

# Caso Clínico de Cáncer de Cabeza y Cuello

Dra. Carmen Tenorio Jiménez  
Complejo Hospitalario de Jaén  
2 de Abril de 2016

# Índice

- 1. Peculiaridades nutricionales en Ca. Cabeza y Cuello
- 2. Caso Clínico
  - Pre-Quirúrgico
  - Post-Quirúrgico
  - RadioQuimioterapia
  - Paliativo

# Tumores de Cabeza y Cuello

Grupo muy heterogéneo  
de tumores



Tratamiento oncológico  
multidisciplinar

- Diferentes localizaciones
- Diferentes poblaciones celulares
- Diferentes grados de diferenciación, proliferación, capacidad metastásica
- Diferente respuesta al tratamiento

Objetivo



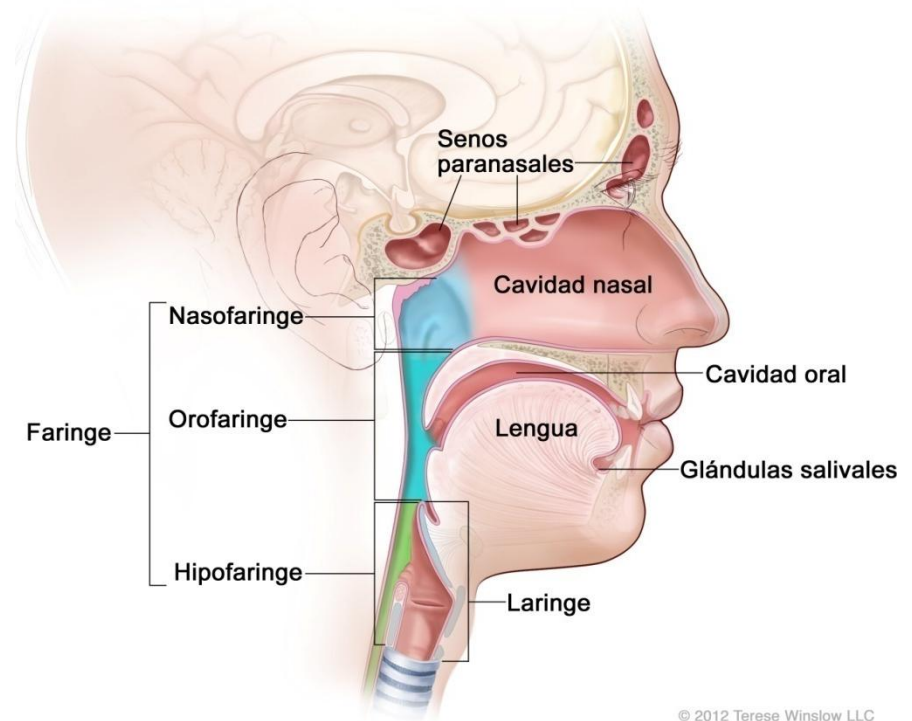
**Curación del Cáncer**

# Impacto de la desnutrición en cáncer de cabeza y cuello

La desnutrición es **muy frecuente (30-50%)**, habitualmente de origen multifactorial (hábitos previos, tamaño y localización del tumor, efectos del tratamiento oncológico...).

La nutrición es el **segundo factor en importancia** en el pronóstico a largo plazo, ya que puede tener un impacto negativo sobre la evolución clínica de estos pacientes.

