

CIRURGIA DE CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO: A ESPECIFICIDADE DOS CUIDADOS À PESSOA COM FARINGOSTOMA E ESOFAGOSTOMA

Head and neck cancer surgery: the specificity of care for pharingostoma and esophagostoma

Lucinda Pires

Enfermeira IPO Lisboa
Portugal

cindapires@gmail.com

Inês Frade

Enfermeira Especialista em Médico-cirúrgica
Doutoranda em Enfermagem pela
Universidade de Lisboa & Escola Superior de
Enfermagem de Lisboa
IPO Lisboa, Portugal
inesfrade9@hotmail.com

Anabela Almeida

Enfermeira com Formação Avançada
em Cuidados à Pessoa Ostomizada
IPO Porto, Portugal
anamachado64@gmail.com

Susana Miguel

Enfermeira Especialista em Médico-cirúrgica
Aluna do Doutoramento em Enfermagem na
Universidade Católica
IPO Lisboa, Portugal
susanasamiguel@gmail.com

RESUMO: Temos como objetivo descrever os cuidados específicos à pessoa com faringostoma e esofagostoma, impulsionadores da melhoria da prática clínica e da qualidade de vida da pessoa. Cirurgias como a laringectomia total induzem enorme impacto físico, social e emocional na pessoa e família, cujas consequências e possíveis complicações são potenciadas quando seguidas da confecção de um faringostoma e esofagostoma. A pessoa com faringostoma e esofagostoma requer cuidados diferenciados que incluem a realização do penso, vigilância e cuidados específicos, não esquecendo os cuidados inerentes à ostomia respiratória, bem como a todas as outras dimensões da pessoa (psicológica, social, cultural e espiritual). Perante toda a complexidade cirúrgica, as pessoas portadoras deste tipo específico de estomas carecem de intervenções de enfermagem especializadas, as quais são baseadas na evidência. E incidem em prevenir complicações e contribuir para a qualidade de vida da pessoa, justificando-se igualmente a necessidade de intervenção de toda a equipa multidisciplinar.

PALAVRAS-CHAVE: Esofagostoma; Faringostoma; Cuidados de enfermagem; Cirurgia; Cancro de cabeça e pescoço.

ABSTRACT: *Our aim is to describe the specific care for people with pharingostoma and esophagostoma, drivers of improving clinical practice and the quality of life of patients. Surgeries such as total laryngectomy instigate a huge physical, social and emotional impact on the person and family, whose consequences and possible complications are enhanced when accompanied by the confection of a pharingostoma and esophagostoma. The person with pharingostoma and esophagostoma requires differentiated care that includes the dressing, surveillance and specific care, not forgetting the care inherent to the respiratory ostomy, as well as all other dimensions of the person (psychological, social, cultural and spiritual). In view of all the surgical complexity, people with these specific types of stomas require specialized nursing interventions, based on evidence, to prevent complications and to improve their quality of life, thereby justifying the need for intervention by the entire multidisciplinary team.*

KEYWORDS: *Esophagostomy; Pharingostomy; Nursing care; Surgery; Head and neck cancer.*

Introdução

Particularmente nos países em desenvolvimento, o cancro de cabeça e pescoço é considerado um problema mundial de saúde pública (Lenza, Silva, Sonobe, Buetto & Martins, 2013). Como fatores de risco *major* para o aparecimento do cancro de cabeça e pescoço destacam-se o tabaco, a ingestão de álcool, bem como a interação de ambos e o vírus do papiloma humano. Outros fatores adicionais englobam défice na dieta de vitaminas e minerais, o estado imunitário, condições hereditárias e exposição a fatores de risco profissionais (Chi, Day & Neville, 2015).

O cancro da laringe e hipofaringe são tumores malignos frequentes na área de cabeça e pescoço (Wang et al., 2020). O cancro da laringe é um dos tumores que mais comumente atinge a região da cabeça e pescoço, representando 25% dos tumores malignos que afetam esta área e 2% de todas as doenças malignas (Lenza et al., 2013). A nível da laringe e hipofaringe, os tumores que afetam estas áreas têm uma incidência em Portugal de 1% e 0,72%, respetivamente (Bray et al., 2018). O tratamento cirúrgico é o tratamento mais comum para este tipo de neoplasias (Wang et al., 2020).

