

El rol de la nutrición en pacientes con tumores de Cabeza y Cuello

Dra. María Pía Domínguez | MN 116.824

Especialista en Oncología
Centro Oncológico Integral La Plata
Hospital Interzonal General de agudos San Roque de Gonnet

El cáncer de cabeza y cuello constituye un grupo de tumores muy heterogéneo desde el punto de vista clínico, dependiendo fundamentalmente de la localización de dicho tumor. Sin embargo, en un alto porcentaje de ellos existe riesgo de desnutrición o desnutrición establecida. Por ello es importante realizar una correcta evaluación del estado nutricional de estos pacientes, por parte de un equipo multidisciplinario especializado.

La desnutrición puede afectar a los resultados del tratamiento, la evolución posterior de la enfermedad y la calidad de vida del paciente. En algunos casos el paciente será capaz de nutrirse por sí mismo, en otras ocasiones necesitará suplementos y en otros casos será necesario un soporte más específico a través de sonda de nutrición enteral o incluso nutrición parenteral¹.

Con este documento se pretende reflexionar acerca del rol de la nutrición en pacientes con tumores de cabeza y cuello y de la importancia de un abordaje nutricional precoz en la evolución de la enfermedad.

Introducción

El término “cáncer de cabeza y cuello” (C y C) engloba a un grupo heterogéneo de neoplasias con diferencias en su incidencia, localización forma clínica de presentación, progresión de la enfermedad, enfoque terapéutico y pronóstico. Entre sus características generales están la ausencia de un diagnóstico temprano, muchos de ellos se presentan en fases avanzadas, con síntomas parecidos a enfermedades comunes que pueden retrasar el diagnóstico definitivo; ausencia de un screening eficaz, la tendencia a la recaída local más que a dar metástasis a distancia y

y la capacidad de afectar a una o varias funciones importantes e incluso vitales como son la deglución, la respiración y el habla².

La supervivencia global a los 5 años de los pacientes tratados en estadios iniciales es del 70 % mientras que para los tratados en etapas avanzadas es del 30 %.

La desnutrición es muy frecuente en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (30-50%, incluso hasta el 72% en algunas series), habitualmente de origen multifactorial.

En estos pacientes, las complicaciones pueden ser secundarias a los tratamientos realizados con intención curativa, pero también por la propia historia natural de la enfermedad.

Los efectos secundarios de los tratamientos pueden ser agudos (aparecen durante el tratamiento o en un período de 3 meses después de concluido este), o crónicos (aparecen después de 3 meses).

Los primeros están generalmente dados por los tratamientos: la quimioterapia o la radioterapia, o por ambas administradas de forma concurrente. Se deben a la agresión que se produce sobre los tejidos de proliferación rápida y se manifiestan como un cuadro inflamatorio agudo.

Los efectos crónicos son consecuencia de la reparación, que da lugar a distrofias, atrofas, fibrosis, necrosis, y úlceras tórpidas y clínicamente presentan manifestaciones muy variadas en dependencia del tejido afectado. La resolución espontánea no se produce y se crean problemas estéticos y / o funcionales que representan la morbilidad de los tejidos de proliferación lenta o de los no proliferantes (tejido conectivo, muscular, óseo maduro, nervioso).

La cirugía como tratamiento de elección o como rescate de recidivas, suele ser agresiva y crear defectos masivos en el macizo facial o provocar déficits funcionales (alteraciones del habla, deglución, masticación, respiración).

Los mecanismos pudieran estar relacionados con la alteración del equilibrio inmunológico, lo cual predispone a las infecciones, altera los procesos de cicatrización y repercute sobre el estado general del paciente. Esto hace que los tratamientos sean

La malnutrición en estos pacientes ocurre por lo tanto como una consecuencia directa de su enfermedad o secundaria a los efectos no deseados de los tratamientos, así como también por los antecedentes del paciente, que con frecuencia tiene historia de adicción al tabaco y al alcohol.

La prevención de la malnutrición se basa en determinar las causas, brindar consejos nutricionales y evaluar sistemas alternativos de alimentación, como es el caso de la colocación de sondas transnasales (nasogástricas y nasoduodenales, catéteres de gastrostomía y yeyunostomía, suplementos dietéticos y alimentarios semiparenterales o sus combinaciones).

