

8.^a GUÍA

TERAPIA NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CANCER DE ESÓFAGO Y CÁNCER GÁSTRICO

Índice

- Introducción
- Impacto de la desnutrición en estos pacientes
- Tratamiento médico nutricional
- Tratamiento médico nutricional en los distintos escenarios clínicos
 - Neoadyuvancia quimio+/-radioterapia
 - Perioperatorio
 - Adyuvancia
 - Paciente no quirúrgico candidato a tratamiento sistémico
 - Terapia en paciente en cuidados paliativos y supervivientes
- Conclusiones
- Bibliografía



PARTICIPANTES

- **José Ignacio Botella Carretero**

Jefe de Sección de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

- **Miguel Cambor Álvarez**

Jefe de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.

- **Luis González Bayón**

Cirujano general. Jefe de la Unidad de Peritoneo, Retroperitoneo y Pelvis Compleja del H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.

- **María José Martínez Ramírez**

Jefe de Sección y Directora de la Unidad de Gestión Clínica del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario de Jaén. Jaén.

- **Samara Palma Milla**

Coordinadora de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética Hospital Universitario La Paz. Madrid.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de esófago es la 7ª neoplasia en incidencia en el mundo (3,1% de todos los cánceres, GLOBOCAN 2020) y en España ocupa el puesto 12º (unos 2400 casos en 2020, SEOM). El cáncer gástrico es 5º en incidencia en el mundo (5,6% GLOBOCAN 2020) y 7º en España (7600 casos en 2020, SEOM). En mortalidad el cáncer gástrico ocupa el 8º lugar y el cáncer de esófago más allá del 10º lugar en España. Son pues neoplasias de baja incidencia en nuestro país, pero que causan una alta mortalidad. Se presenta en pacientes >60años, predomina en el varón 2:1 y son factores de riesgo alcohol, tabaquismo, obesidad, H. pylori, gastritis atrófica, reflujo biliar. Su tratamiento es complejo (cirugía, radio, quimio e inmunoterapia) y requiere un equipo multidisciplinar en el que es imprescindible la presencia del especialista en nutrición. Al afectar el tracto digestivo alto presentan una afectación nutricional precoz que, junto con el impacto del tratamiento, hacen obligatoria una terapia nutricional a lo largo de todo el proceso.

Esta Guía de Terapia Nutricional abarca dos áreas anatómicas:

- **Cáncer Esofágico y de la unión gastro-esofágica.**
- **Cáncer Gástrico.**

Estadio tumoral.

Los tumores loco-regionales se dividen en precoces (Tis y T1a y T1b) y avanzados (T2-T4, cualquier N). Los precoces son poco frecuentes en nuestro país y en occidente en general, por no existir un adecuado cribado en la población. Son susceptibles de tratamiento mediante resección endoscópica al no sobrepasar la muscularis mucosae.

El T1b se extiende a la submucosa y ya puede tener invasión ganglionar (N1), por lo que la resección local no es suficiente y se considera curable con cirugía. El resto se consideran localmente avanzados por lo que el tratamiento debe incluir radio (RT) y/o quimioterapia (QT) preoperatoria (1).

Resumen de estadios y tratamientos del cáncer de esófago y cáncer gástrico

Estadio		Tratamiento
0-I	Tis y T1a N0	Endoscópico
0-II	T1b	Cirugía
II-III-IVA	T2 -T4b, cualquier N	RT-QT preop /QT preop
IVB	Metastásico M1	QT, C. Paliativos

IMPACTO DE LA DESNUTRICIÓN EN ESTOS PACIENTES

Tabla I: Aspectos relevantes de la desnutrición relacionada con la enfermedad en el paciente con cáncer de esófago ó cáncer gástrico

Prevalencia	60%
Origen multifactorial	<ul style="list-style-type: none">• Estirpe y estadio tumoral• Localización tumoral• Tratamientos aplicados (RT, QT, Inmunoterapia, Cirugía)
Consecuencias de la desnutrición	<ul style="list-style-type: none">Peor pronóstico↓ Calidad de vida↑ Tasa de infecciones↑ Toxicidad de tratamientos↑ Complicaciones↑ Estancia hospitalaria y costes sanitarios