Quando se procede à confecção de um Faringostoma ou de um Esofagostoma?

Perante tumores da laringe com invasão faríngea, é necessário realizar laringectomia total e remover grande parte da faringe, havendo em algumas situações necessidade de confecionar um faringostoma para prevenir complicações cirúrgicas, tais como fistulas faringocutâneas, principalmente quando não existe a possibilidade de encerramento imediato com retalho ou enxerto.

A fistula faringocutânea é uma comunicação entre o trato digestivo e a pele do pescoço e é a complicação mais comum após laringectomia total, sendo elevada a sua taxa de morbilidade, a qual pode ocorrer entre a 1ª e a 4ª semana após a cirurgia (Do, Chung, Chang, Kim, & Rho, 2017; Álvarez-Morujó et al., 2020). É uma complicação grave que tem um grande impacto na qualidade de vida da pessoa, atrasando a cicatrização da ferida operatória, aumentando a permanência no hospital, afetando funções como a recuperação vocal e da deglutição (Wang et al., 2020). Quando existe a presença de fistula, o risco de infeção aumenta, podendo ocorrer rutura da artéria carótida

ou da veia jugular, assim como rejeição do próprio retalho (Do et al., 2017).

O início da dieta oral, perante a presença de fistula, fica atrasado, e pela necessidade de antibioterapia e cicatrização, o começo do tratamento complementar com radioterapia pode também ficar comprometido (Do et al., 2017). Nestas situações pode ocorrer a formação de um faringostoma, não decorrente de um procedimento cirúrgico, mas decorrente da complicação de uma fistula faringocutânea. A fistula faringocutânea requer uma abordagem global desde a prevenção ao tratamento, onde o enfermeiro desempenha um papel crucial na deteção precoce e no sucesso do tratamento (Do et al., 2017). Quando a fistula faringocutânea é detetada tardiamente, existe má vascularização, extensa inflamação e necrose, podendo ser necessário primeiro construir cirurgicamente um faringostoma, de forma a isolar a ferida do fluxo de saliva e do conteúdo faríngeo, sendo posteriormente feita a reconstrução, quando a ferida estiver estável e limpa (Do et al., 2017).

O faringostoma consiste numa comunicação entre a faringe restante e o exterior através da pele cervical, por onde é drenada saliva, e associado a este estoma encontra-se o esofagostoma (Binelfa, Acuña, González, Gattorno, & González, 2006), que consiste numa ligação do esófago à pele cervical, local onde se introduz uma sonda esofagogastrica (SEG), para alimentação e hidratação (Ferro & Marty, 2009). O momento da cirurgia é essencial e deve permitir-se a possibilidade de encerramento espontâneo, o que significa geralmente 3 meses (Mallet & Kara, 2008).

Diagnósticos e intervenções de enfermagem à pessoa com o Faringostoma e Esofagostoma

Cirurgias *major* como a laringectomia total provocam enorme impacto físico, social e emocional na pessoa e família (Canduela et al., 2018) cujas consequências e possíveis complicações estão potenciadas na presença de um faringostoma e esofagostoma.

A pessoa com faringostoma e esofagostoma (Figura 1) requer cuidados específicos e individualizados, pela complexidade cirúrgica e pela proximidade do trato digestivo com a via respiratória, o que inclui assegurar que não há passagem de saliva ou alimentação para a árvore traqueobrônquica.

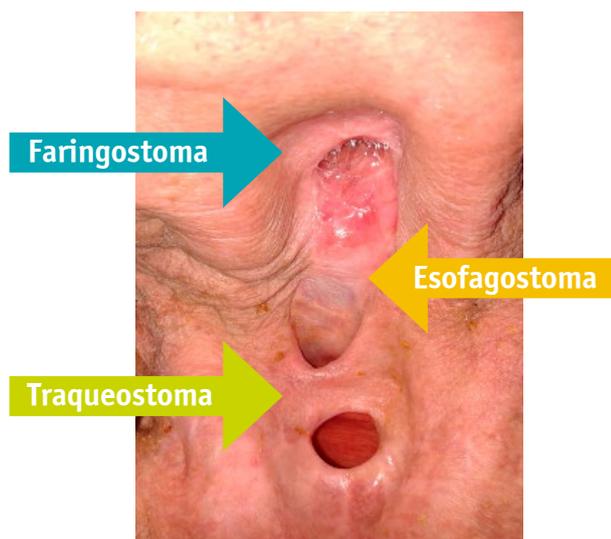


Figura 1. Localização das diferentes estruturas: Faringostoma, Esofagostoma e Traqueostoma. Fonte: Pires, 2018