Prevalencia

En diferentes estudios se ha demostrado que la prevalencia de desnutrición en pacientes con cáncer es del 73% según resultados obtenidos al aplicar la Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente (VGS-GP)¹. Dichos resultados se relacionan con el tipo y localización de tumor⁴, estadio y extensión en el que se encuentra; así como del propio paciente y del tratamiento quirúrgico y quimio-radioterápico. Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)⁵, los tumores de cabeza y cuello representan el 5% de todos los tumores, con mayor incidencia en varones. Es el séptimo cáncer más común en el mundo. Su etiología se asocia al consumo de alcohol y/o tabaco, multiplicándose el riesgo con el efecto conjunto de ambos.

En los adultos jóvenes (< 45 años), este tipo de tumores se asocian con mayor frecuencia a infecciones por el Virus del Papiloma Humano o en menor medida por el virus de Epstein Barr y factores nutricionales. Aproximadamente el 35-60% de los pacientes que presentan este tipo de neoplasias están desnutridos, tanto por la localización del tumor (puede impedir la alimentación), el propio tumor (induce alteraciones metabólicas e inmunitarias) y la agresión que supone la cirugía y el tratamiento coadyuvante con QT y RT.

Se estima que el 72% de los pacientes que sufren un tumor de cabeza y cuello tienen dificultades en la alimentación y el 53,3% disfagia como síntoma más frecuente.

Es necesario realizar intervenciones nutricionales para minimizar las complicaciones, ya que de ello dependerá la efectividad del tratamiento y su evolución clínica⁶.

Existe una gran variabilidad clínica en el comportamiento nutricional y metabólico de los pacientes afectados por neoplasias del área de cabeza y cuello que dependen de las características individuales del paciente, tipo y extensión del tumor, así como de otros condicionantes globales de salud como consumo de tóxicos, apoyo social, económico, aspectos psicológicos, etc. Todo ello tiene una gran vinculación con los resultados clínicos obtenidos con los tratamientos primarios, cirugía, radioterapia o quimioterapia, así como en situaciones avanzadas o en fases de recuperación en largos supervivientes.

Los pacientes con tumores de cabeza y cuello generalmente presentan pérdida de peso y desnutrición por los trastornos deglutorios que impiden una ingesta normal. En muchos enfermos, el tabaco y alcohol han concurrido previamente para alterar su estado nutricional. En todos los pacientes que han sufrido una pérdida de peso corporal superior al 10%, se debe intentar un apoyo nutricional previo al tratamiento, bien sea con manipulación de la dieta, suplementos o dieta enteral. Cuando el paciente no presenta disfagia se debe intentar la alimentación por vía oral, a ser posible con alimentos naturales. La dieta debe ser discretamente hipercalórica e hiperproteica.

Con frecuencia estos pacientes presentan mayor grado de disfagia a los alimentos líquidos que a los alimentos sólidos y, por ello, si es necesario, se deben triturar los alimentos y aumentar la consistencia de los mismos para impedir su disgregación en pequeñas porciones; para lo cual puede recurrirse a espesantes y gelificantes⁷.

En todos los casos los alimentos no deben adherirse excesivamente a la mucosa bucal y mantenerse lubricados. Si el paciente tiene disfagia intensa es necesario recurrir a la administración de los alimentos a través de sonda nasogástrica; si el paciente tiene, además, riesgos de aspiración, se debe valorar la posibilidad de poner la sonda en el intestino delgado o bien administrar la alimentación a través de una gastrostomía.

Fisiopatología e impacto de la desnutrición en el paciente con cáncer de cabeza y cuello

La desnutrición está muy relacionada con la enfermedad aguda (DREA). De hecho, la desnutrición se puede definir como “un estado resultante de la falta de ingesta o absorción de la nutrición que conduce a la alteración de la composición corporal (disminución de la masa libre de grasa o masa magra) y de la masa celular corporal que conduce a la disminución de la función física y mental y deterioro del resultado clínico de la enfermedad⁸.

La DREA impacta en supervivencia, funcionalidad y calidad de vida. La pérdida de masa magra, es el principal aspecto de la desnutrición asociada al cáncer y es un factor predictor de deterioro físico y de supervivencia. Por este motivo se está utilizando cada vez más el índice de masa magra como parámetro de valoración en lugar del índice de masa corporal lo cual representa una problemática debido a que la valoración nutricional en la consulta oncológica se evalúa a través de los cambios en la superficie corporal y el peso del individuo por lo cual es imprescindible la evaluación por parte de especialistas en nutrición en cada caso y desde el diagnóstico de la enfermedad.