TRATAMIENTO MÉDICO NUTRICIONAL

Un alto porcentaje de pacientes necesitan terapia nutricional desde el diagnóstico. Es necesario el establecimiento de un plan de tratamiento médico nutricional a la vez que se programan las distintas intervenciones terapéuticas oncológicas y/o quirúrgicas. La detección de la desnutrición y su abordaje debe realizarse lo antes posible. La terapia nutricional se debe individualizar así como la vía de acceso y la modalidad de tratamiento nutricional, estableciendo en cada caso un plan de tratamiento nutricional específico [2], que conlleve la valoración del riesgo nutricional, y la realización de un diagnóstico nutricional

TERAPIA NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE ESÓFAGO Y CÁNCER GÁSTRICO

Tabla II. Plan de tratamiento Nutricional.

Valoración de Riesgo Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • MUST, NRS 2002, VGS
Valoración Estado Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la ingesta oral • Síntomas gastrointestinales • Masa muscular (ECO, TAC, BIA, DEXA) • Capacidad física (dinamometría) • Grado de inflamación sistémica (cociente PCR/albúmina), y GPS
Diagnóstico nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios GLIM
Requerimientos Nutricionales	<ul style="list-style-type: none"> • Gold Standar": calorimetría indirecta 25-30 kcal/kg de peso/día. 1-1,5 g/kg de peso día (ESPEN 2021)
Terapia Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta oral <ul style="list-style-type: none"> · Consejo dietético · Dieta oral + SNO • Nutricion artificial <ul style="list-style-type: none"> · Nutrición Enteral · Nutrición Parenteral

BIA (Impedancia bioeléctrica), DEXA (Absorciometría dual de rayos X), GLIM (Global leadership initiative malnutrition), MUST (Malnutrition universal screening tool) NRS-2002 (Nutritional risk screening 2002), PCR (Proteína C reactiva)QT (Quimioterapia), RT (Radioterapia), VGS-GP (Valoración global subjetiva generada por el paciente), GPS (Glasgow Prognostic Score). SNO: suplementos nutricionales orales.

Dieta oral

SI: Aumentar la ingesta oral del paciente desnutrido o en riesgo mediante:

- Consejo dietético individualizado. No recomendar dietas restrictivas.
- Tratamiento de la sintomatología que comprometa la ingesta.
- Suplementos orales nutricionales (SNO).

NO: intentar alcanzar los requerimientos nutricionales con nutrición artificial (Enteral, Parenteral) (3).

La estimación de las necesidades de energía y sustratos según las recomendaciones ESPEN actuales son (4):

- Energía total de 25-30 kcal/kg/día.
- Proteínas 1-1.5 g/kg/día.
- Vitaminas y minerales como la población general excepto déficit constatado.

Se recomienda el ejercicio físico mixto (aeróbico y de resistencia) supervisado para favorecer el mantenimiento y la recuperación de la masa y fuerza muscular.

TERAPIA NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE ESÓFAGO Y CÁNCER GÁSTRICO

El aeróbico de intensidad moderada (50-75% de la frecuencia cardíaca máxima), tres sesiones por semana de 10 a 60 minutos. El de resistencia que abarque grandes grupos musculares, del tren superior e inferior y puede incluir ayuda de máquinas, bandas elásticas, etc.

TRATAMIENTO MÉDICO NUTRICIONAL EN LOS DISTINTOS ESCENARIOS CLÍNICOS

Neoadyuvancia quimio+/-radioterapia

La neoadyuvancia con radio y quimioterapia produce odinofagia y mucositis al inicio y que suelen mejorar con el tiempo.

En este momento es importante reforzar la ingesta oral mediante consejo dietético dirigido y asociar SNO con el objeto de mejorar el estado nutricional, evitar la interrupción/reducción de las dosis del tratamiento previsto y mejorar los resultados del mismo.

Si la toxicidad digestiva es muy importante o existe obstrucción intestinal de origen tumoral se recomienda utilizar nutrición enteral siempre y cuando sea posible y se mantenga la capacidad de digestión y absorción de nutrientes.

El acceso y el tipo de sonda dependerá de la duración prevista del soporte, del riesgo de aspiración y de la extensión de la enfermedad tumoral. Cuando la nutrición enteral esté contraindicada o no sea suficiente, se indicará la nutrición parenteral total o complementaria respectivamente.

Tabla III: Fármacos/nutrientes con efectos beneficiosos en el paciente con cáncer de esófago y cáncer gástrico.