O período de tempo até ao encerramento do faringostoma e esofagostoma é longo, implicando geralmente prolongados períodos de internamento e a necessidade de cirurgia(s) reconstrutiva(s). Da nossa experiência, percebemos que a pessoa, a maior parte das vezes, tem apenas real consciência do seu estado após a alta hospitalar e quando retorna ao seu domicílio e ao convívio com a sua família e amigos.

Com a confecção de um faringostoma, a saliva passa a ser drenada para o exterior através do mesmo, requerendo por parte da equipa de enfermagem uma contínua vigilância, avaliação e adaptação, não só dos materiais utilizados para a realização do penso, mas também nos ensinamentos realizados à pessoa ou familiar acerca do autocuidado.

Tendo em conta o tipo de efluente do faringostoma (saliva) e a sua quantidade, a humidade será contínua, levando muitas vezes ao aparecimento de feridas de humidade na pele circundante ao faringostoma, principalmente na sua porção inferior. É consensual que a primeira linha de cuidados deve ser sempre a prevenção de situações de lesão visto que, com a existência de lesão, há um aumento dos custos de saúde, bem como um aumento das horas de cuidados de enfermagem (Martinho, Faustino & Escada, 2012). Com esse intuito devem ser realizados ensinamentos à

pessoa sobre não deglutir a saliva e a higiene da pele com produtos de limpeza que não alterem o pH, devendo ser preferencial o uso do tradicional “sabão”, e posteriormente aplicar-se um hidratante/emoliente (Martinho et al., 2012). Nas pessoas em risco de desenvolver uma dermatite por incontinência recomenda-se um agente que tenha a função de proteção, que pode ser um creme barreira ou a película polimérica (Martinho et al., 2012). Assim, a limpeza da zona deve ser realizada com cloreto de sódio a 0,9% e mediante a avaliação realizada pode ser utilizada uma película de proteção cutânea, que vai criar um revestimento respirável e transparente na pele ou um creme barreira.

Na realização do penso do faringostoma, existem vários materiais que podem ser utilizados, devendo o mesmo ser adaptado à pessoa, tendo em conta a fase de cicatrização em que o faringostoma se encontra, a localização do mesmo, a quantidade de efluente, o estado da pele em redor, se se encontra a fazer tratamento com radioterapia e o conforto da pessoa. A execução do penso do faringostoma pode passar pela utilização de compressas de tecido não tecido ou carboximetilcelulose como penso primário (o mesmo não deve exercer pressão sobre o faringostoma) e como penso secundário, podem ser utilizadas compressas ou pensos absorventes. A literatura apresenta o uso de alginato no tratamento de fistulas faringocutâneas para a gestão do exsudato salivar (González-Antolín, 2017).

O uso de fraldas/absorventes de incontinência com maior capacidade de absorção e de afastar a humidade do contacto com a pele é também descrito como uma medida adjuvante (Martinho et al., 2012).

Em termos de fixação do penso, pode ser utilizado adesivo (deve ser realizada tricotomia frequente para maior adesividade), ligadura (evitando que a mesma faça compressão cervical) ou rede tubular (nº 6/8, tendo em conta o doente e dimensão do penso realizado).

Dependendo da localização do faringostoma, existe também a possibilidade de adaptação de saco de fistula ou de dispositivo de ostomia de eliminação. Na escolha do material deve ser tomada em conta a quantidade de saliva/efluente e a capacidade da pessoa ou familiar/cuidador em colocar o dispositivo em drenagem ou substituir o mesmo.