Regiones en el cáncer de cabeza y de cuello

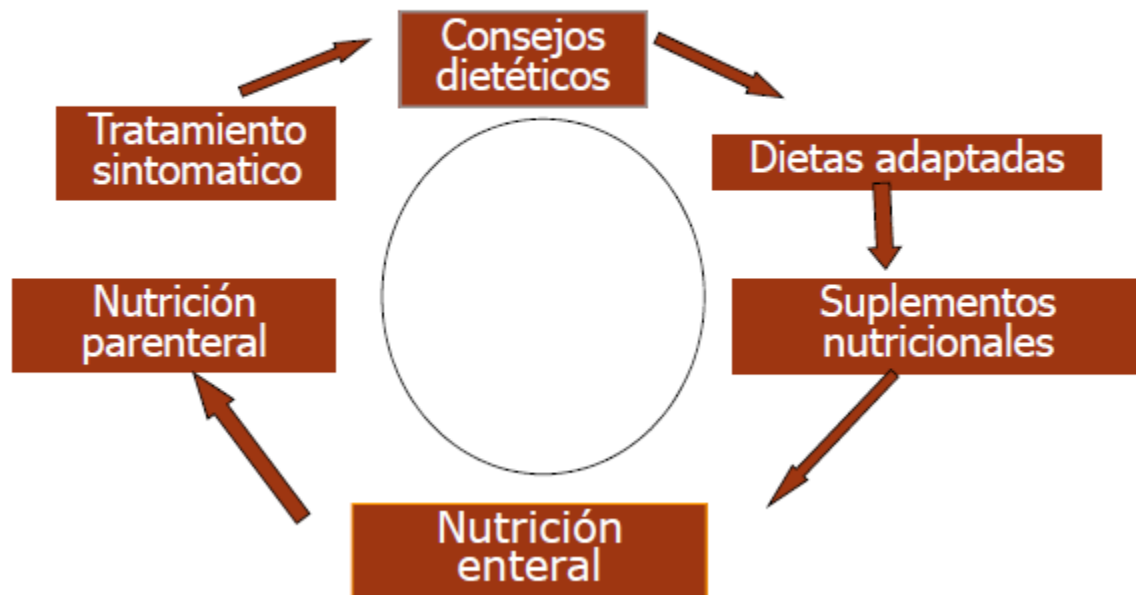


# Impacto negativo en evolución

1. puede favorecer la aparición de **complicaciones** como las infecciones,
2. **empeorar la respuesta al tratamiento oncológico** o incluso provocar interrupciones de dichos tratamientos,
3. provocar **ingresos** no programados o bien prolongarlos, así como aumentar la **mortalidad**.

# Impacto negativo en la evolución

4. Impacto crucial en la **calidad de vida** de los pacientes: a mayor pérdida de peso, mayor es el deterioro de la CV y de las relaciones sociales del paciente.
5. impacto **económico** que tiene la desnutrición en este grupo de pacientes, debido a las consecuencias que tiene en la evolución de la enfermedad y en la aparición de más complicaciones.



## ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello que reciben soporte nutricional experimentan **menor pérdida de peso, menor número interrupciones del tto y de hospitalizaciones por complicaciones secundarias a los mismos.**

No obstante, la evidencia actual **no ha podido mostrar una mejor evolución y supervivencia** en los pacientes que reciben soporte nutricional

# Caso Clínico

- Varón de 57 años con AP de:
  - Enfermedad de Dupuytren
  - Infarto lacunar 2011
  - DM tipo 2
  - Fumador de >20 cig/día y bebedor de 40 gr/día.
  - Tratamiento domiciliario: AAS 300 mg/día, Omeprazol 20 mg/día, Glimepiride 4 mg, Zolpidem 10 mg/día, fluvastatina 80 mg/día, Enalapril 20 mg/Hidroclorotiazida 12,5 mg.  
Situación laboral: Jubilado.
- **Septiembre 2013** remitido por lesión amigdalар de unos 3 meses de evolución. Otagia y dolor irradiado.
- Sospecha de Ca. Trígono retromolar izquierdo



# Pruebas Complementarias

- Biopsia(12/12/13): Cuña de tejido revestida por mucosa blanquecina, que mide 0,6 x 0,5 x 0,4 cm y al corte muestra una fina banda del mismo color y bajo ella tejido parduzco.
- **DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO:**  
**Trígono retromolar izquierdo (biopsia):**  
**- Carcinoma epidermoide, infiltrante.**

# RMN 19/12/13

- Lesión de **3,8x3,2x3,2cm**, que parece estar centrada en la unión entre base y borde libre del lado izquierdo, con extensión anterior a porción posterior del espacio sublingual. Lateralmente se extiende a músculo pterigoideo medial, trígono retromolar y rama mandibular.
- En sentido superior afecta a pilar amigdalino anterior y paladar blando, con dudosa afectación del pilar amigdalino posterior.
- Conclusión: hallazgos en probable relación con **proceso neofornativo lingual, con la extensión descrita.**
- Valoración nutricional?