El cáncer de CYC es un grupo heterogéneo de enfermedades por lo que los tratamientos son muy diversos. La combinación más frecuente actualmente son los esquemas de quimio-radioterapia radical con la finalidad de preservar el órgano y la funcionalidad. Tanto por el grado de desnutrición inicial como por las toxicidades de estos tratamientos la nutrición enteral precoz se plantea en muchos de ellos. Actualmente se refuerza con dieta y suplementos desde el diagnóstico, pero es fundamental conocer qué pacientes serían candidatos a nutrición enteral precoz desde el inicio del tratamiento oncológico. Además, la vía de acceso y la duración de la nutrición son temas controvertidos, faltan datos que nos ayuden a decidir entre sonda naso-ental o gastrostomía de forma concluyente. Generalmente la decisión de la vía de alimentación está dada por la topografía del tumor o la planificación terapéutica a futuro.

Del mismo modo, no existe consenso sobre las necesidades energéticas o proteicas y los nutrientes específicos, que pueden aportar beneficios añadidos en este tipo de

pacientes, como las fórmulas inmunomoduladoras. Lo que sí parece claro es que la nutrición debería ocupar un lugar central en el tratamiento oncológico, de modo que fuera un tratamiento integral y multidisciplinario⁹.

Escenarios clínicos

> CIRUGÍA

El tratamiento más frecuente en los pacientes con tumores de cabeza y cuello suele ser la cirugía seguida de radiación. En ocasiones es necesaria la resección lingual, del maxilar o del paladar, que dificultan la masticación y la deglución.

El postoperatorio se acompaña de disfagia, alteraciones en la fonación, en la respiración y aumento de los riesgos de aspiración de forma transitoria. Cuando se prolonga esta situación durante meses, suele ser más confortable para el paciente utilizar una dieta a través de gastrostomía.

La intervención nutricional preoperatoria en pacientes con desnutrición puede conducir a la mejora de los resultados, de la calidad de vida y reducir las consecuencias adversas relacionadas con la desnutrición. También mejora los resultados centrados en el paciente (calidad de vida, estado físico y satisfacción del paciente). La nutrición por sonda puede mejorar la ingesta de proteínas y energía cuando la ingesta oral es insuficiente. También puede reducir los ingresos hospitalarios no planificados y las interrupciones del tratamiento.

> QUIMIOTERAPIA

Los tratamientos de quimioterapia en este tipo de tumores suelen ser basados en platinos y en ocasiones se utiliza la asociación de más de un agente quimioterápico. El principal efecto adverso de estas drogas suelen ser las náuseas y los vómitos que según el grado de intensidad (CTCAE)⁹, duración y eficacia de los tratamientos antieméticos impactara en menor o mayor medida en la nutrición del paciente. Los tratamientos con anticuerpos monoclonales como el cetuximab también dan lugar a altas tasas de pérdida de peso y mucositis entre otras cosas.

Si se prevé la posibilidad de que el paciente desarrolle mucositis secundaria al tratamiento con quimioterapia o radioterapia, debe considerarse la posibilidad de alimentación por gastrostomía, especialmente en aquellos pacientes que, por su pronóstico, se debe realizar un tratamiento agresivo del tumor con la intención de conseguir la remisión completa.

El impacto de la quimioterapia neoadyuvante¹⁰, concurrente o de enfermedad avanzada en el estado nutricional debe ser monitorizado para detectar síntomas y prevenir el deterioro del estado nutricional.

El soporte nutricional debe integrarse desde el diagnóstico de la enfermedad y de manera indiscutida antes del inicio de la quimioterapia¹¹.

> RADIOTERAPIA

La radioterapia genera efectos secundarios agudos, debido a la agresión que produce sobre los tejidos de proliferación rápida y como respuesta se genera un cuadro inflamatorio agudo. Los efectos crónicos son consecuencia de la reparación, que da lugar a distrofias, atrofas, fibrosis, necrosis, y úlceras tórpidas y clínicamente presentan manifestaciones muy variadas en dependencia del tejido afectado.

La resolución espontánea no se produce y se crean problemas estéticos y / o funcionales que representan la morbilidad de los tejidos de proliferación lenta o de los no proliferantes como el tejido conectivo, muscular, óseo maduro, nervioso.

En un alto porcentaje de casos los tratamientos deben ser interrumpidos a causa de estas toxicidades agudas que se incrementan cuando el tratamiento es concurrente con quimioterapia. **Por lo tanto los pacientes con CyC que se someten a tratamiento radiante presentan un elevado riesgo y requerirán soporte nutricional prácticamente desde el inicio del tratamiento oncológico.**

Cribado y valoración nutricional

El punto clave que rodea al cribado y diagnóstico nutricional consiste en identificar

a los pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición, para que puedan ser valorados por un equipo de soporte nutricional y se pueda iniciar un tratamiento precoz.