Para assegurar a continuidade de cuidados é necessário proceder ao registo no Sclínico dos cuidados realizados, sendo que o alvo dos nossos cuidados é o doente e o familiar/cuidador.

No pós-operatório são diversos os focos que estão subjacentes aos cuidados destes doentes, que incluem a ferida cirúrgica, limpeza das vias aéreas, autocuidado, imagem corporal e conhecimento entre outros. Optámos por nos focarmos nos cuidados dirigidos ao cuidar do faringostoma e esofagostoma. O nosso foco será a capacitação para o autocuidado, uma vez que por um período de tempo indeterminado, mas por norma prolongado, existe a necessidade de cuidados ao faringostoma, na maioria dos casos mais do que uma vez por dia. Essa capacitação para o autocuidado será sempre adaptada à pessoa ou familiar/cuidador, após avaliação da capacidade das mesmas. Esta é iniciada ainda enquanto a pessoa se encontra internada, continuando durante o seu acompanhamento em ambulatório.

Os cuidados com o traqueostoma são igualmente importantes, uma vez que tanto o faringostoma como o esofagostoma são frequentemente confeccionados anatomicamente acima do traqueostoma, tornando-o vulnerável à entrada, quer de saliva, quer de conteúdo alimentar para a árvore traqueobrônquica. Para prevenir que tal aconteça, muitas vezes opta-se por colocar alginato de cálcio em tira ou compressa enrolada em redor da cânula externa. Por vezes, torna-se necessário o uso de cânula com cuff, quando a quantidade de saliva/efluente é muito elevada ou existe frequente refluxo gastro esofágico, tornando-se necessário articular com a equipa médica para instituição de terapêutica.

O Quadro 1 mostra os principais diagnósticos e intervenções direcionadas para a ostomia respiratória. De salientar que o suporte informático de registo – Sclínico – não possui nenhum diagnóstico dirigido especificamente ao cuidado ao faringostoma, pelo que em complemento utilizamos algumas intervenções dirigidas aos cuidados à pele e penso, utilizando as notas gerais para escrever a restante informação pertinente.

Tal como com o faringostoma, também a pele peri traqueostoma deve ser vigiada, de forma a evitar o aparecimento de lesões de humidade. Caso seja necessário deve-se utilizar película de proteção cutânea ou creme barreira.

Associado ao faringostoma é confeccionado também um esofagostoma, por onde é introduzida uma PEG (gastrostomia percutânea endoscópica) para alimentação e hidratação. A manutenção da mesma requer cuidados e ensinamentos que devem ser realizados à pessoa e ao seu familiar/cuidador, tais como: fixação da PEG com fita de nastro; verificação

Quadro 1. Diagnósticos e intervenções dirigidas à pessoa com ostomia respiratória. Fonte: Sclínico

Foco: Autocuidado

	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
PRÓPRIO	Potencial para melhorar o conhecimento para promover o autocuidado da ostomia respiratória	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre ostomia respiratória • Ensinar sobre complicações do estoma • Avaliar potencial para melhorar conhecimento • Avaliar conhecimento para promover o autocuidado da ostomia respiratória • Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado da ostomia respiratória
	Potencial para melhorar a capacidade para promover o autocuidado da ostomia respiratória	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar no autocuidado: traqueostomia • Instruir a troca de cânula de traqueostomia • Avaliar potencial para melhorar a capacidade • Treinar o trocar de cânula de traqueostomia • Instruir o autocuidado à ostomia respiratória
CUIDADOR	Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador sobre ostomia respiratória	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento do cuidador sobre ostomia respiratória • Ensinar o prestador de cuidados sobre traqueostomia • Ensinar o cuidador sobre dispositivos para ostomia respiratória
	Potencial para melhorar a capacidade do cuidador para tratar da ostomia respiratória	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir o cuidador no uso de dispositivos de ostomia respiratória • Treinar o cuidador no uso de dispositivos de ostomia respiratória • Instruir o cuidador para tratar do estoma • Treinar o cuidador a tratar o estoma • Avalia a capacidade do cuidador para tratar da ostomia respiratória

do nível a que se encontra a PEG antes de iniciar a administração de alimentação; indicação para não se deitar cerca de 1 hora após a refeição, optando por permanecer sentado ou deambular; realização de polifracionamento alimentar e administração lenta da dieta.

