



**Nombre de alumno: Fabiola Carolina Robles Guillen.**

**Nombre del profesor: Alfredo Agustín Vazquez**

**Nombre del trabajo: Caso clínico**

**Materia: Practicas de nutrición clínica**

**Grado: 9**

**Grupo: "A"**

PASIÓN POR EDUCAR

CÁNCER DE ESÓFAGO. ESOFAGUECTOMÍA PARCIAL. FIEBRE EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO. OBJETIVOS Valorar el estado nutricional del paciente operado por cáncer de esófago. Valorar las necesidades nutricionales del paciente operado por cáncer de esófago. Planificar una estrategia de soporte nutricional en el postoperatorio del cáncer de esófago Discutir las posibles complicaciones del tratamiento nutricional. PRESENTACIÓN DEL CASO “Manuel tiene dificultad para tragar sólidos”. Manuel es un varón de 50 años, fumador de 20 cigarrillos al día desde hace 30 años y con hábito enólico de 80 g de alcohol/día. Trabaja en la construcción, y no tiene antecedentes patológicos de interés. Siempre ha sido una persona muy delgada, aunque no sabe precisar su peso habitual. Hace ocho meses empezó a notar dificultad para tragar, inicialmente los alimentos más sólidos como la carne o el bocadillo de media mañana. Además, ha apreciado que su peso ha disminuido. Por este motivo consultó a su médico de cabecera, quien prescribió la práctica de un tránsito esófago-gastro-duodenal, que mostró una estenosis de la luz esofágica en su tercio medio, de aspecto irregular. Se realizó una fibrogastroscoopia, que evidenció una lesión vegetante y ulcerada en tercio medio esofágico. La biopsia confirmó el diagnóstico de carcinoma escamoso de esófago. El paciente fue remitido al Servicio de Oncología de su Hospital de referencia. En el momento de la consulta Manuel pesaba 67 kg (talla 1,82 m, IMC 20.2 kg/m<sup>2</sup>). Se completó el estadiaje de la enfermedad con TAC torácico, estableciéndose el diagnóstico de carcinoma escamoso de esófago estadio II. El paciente inició protocolo de tratamiento con quimioterapia (4 ciclos de cisplatino + 5-fluorouracilo) y radioterapia neoadyuvante. Durante el tratamiento precisó soporte nutricional. Inicialmente se prescribió dieta líquida-pastosa completa con alimentos convencionales. Al no conseguir cubrir sus requerimientos nutricionales se recomendó suplementación por vía oral con un producto polimérico concentrado. No obstante, al progresar la disfagia hasta hacerse absoluta, se inició nutrición enteral por sonda nasogástrica. Una vez completado el tratamiento, Manuel ingresa para cirugía programada. Se realiza esofaguectomía parcial y plastia gástrica. La intervención se ha prolongado por problemas técnicos, y se decide no colocar yeyunostomía de alimentación como

es habitual en estos casos. En el postoperatorio, se realiza consulta a la Unidad de Soporte Nutricional de nuestro hospital. El paciente presenta un peso de 60 kg, IMC 18,7, y analíticamente destaca una albúmina de 2,1 g/dl. Se inició nutrición parenteral total por vía central (catéter de tres luces en vena subclavia colocado en quirófano). Al sexto día del postoperatorio el paciente presentó un pico febril de 39°C, acompañado de tirtonas francas. Se cursó hemocultivo a través del catéter y hemocultivos periféricos, y el resultado confirmó una infección de catéter por un *Stafilococo plasmocoagulasa* negativo. Precisó recambio del catéter, y nutrición parenteral durante 14 días hasta que el paciente pudo reiniciar ingesta oral y cubrir sus necesidades nutricionales de forma adecuada.

## PREGUNTAS PREGUNTAS

1. ¿CUÁL ES EL DIAGNOSTICO Y ESTADO NUTRICIONAL DE ESTE PACIENTE? Este paciente presenta una desnutrición severa, dado que ha perdido un 7.4 % de su peso corporal en un mes, y que las cifras de albúmina son inferiores a 2.5 g/dl.

La prevalencia de desnutrición en el cáncer gastrointestinal es elevada, del orden de un 80%. El tipo de desnutrición suele ser calórico-proteica, y su etiología multifactorial: Efectos locales del tumor Efectos sistémicos del tumor, con liberación de citoquinas proinflamatorias Consecuencias del tratamiento Resecciones quirúrgicas.

Por ello, es imprescindible la detección precoz de los pacientes desnutridos o con riesgo de desnutrición, además de una valoración y seguimiento nutricional de todos los pacientes diagnosticados de cáncer de esófago.