Es fundamental, así mismo, establecer un protocolo de reevaluación periódica, en función del tipo de tratamiento (cirugía, RT, QT) y en el periodo postratamiento¹².

Se consideran pacientes con elevado riesgo nutricional todos aquellos diagnosticados de cáncer de cabeza y cuello por lo que todos son candidatos a un cribado nutricional en la primera visita⁸.

Se consideran pacientes de muy alto riesgo aquellos con un tumor estadio III-IV, localización en hipofaringe, sometidos a RT radical o QT-RT concomitante, con una pérdida de peso significativa (>5% en 3 meses), que presenten comorbilidades importantes, mala situación sociosanitaria previa o deterioro funcional previo.

El cribado puede ser llevado a cabo por el médico que diagnostica la enfermedad, o el médico tratante. Si el resultado del cribado es de riesgo nutricional se realizará la valoración completa y derivación a servicio de soporte nutricional. Si el resultado es de normonutrición deberá reevaluarse cada 15 días.

Además, se debe reevaluar en las diferentes etapas del proceso (precirugía, RT-QT y después del tratamiento mínimo hasta 6 meses después de la RT).

¿Todos los pacientes con cáncer de cabeza y cuello deben recibir soporte nutricional?

Es indicación que todos los pacientes deben recibir un consejo dietético personalizado y profesional, considerado como primer paso del soporte nutricional¹³.

Dicha actuación puede mejorar el estado de nutrición, la ingesta, la calidad de vida y la morbilidad de los pacientes oncológicos. **La intervención precoz mejora los resultados nutricionales, disminuye las complicaciones derivadas de la desnutrición, así como los ingresos no programados o interrupciones del tratamiento. Además, mejora de forma considerable la calidad de vida del paciente y su estado funcional¹⁴.**

Seguimiento

Se recomienda un seguimiento más estrecho en pacientes con pérdida de peso durante el primer mes de tratamiento, IMC <20, kg/m² en menores de 70 años o <22 kg/m² en mayores de 70 años, limitación en ingesta <50 % por mucositis, disfagia, náuseas o vómitos, y alteraciones analíticas nutricionales severas como albúmina <2,5 mg/dl, prealbúmina <10 mg/dl.

En el seguimiento posterior de los pacientes con tumores de cabeza y cuello es importante llevar a cabo una evaluación nutricional semanalmente durante la radioterapia y quincenal durante al menos 6 semanas después del tratamiento¹⁴. Además, se debe realizar seguimiento dietético durante un máximo de 6 meses después del tratamiento y un seguimiento indefinido de la toxicidad crónica, pérdida de peso o dependencia de gastrostomía a largo plazo.

Los parámetros clínicos más importantes que se deben monitorizar son peso y masa magra-grasa, así como la ingesta. También medidas de funcionalidad como la medición de la fuerza muscular. Además, se debe definir cuantía del cambio en el peso y el tiempo en el que ha ocurrido.

Aspectos psicosociales y calidad de vida

Las características de los tumores de cabeza y cuello favorecen que los aspectos psicosociales que rodean a la enfermedad tengan un papel fundamental. Existen factores de riesgo para este tipo de tumores relacionados con hábitos de vida poco saludables (tabaco, alcohol, dieta...), de modo que en ocasiones son pacientes con un entorno complicado o escaso apoyo social¹⁵.

Además, las propias características de la enfermedad provocan un impacto importante en la calidad de vida de estos pacientes, ya que la pérdida de peso, la disfagia, la pérdida de la voz o las complicaciones del tratamiento como la mucositis, deterioran funcionalmente a los pacientes y tiene un impacto emocional destacable.

Algunos estudios concluyen que la pérdida mayor de un 10% del peso durante e inmediatamente posterior a la radioterapia tiene un impacto significativo en la vida

y la calidad de vida de los pacientes con tumores de cabeza y cuello.

Por todo ello es fundamental que dentro del equipo multidisciplinario el apoyo psicológico forme parte de la evaluación y el tratamiento de estos pacientes, y que la calidad de vida sea evaluada de forma periódica para poder abordar de forma precoz su deterioro y que sea tomada en cuenta a la hora de establecer las mejores actuaciones en cada caso, incluidas las relacionadas con el manejo nutricional.