Fármaco	Tiempo	Efecto	Efectos 2 ^{os}
Corticosteroides	1-2 sem	↑ Apetito	↓ M. muscular ↑ Glucosa ↑ Infecciones
Progestágenos	2 mes	↑ Apetito	Tromboembolismo, sangrado vaginal, impotencia, insuficiencia suprarenal
Ácidos grasos N3		↑ Apetito ↑ M. magra ↑ Peso	Relacionada con la palatabilidad y regusto
Procinéticos	<1 sem	↓ Náuseas	Cardiovasculares, Neurológicos

TERAPIA NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE ESÓFAGO Y CÁNCER GÁSTRICO

Tabla IV Fármacos/nutrientes con evidencia insuficiente para poder recomendarlos de manera generalizada.

Fármaco	Mejoría teórica
Cannabinoides	Disgeusia y anorexia
Aminoácidos (Leucina o sus metabolitos (HMB))	Masa muscular
AINES	Peso
Andrógenos	Masa muscular
Glutamina	Estomatitis, enteritis, diarrea, toxicidad cutánea
Probióticos	Diarrea

Perioperatorio

En los pacientes oncológicos desnutridos o con riesgo nutricional candidatos a cirugía se recomienda iniciar tratamiento médico nutricional durante, al menos, las dos semanas previas con el objetivo de mejorar la situación nutricional. En caso de desnutrición severa, se recomienda retrasar la cirugía.

Se recomienda la inmunonutrición oral / enteral con arginina, ácidos grasos n-3, nucleótidos durante al menos la semana previa a la cirugía y especialmente en el paciente desnutrido [5, 6].

Vía de administración del tratamiento médico nutricional en el preoperatorio (7):

- **Oral:** De elección. Indicar SNO en caso de desnutrición o ingesta <75% necesidades durante >5 días.
- **Enteral:** en caso de que la vía oral no sea posible o sea insuficiente. Plantear en caso de desnutrición o ingesta oral <50% necesidades durante >5 días
- **Parenteral:** imposibilidad de utilizar vía oral/enteral o bien éstas resultan insuficientes en la cobertura de requerimientos nutricionales.

En caso de estenosis tumoral que impida la vía oral o que la comprometa de forma importante puede plantearse nutrición enteral por sonda. Debe poder colocarse (a veces la estenosis es completa y no lo permite) y comprobar que existe tránsito a nivel distal a la zona estenótica. Si se precisase una sonda de mayor duración como la gastrostomía ha de descartarse la infiltración del estómago, compromiso del tránsito distal y valorar conjuntamente con su equipo quirúrgico la indicación ya puede ser necesaria la tubulización gástrica para la reconstrucción del tránsito y la existencia de una gastrostomía previa podría complicar esta acción.

TERAPIA NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE ESÓFAGO Y CÁNCER GÁSTRICO

En aquellos casos en los que no sea posible utilizar la vía enteral/oral se indicará nutrición parenteral preoperatoria.

En pacientes con mucositis grado 4 (escala OMS) la deglución es prácticamente imposible y se recomienda nutrición parenteral. En mucositis menos severas puede mantenerse la vía oral y valorar la colocación de una sonda nasointestinal.

Se recomienda seguir los principios del programa de recuperación intensificada (ERAS) que incluya el cribado y la valoración nutricional completa en caso de que éste resultara positivo para riesgo nutricional.

Los aspectos endocrino-nutricionales del protocolo ERAS son:

- Evitar ayuno prolongado en preoperatorio. Líquidos claros hasta dos horas antes de la inducción anestésica y sólidos hasta 6h antes.
- Carga de hidratos de carbono en preoperatorio inmediato.
- Evitar sobrecarga hídrica en intraoperatorio.
- Inicio precoz de nutrición vía oral/enteral en posoperatorio.

La alimentación precoz postoperatoria debe iniciarse lo antes posible en la mayoría de los pacientes mediante la prescripción de dietas progresivas. Considerar la prescripción de suplementos en pacientes desnutridos o en riesgo nutricional.

En aquellos casos en los que , por la complejidad de la técnica quirúrgica o por sus características clínicas se prevea que no sea posible reintroducir la dieta oral pero no exista contraindicación para el uso del tubo digestivo puede plantearse nutrición enteral mediante la colocación de sondas nasointerstínicas /yeyunostomías.