Como estratégia para proteção da via aérea e consequente prevenção de aspiração pulmonar, deve-se controlar o conteúdo gástrico e reduzir o refluxo gastroesofágico (Moro, 2004). Para prevenir a passagem de alimentação para árvore traqueobrônquica em caso de refluxo gastroesofágico, é colocada uma compressa em redor da PEG que exerce um efeito tipo tamponamento.

De forma a assegurar a continuidade de cuidados, através dos registos utilizamos o foco autocuidado da ostomia de alimentação, promovendo o potencial para melhorar o conhecimento e capacidade do próprio e do familiar/cuidador (Quadro 2).

Quadro 2. Diagnósticos e intervenções dirigidas à pessoa com ostomia de alimentação. Fonte: Scfínico

Foco: Autocuidado

	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
PRÓPRIO	Potencial para melhorar o conhecimento para promover o auto cuidado da ostomia de alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre complicações do estoma • Avaliar potencial para melhorar conhecimento • Avaliar conhecimento para promover o auto cuidado de ostomia de alimentação • Ensinar sobre a ostomia de alimentação • Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado da ostomia de alimentação
CUIDADOR	Potencial para melhorar a capacidade no autocuidado da ostomia de alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir o autocuidado ao estoma • Treinar autocuidado ao estoma • Avaliar potencial para melhorar a capacidade • Avaliar capacidade para autocuidado da ostomia de alimentação • Instruir para o uso de dispositivos de alimentação • Treinar o uso de dispositivos de ostomia de alimentação
	Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador sobre ostomia de alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento do cuidador sobre ostomia de alimentação • Ensinar o cuidador sobre os dispositivos para ostomia de alimentação

Torna-se importante salientar que, na pessoa que é submetida a laringectomia total com confecção de faringostoma e esofagostoma, a realização de cuidados orais é fundamental, tendo em conta a extensão da cirurgia, o estado nutricional de base da pessoa, a localização das suturas operatórias e o tipo de efluente que este estoma drena (saliva). A realização preventiva de cuidados orais é essencial para a redução de pneumonias em doentes em estado crítico, assim como a higiene oral com antisséptico, assumem uma grande importância na redução da carga microbiana, melhorando o quadro clínico, reduzindo infeções e propiciando condições favoráveis à melhoria da pessoa (Romani & Cruz, 2013; Silveira, Maia, Gnatta, & Lacerda, 2010). É fundamental que os enfermeiros compreendam a importância da realização dos cuidados orais na pessoa submetida a confecção de faringostoma e esofagostoma, assim como a importância dos ensinamentos realizados acerca dos mesmos, não só à pessoa mas também aos seus familiares/cuidadores.

É função da equipa de enfermagem ensinar, instruir, treinar, supervisionar e apoiar a pessoa com ostomia respiratória no desenvolvimento do seu conhecimento e capacidade para o autocuidado da mesma. Este processo inicia-se no internamento, devendo ser mantido no ambulatório, referenciando posteriormente para os apoios na comunidade.

A monitorização e seguimento destas pessoas deve ser realizada por um enfermeiro com formação específica na área da Estomaterapia, englobando a avaliação do estado geral da pessoa, a avaliação do estoma e pele periestoma, capacitação para o autocuidado e adesão ao plano terapêutico, adequando a periodicidade deste seguimento às necessidades da pessoa (DGS, 2017). Este seguimento deve ser realizado para reavaliação do autocuidado, prevenção e deteção de complicações da pele peri-estoma e do estoma e avaliação da adaptação aos acessórios de ostomias, introduzindo alterações, sempre que necessário (DGS, 2017).

Conclusão

Predominantemente, o tratamento do faringostoma e esofagostoma é conservador, devendo a equipa de enfermagem atuar de modo a manter a pessoa estável, o mais independente possível, realizando os cuidados inerentes. Da nossa prática clínica, e pelo facto deste tipo de situa-

ções não serem muito comuns, constatamos que existe algum desconhecimento na comunidade sobre como cuidar de uma pessoa com faringostoma e esofagostoma. Sintetizamos por essa razão aqueles que nos parecem ser os cuidados mais específicos neste tipo de situação.