2. ¿QUÉ ESTRATEGIA DE APOYO NUTRICIONAL ELEGIRÍA EN ESTE CASO? En este caso la estrategia de apoyo nutricional viene condicionada por la falta de acceso enteral vía yeyunostomía. La colocación de una sonda de yeyunostomía debería ser una práctica habitual dentro del tratamiento quirúrgico del cáncer esofágico, ya que permite nutrir al paciente de forma adecuada durante todo el curso postoperatorio y así cubrir las necesidades energéticas y proteicas

elevadas. Ante la falta de acceso enteral, debe utilizarse la nutrición parenteral ya que el paciente está desnutrido y la previsión de ayuno es superior a los 10 días. Una vez el paciente reinicie peristaltismo intestinal y se recupere del íleo postquirúrgico, se iniciará dieta oral progresiva según tolerancia, y se disminuirán progresivamente los aportes por vía parenteral. La nutrición parenteral se retirará cuando el paciente pueda cubrir sus requerimientos nutricionales en más de sus  $\frac{3}{4}$  partes por vía oral, utilizando, si es preciso, suplementos nutricionales.

3. ¿QUÉ NECESIDADES NUTRICIONALES TIENE EL PACIENTE EN ESTE MOMENTO? Las necesidades calóricas del paciente sometido a cirugía por cáncer de esófago las podemos establecer en 30-35 Kcal/kg de peso. No obstante, en este caso debemos tener en cuenta el estrés quirúrgico y el estrés debido a la situación de sepsis por catéter, que pueden incrementar las necesidades calóricas hasta 35-40 Kcal/kg de peso/día. Las necesidades proteicas se establecerán en función del peso y del estrés metabólico, y oscilarán entre 1.2 y 2 g/proteína/kg peso/día.

4. ¿QUÉ COMPLICACIONES PUEDEN SURGIR RELACIONADAS CON EL SOPORTE NUTRICIONAL?

La nutrición parenteral (NP) produce atrofia de la mucosa intestinal y disminución de la actividad enzimática del enterocito. Ello provoca: Alteración de la flora intestinal por ausencia de nutrientes en el intestino. Alteración de la permeabilidad de la barrera intestinal, induciendo la translocación bacteriana. Disminuye los niveles de IgA Mayor número de complicaciones y más graves Costes directos muy elevados El 50 % de las complicaciones de la NP resultan de complicaciones mecánicas derivadas de la implantación y mantenimiento del acceso venoso central, y además son las responsables del 50 % de las muertes causadas por complicaciones de la técnica. Las complicaciones infecciosas son el segundo grupo de complicaciones más importantes de la nutrición parenteral, y en ocasiones suponen un reto para el mantenimiento de la vía venosa.

## REFERENCIAS:

<file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/ES-Cancer-de-Esofago-Guia-para-Pacientes.pdf>

<https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/nutrition-during-treatment-esophageal-cancer>

<http://www.aulamedica.es/nutricionclinicamedicina/pdf/5028.pdf>

<https://seom.org/info-sobre-el-cancer/esofago?showall=1>

<https://doc-10-5o-apps->

[viewer.googleusercontent.com/viewer/secure/pdf/ro33oqg7logs46jegj9946ev4of2nm64/i21jcmn4dqu6e0qb91ekpv0nc5k0mgkm/1592689350000/drive/18065756441853295035/ACFrOgBeBfnyQZG6\\_Mg8AQJkVORRk\\_33SVD0kispCZAqEAGBKbgaZK36Fb024q-jOEBQ56mcY\\_abaLld\\_jLMqKPrCM6-RYyAnVUuipB9F0TiHm37RrHhQBZDJUMh2ejwHfPpX0M66kDwA4fJAZky?print=true&nonce=fvtkec2tbj5bg&user=18065756441853295035&hash=vbirg35v2fst4ntp43d1f9u4e3hidm5b](viewer.googleusercontent.com/viewer/secure/pdf/ro33oqg7logs46jegj9946ev4of2nm64/i21jcmn4dqu6e0qb91ekpv0nc5k0mgkm/1592689350000/drive/18065756441853295035/ACFrOgBeBfnyQZG6_Mg8AQJkVORRk_33SVD0kispCZAqEAGBKbgaZK36Fb024q-jOEBQ56mcY_abaLld_jLMqKPrCM6-RYyAnVUuipB9F0TiHm37RrHhQBZDJUMh2ejwHfPpX0M66kDwA4fJAZky?print=true&nonce=fvtkec2tbj5bg&user=18065756441853295035&hash=vbirg35v2fst4ntp43d1f9u4e3hidm5b)