Existen en el mercado sondas de doble luz (gástrica/yeyunal) que permiten la nutrición enteral precoz en el postoperatorio y drenaje gástrico si fuese necesario.

La indicación de nutrición parenteral en el postoperatorio se reserva para aquellos casos en los que no sea posible/esté contraindicada la utilización del tubo digestivo.

Al alta hospitalaria se recomienda evaluar la necesidad de suplementación con micronutrientes en domicilio (hierro, vitamina B12, calcio y vitamina D).

TERAPIA NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE ESÓFAGO Y CÁNCER GÁSTRICO

Tabla V: Posibles efectos secundarios de la cirugía a medio y largo plazo

Síndrome de dumping
Malabsorción por sobrecrecimiento bacteriano
Maldigestión por insuficiencia pancreática exocrina
Diarrea postvagotomía
Déficit de micronutrientes
Anemia
Enfermedad ósea

Adyuvancia

El tratamiento antineoplásico con radio y quimioterapia tiene efectos secundarios que repercuten el estado nutricional (anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, mucositis y disfagia). Se debe realizar un tratamiento sintomático y adaptar la dieta y su consistencia a cada situación. Se sabe que la educación e intervención nutricionales mejora la ingesta calórica, el peso, valores de albúmina y adherencia al tratamiento (8).

Debe garantizarse una ingesta nutricional adecuada, principalmente, mediante consejo nutricional individualizado y/o SNO para evitar el deterioro nutricional, mantener la ingesta y evitar las interrupciones del tratamiento.

Dar prioridad a la vía oral y/o enteral y solo en caso de que resulten insuficientes o estén contraindicadas, utilizar la nutrición parenteral.

Paciente no quirúrgico candidato a tratamiento sistémico

El manejo multidisciplinar, que incluya un equipo de soporte nutricional, en los pacientes con cáncer esofágico y cáncer gástrico en tratamiento con tratamiento sistémico se asocia a un mejor estado nutricional y a una menor tasa de complicaciones, de estancia hospitalaria y de costes frente al manejo estándar (9).

La selección del tratamiento se realiza en base a la capacidad funcional del paciente.

TERAPIA NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE ESÓFAGO Y CÁNCER GÁSTRICO

Los pacientes oncológicos desnutridos y que reciben tratamiento activo en los que se espera que no puedan ingerir o absorber los nutrientes de forma adecuada y/o suficiente durante más de 1 a 2 semanas serán candidatos a nutrición artificial (enteral o parenteral)

La nutrición parenteral domiciliaria complementaria puede ser una opción para mejorar el estado nutricional en aquellos pacientes desnutridos con CA gástrico no resecable / avanzado en tratamiento con QT (10).

Otro tratamiento utilizado en pacientes con ciertos marcadores moleculares o genéticos en esta fase y que puede tener repercusión en el estado nutricional es la inmunoterapia con inhibidores de PD-1 (pembrolizumab y nivolumab) o con inhibidores de tirosin kinasa (larotrectinib, entrectinib). Los posibles efectos secundarios son la anorexia, náuseas, disgeusia, estreñimiento, diarrea, astenia y dolor muscular.

Terapia en paciente en cuidados paliativos y supervivientes

La desnutrición del paciente en esta etapa avanzada tiene un impacto negativo en la calidad de vida y en la supervivencia.

En los pacientes con imposibilidad de tolerancia oral por obstrucción de la luz esofágica o gástrica los pilares básicos de tratamiento nutricional son:

- Nutrición enteral por sonda/ostomías.
- Colocación de endoprótesis.
- Cirugía paliativa.
- Nutrición parenteral domiciliaria.

Otros procedimientos que se pueden usar para resolver la obstrucción tumoral son: Terapia fotodinámica, Electrocoagulación, Ablación con láser, Coagulación con plasma de argón.

TERAPIA NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE ESÓFAGO Y CÁNCER GÁSTRICO

La nutrición parenteral domiciliaria en pacientes con cáncer con obstrucción intestinal y en cuidados paliativos puede ser de utilidad en casos muy seleccionados. Los candidatos se eligen en función del pronóstico, la supervivencia y el potencial riesgo-beneficio. Siempre se respetará el principio de autonomía del paciente.

Los candidatos son aquellos con supervivencia superior a dos meses, aquellos que van a recibir tratamiento paliativo con quimio/endoprótesis/cirugía o incluso los pacientes jóvenes con supervivencia inferior a 2 meses pero con buen estado físico.