Conclusiones

Los tumores de C y C tienen en común que están relacionados con el hábito tabáquico, consumo de alcohol e infecciones virales, gran parte de estas patologías se diagnostican en etapas avanzadas con alta morbilidad y mortalidad y al momento de la consulta la mayoría de los pacientes presentan algún grado de desnutrición.

Luego de la extensión de la enfermedad, la nutrición es el segundo factor en importancia en el pronóstico a corto y largo plazo, ya que puede tener un impacto negativo sobre la evolución clínica.

Es indispensable que todos los pacientes con C y C sean cribados y valorados por un equipo multidisciplinario, para que se pueda realizar un abordaje nutricional precoz e identificar de manera temprana la necesidad de implementación de medidas de soporte nutricional que permitan completar el tratamiento oncoespecífico logrando así menores complicaciones asociadas y mejores resultados tanto en supervivencia, como en calidad de vida¹⁶.

El seguimiento nutricional debe continuar al finalizar la radioterapia, quimioterapia o cirugía debido a las secuelas de los mismos, aparición de toxicidades tardías y para el seguimiento de pacientes con vías de alimentación alternativas definitivas cuyo tratamiento fue con intención curativa o se encuentran en cuidados paliativos¹⁷.

Referencias bibliográficas

1. García-Luna PP, Parejo Campos J, Pereira Cunill JL. Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico. *Nutr Hosp.* 2006;21(3):10-6.
2. Ehrsson YT, Langius-Eklöf A, Laurell G. Nutritional surveillance and weight loss in head and neck cancer patients. *Support Care Cancer* 2012;20:757-765.
3. Langius JA, van Dijk AM, Doornaert P, et al. More than 10% weight loss in head and neck cancer patients during radiotherapy is independently associated with deterioration in quality of life. *Nutr Cancer* 2013;65:76-83.
4. Wie GA, Cho YA, Kim SY, et al. Prevalence and risk factors of malnutrition among cancer patients according to tumor location and stage in the National Cancer Center in Korea. *Nutrition* 2010;26(3):263-268.
5. Tumores de cabeza y cuello - O.R.L - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. Seom.org.
6. *Rev Esp Nutr Hum Diet.* 2018; 22(3). Freely available online - OPEN ACCESS doi: 10.14306/renhyd.22.3.437
7. B Talwar, R Donnelly, R Skelly, M Donaldson. Nutritional management in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol.* 2016;130(S2):S32-S40.
8. Müller-Richter, U., Betz, C., Hartmann, S., & Brands, R. C. (2017). Nutrition management for head and neck cancer patients improves clinical outcome and survival. *Nutrition Research*, 48, 1-8. 3. Kristensen, M. B., Isenring, E., & Brown, B. (2020).
9. National Cancer Institute (U S. Common terminology criteria for adverse events (CTCAE). Bethesda, Md.]: U.S. Dept. of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, 2010.
10. A.M. Gómez-Pérez , P. García-Luna , GARIN Group Andalusian Group for Nutrition Reflection and Investigation Recomendaciones del grupo GARIN para el manejo nutricional de pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Vol. XII - Número 1 - 2018 pp. 1-13

Referencias bibliográficas

11. Dieta y cáncer G. Martín Peña Unidad de Nutrición Hospital de Móstoles. Profesor Asociado Universidad San Pablo CEU. Madrid
12. J. Arends et al. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines VOL 6, N 3 .Junio 2021.
13. Alhambra Expósito, María-Rosa; Herrera-Martínez, Aura-D.; Manzano García, Gregorio; Espinosa Calvo, María; Bueno Serrano, Carmen María; Gálvez Moreno, María Ángeles Early nutrition support therapy in patients with head-neck cancer Nutrición Hospitalaria, vol. 35, no. 3, 2018,
14. B Talwar, R Donnelly, R Skelly, M Donaldson. Nutritional management in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. J Laryngol Otol. 2016;130(S2):S32-S40.
15. Isenring, E., Bauer, J. & Capra, S. The scored Patient-generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) and its association with quality of life in ambulatory patients receiving radiotherapy. Eur J Clin Nutr 57, 305–309 (2003).
16. Müller-Richter, U., Betz, C., Hartmann, S., & Brands, R. C. (2017). Nutrition management for head and neck cancer patients improves clinical outcome and survival. Nutrition Research, 48, 1-8. 3. Kristensen, M. B., Isenring, E., & Brown, B. (2020).
17. Dieta y cáncer G. Martín Peña Unidad de Nutrición Hospital de Móstoles. Profesor Asociado Universidad San Pablo CEU. Madrid.