O nosso maior foco é a capacitação da pessoa com faringostoma e esofagostoma e seus familiares/cuidadores para a realização do autocuidado, promovendo a sua readaptação à sua nova condição.

O planejamento dos cuidados de enfermagem, com base em conhecimentos e habilidades técnico-científicas acerca do tratamento de feridas, aliadas à dimensão psicossocial e tendo em conta as necessidades físicas e emocionais da pessoa, resultará em intervenções de maior qualidade, procurando que o retorno da pessoa à comunidade se faça com a maior qualidade de vida possível.

Referências bibliográficas

- Álvarez-Morujó, R. G. O., Pascual, P. M., Tucciarone, M., Fernández, M. F., Encabo, R. S., & Guirado, T. M. (2020). Salvage total laryngectomy: is a flap necessary? *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 86(2), 228-236. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2018.11.007>.
- Binelfa, L.F., Acuña, G.S., González, A.H., Gattorno, J.L.A., & González, P.C. (2006). Cierre quirúrgico de la fístula faringocutánea postlaringectomía: nota técnica. *Anales de Otorrinolaringología Mexicana*, 51(1) 26-32.
- Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel RL, Torre LA, & Jemal A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394-424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492> PMID:30207593.
- Canduela, P.D.C., González, I.A., Durban R.B., Suárez, A.S., Secall, M.T., & Arias, P.L.P. (2018). Rehabilitación del paciente laringectomizado. Recomendaciones de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. *Acta Otorrinolaringológica Española*. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2018.01.003>.
- Chi, A. C., Day, T. A., & Neville, B. W. (2015). Oral cavity and oropharyngeal squamous cell carcinoma – An update. *A Cancer Journal for Clinicians*, 65(5), 401-421. <https://doi.org/10.3322/caac.21293>.
- Do, S. B., Chung, C. H., Chang, Y. J., Kim, B. J., & Rho, Y. S. (2017). Risk factors of and treatments for pharyngocutaneous fistula occurring after oropharynx and hypopharynx reconstruction. *Archives of Plastic Surgery*, 44(6), 530. <https://doi.org/10.5999/aps.2017.00906>.
- Ferro, D., & Marty, A. (2009). Esofagostomas Cervicales. *SACD Revista*, I-154, 1-10.
- González-Antolín O. (2017). Tratamiento local de un faringostoma secundario a osteoradionecrosis. *Enfermería Clínica*, 27(3), 193-202.
- Lenza, N., Silva, S., Sonobe, H., Buetto, L., & Martins, L. (2013). Fístula Faringocutánea em Paciente Oncológico: Implicações para a Enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 59 (1), 87-94.
- Mallet, Y., & Kara, A. (2008). Cirugía de los orostomas y faringostomas. *EMC-Cirugía Otorrinolaringológica y Cervicofacial*, 9(1), 1-9. [https://doi.org/10.1016/S1635-2505\(08\)70855-7](https://doi.org/10.1016/S1635-2505(08)70855-7)
- Martinho, J., Faustino, L., & Escada, M. (2012). Vantagens do uso de cremes barreira vs película polimérica, em dermatites de contacto e lesões por humidade. *Journal of Aging & Innovation*, 1(6), 21-23
- Moro, E.T. (2004). Prevenção da aspiração pulmonar do conteúdo gástrico. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 54(2), 261 – 275.
- Norma nº 011/2016. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Atualizada em 03/03/2017.
- Romani, J.M., & Cruz, I. (2013). Oral hygiene in highly complex patient: infection control - literature review. *Journal of Specialized Nursing Care*, 6(1), 1-10.
- Silveira, I. R., Maia, F.O.M., Gnatta, J.R., & Lacerda, R.A. (2010) Higiene bucal: prática relevante na prevenção de pneumonia hospitalar em pacientes em estado crítico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(5), 697-700.
- Wang, M., Xun, Y., Wang, K., Lu, L., Yu, A., Guan, B., & Yu, C. (2020). Risk factors of pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy: a systematic review and meta-analysis. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 277(2), 585-599. <https://doi.org/10.1007/s00405-019-05718-9>.