

LOK, A. et al. **Des-γ-Carboxy Prothrombin and α-Fetoprotein as Biomarkers for the Early Detection of Hepatocellular Carcinoma.** Gastroenterology, v. 138, n. 2, p. 493-502, 2010.

MAUCORT-BOULCH, D. et al. **Fraction and incidence of liver cancer attributable to hepatitis B and C viruses worldwide.** International Journal of Cancer, v. 142, n. 12, p. 2471-2477, 2018.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). **NCCN Clinical practice guidelines in oncology.**

Njei B, Rotman Y, Ditah I, Lim JK. **Emerging trends in hepatocellular carcinoma incidence and mortality.** Hepatology 2015; 61:191

STEINER, E. **Hepatocellular Carcinoma Presenting With Intractable Diarrhea**. Archives of Surgery, v. 121, n. 7, p. 849, 1986.

TIETGE, U. et al. **Hepatoma with severe non-islet cell tumor hypoglycemia**. The American Journal of Gastroenterology, v. 93, n. 6, p. 997-1000, 1998.

UKA, K. **Clinical features and prognosis of patients with extrahepatic metastases from hepatocellular carcinoma**. World Journal of Gastroenterology, v. 13, n. 3, p. 414, 2007.

YEN, T. et al. **Hypercalcemia and parathyroid hormone-related protein in hepatocellular carcinoma**. Liver, v. 13, n. 6, p. 311-315, 2008.

## **SOBRE AS ORGANIZADORAS**

**Bárbara Martins Soares Cruz** - Fisioterapeuta. Mestre e doutora em Oncologia (A. C. Camargo Cancer Center). Pós-graduada em Fisioterapia em Terapia Intensiva (Inspirar). Pós-graduanda em Fisioterapia Cardiorrespiratória (Inspirar). Linfoterapeuta® (Clínica Angela Marx). Formação em Reequilíbrio Toracoabdominal® - RTA®. Docente na Uni Ateneu (unidade Lagoa de Messejana). Docente na Faculdade Inspirar (unidades Sobral e Teresina).

**Larissa Louise Campanholi** - Possui graduação em Fisioterapia pelo CESCAGE (2005), pós-graduação em Fisioterapia Cardiorrespiratória pelo CBES (2007), aperfeiçoamento em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal pelo Hospital Pequeno Príncipe (2007), especialista em Fisioterapia em Oncologia pela ABFO/COFFITO (2012), mestrado (2009) e doutorado (2013) em Oncologia pela Fundação Antonio Prudente - A. C. Camargo Cancer Center. Atualmente é fisioterapeuta do Instituto Sul Paranaense de Oncologia (ISPON), docente do curso de Fisioterapia do CESCAGE e de diversas pós-graduações de Oncologia, coordenadora do curso de pós-graduação em Oncologia no IBRATE, Diretora Científica da Associação Brasileira de Fisioterapia em Oncologia (ABFO) e membro do comitê de fisioterapia da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Adoecer 53, 56, 63, 65  
Alopecia 31, 32, 33, 34, 38, 39, 40  
Assistência Integral à Saúde 45  
Atuação Fisioterapêutica 85, 93  
Avastin 41, 42, 43

### C

Câncer 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 27, 31, 32, 33, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 77, 79, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 91, 93, 94  
Câncer de Mama 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 31, 32, 33, 38, 39, 52, 53, 54, 66, 75, 81  
Carcinoma Endometriode 42  
Carcinoma epitelial do ovário 78  
Carcinoma hepatocelular 21, 22  
Colonoscopia de screening 29

### D

Deiscência de Ferida Operatória 14

### E

Enfermagem 14, 17, 19, 20, 31, 50, 65

### F

Fisioterapia 12, 85, 87, 93, 94, 95

### H

Hospitalização 45, 49, 60, 64

### I

Idoso 45, 46, 47, 48, 49, 50  
Imunoterapia 67, 69, 70, 72, 73, 74, 75  
Internato 51

### N

Neoplasia 6, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 26, 29, 33, 41, 42, 51, 73, 79, 82  
Neoplasia da Mama 14, 15  
Neoplasias Endométrio 42  
Neoplasias ovarianas 77, 78, 79, 80

## O

Oncologia 12, 14, 21, 22, 27, 29, 31, 34, 38, 39, 40, 41, 45, 51, 56, 65, 67, 69, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 82, 85, 87, 92, 95

## P

Palição 22

Perfil Epidemiológico 1, 2, 11, 12

Projeto de ser 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65

## R

Recidiva 41, 42, 43, 44, 67

Remissão 41, 42, 43

Residência 7, 14, 21, 29, 31, 41, 45, 47, 51, 54, 56, 67, 77, 85

## S

Sarcoma Osteogénico 85, 87

Saúde pública 50, 66, 67, 68, 87

## T

Terapêutica 25, 27, 29, 69, 74, 77, 78, 82, 83, 92

Trastuzumabe 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

Tratamento de Feridas 14, 19, 20

Tumor neuroendócrino de reto 29

## V

Violência 51, 52, 53, 54, 55