Tabla VI: Recomendaciones generales para los supervivientes

Tener peso adecuado (IMC 18.5-25 kg/m ²)
Mantener un estilo de vida saludable
Practicar una actividad física regular
Ingerir una dieta rica en verduras, frutas y cereales integrales
Limitar grasas saturadas, carnes rojas y alcohol

CONCLUSIONES

- 1.** Los pacientes con cáncer de esófago y cáncer gástrico tienen un alto riesgo de desarrollar desnutrición relacionada con la enfermedad. Para su diagnóstico se debe utilizar una herramienta de cribado validada y realizar una evaluación nutricional completa en aquellos en los que el cribado sea positivo.
- 2.** Las necesidades nutricionales son similares a las de la población sana y no se recomienda la administración de altas dosis de vitaminas y oligoelementos.
- 3.** Durante el tratamiento neo y adyuvante se debe facilitar un tratamiento médico nutricional para intentar alcanzar los requerimientos nutricionales del paciente mediante consejos dietéticos, SNO o nutrición artificial.

TERAPIA NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE ESÓFAGO Y CÁNCER GÁSTRICO

- 4.** El ejercicio físico es recomendable para mejorar la masa y función muscular. Asimismo, se puede valorar el uso de inmunonutrición y farmaconutrientes en algunos pacientes.
- 5.** La desnutrición del paciente en etapa avanzada tiene un impacto negativo en la calidad de vida y en la supervivencia y puede ser subsidiario de tratamiento nutricional específico en casos seleccionados.
- 6.** Es importante el manejo multidisciplinar dada la complejidad del tratamiento de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Variations among 5 European countries for curative treatment of resectable oesophageal and gastric cancer: A survey from the EURECCA Upper GI Group (EUropean REgistration of Cancer CAre) NCCN guidelines by cancer site https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx.
2. Structured Review of the Value Added by the Registered Dietitian to the Care of Gastrointestinal Cancer Patients. Kenny E, et al. *Nutr Clin Pract*. 2021 Jun;36(3):606-628.
3. Nutrient intake and contribution of home enteral nutrition to meeting nutritional requirements after oesophagectomy and total gastrectomy. Baker ML, et al *Eur J Clin Nutr*. 2017 Sep;71(9):1121-1128).
4. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cáncer *Clinical Nutrition* 40 (2021) 2898-2913).
5. SEOM clinical guidelines on nutrition in cancer patients (2018). Las Peñas R, et al. *Clin Transl Oncol*. 2019;21(1):87-93.
6. Inmunonutrición del paciente quirúrgico en los procedimientos fast-track: revisión de la evidencia y algoritmo adaptado. Gómez Candela C. et al. *Nutr. Hosp*. 2021, vol.38 (3): 601-621.
7. Soporte nutricional en cáncer gastroesofágico. C. Tenorio et al. *Nutr Clin Med* 2015. Vol. IX (2):157-172.
8. Beneficial Effect of Educational and Nutritional Intervention on the Nutritional Status and Compliance of Gastric Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: A Randomized Trial. Xie FL. *Nutr Cancer* 2017 Jul;69(5):762-771.
9. An Interdisciplinary Nutrition Support Team Improves Clinical and Hospitalized Outcomes of Esophageal Cancer Patients with Concurrent Chemoradiotherapy. Cong MH. *Chin Med J (Engl)* 2015 Nov 20; 128(22): 3003-3007.
10. Supplemental home parenteral nutrition improved nutrition status with comparable quality of life in malnourished unresectable/metastatic gastric cancer receiving salvage chemotherapy Cheng-Jen M. *Supportive Care in Cancer* (2021) 29:1977-1988.



Vegenat[®]
HEALTHCARE

GRUPO **NUTRISENS***

TERAPIA NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO Y CÁNCER DE ESÓFAGO



Accede desde aquí a las
Guías de Discusiones sobre
Nutrición en el Congreso
SENPE 2020/2021

C2000109-10/21



GRUPO **NUTRISENS***

Ctra Badajoz-Montijo, [EX-209] km 24,9
06184 Pueblonuevo del Guadiana, Badajoz
www.vegenathealthcare.es - vegenathc@vegenathc.es
Tlf de atención al cliente: 900 21 43 50