# Pregunta 1: Cribado nutricional en Ca. CC

1. Debe ser universal, precoz y periódico.
2. Solo a pacientes de alto riesgo.
3. Solo a pacientes que vayan ser tratados con QT-RT.
4. De forma prequirúrgica, antes no.

Evidence based practice guidelines for the nutritional management of adult patients with head and neck cancer



Clinical  
Oncology  
Society of  
Australia

+ Recommendation

Grade

Malnutrition screening should be undertaken on all patients at diagnosis to identify those at nutritional risk and then repeated at intervals through each stage of treatment (e.g. surgery, radiotherapy/chemotherapy, and post treatment). If identified at high risk refer to the dietitian for early intervention.

B

Guía de práctica clínica específica de manejo nutricional en Ca de cabeza y cuello, elaborada por un equipo multidisciplinar, que está en constante actualización y totalmente disponible online. Elaborada con el sistema GRADE

# Pregunta 1: Cribado nutricional en Ca. C y C

1. **Debe ser universal, precoz y periódico.**
2. Solo a pacientes de alto riesgo.
3. Solo a pacientes que vayan ser tratados con QT-RT.
4. De forma prequirúrgica, antes no.

## Pregunta 2: Cómo realizar la valoración nutricional?

1. Antropometría
2. Datos analíticos
3. Encuesta dietética
4. Todas las anteriores

## Pregunta 2: Cómo realizar la valoración nutricional?

1. Antropometría
2. Datos analíticos
3. Encuesta dietética
4. **Todas las anteriores**

## Se realiza la valoración nutricional pre-Cirugía

- Peso habitual 67 Kg Peso actual 62 Kg.
- **7,46 % peso perdido en 3 meses** por anorexia y molestias en la deglución. ECOG 0.
- Talla 165 cm.
- **IMC 22,77 Kg/m<sup>2</sup>**
- Analítica: **albumina 3,3 g/dl, prealbúmina 13,2 mg/dl**, CT 128 mg/dl, **linfocitos 800**.



## Codificación de la desnutrición (SENPE-SEDOM)

	Valor normal	Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición grave
IMC	18,5-25	17-18,4	16-16,9	<16
Porcentaje peso habitual	<95%	94,9- 85%	84,9- 75%	<75%
% pérdida de peso	<1%	1-2%	2%	>2%
1 semana	<2%	5%	5%	>5%
1 mes	<3%	5%	5-10%	>10%
2 meses	<7,5%	10%	10-15%	<15%
3 meses				
Medidas antropométricas	>p15	<p15	<p10	<p5
Albúmina (g/dl)	3,6-4,5	2,8-3,5	2,1-2,7	<2,1
Transferrina (mg/dl)	250-350	150-200	100-149	<100
Prealbúmina (mg/dl)	18-28	15-17,9	10-14,9	<10
RBP (mg/dl)	2,6-7	2-2,6	1,5-2	<1,5
Linfocitos (cel/mm <sup>3</sup> )	>2000	1200-2000	800-1200	<800
Colesterol (mg/dl)	≥ 180	140-179	100-139	<100
Valoración global subjetiva	A Sin riesgo	B Posible riesgo	C Riesgo nutricional	C Riesgo nutricional
NRS	0	1-2	3	3
MUST	0	1	2	2

# Encuesta dietética

- Requerimientos pre-Cx 1860 Kcal/día, 93 g de proteínas.
- Ingiere el 75% de los requerimientos por odinofagia y anorexia.
- Se imparte consejo dietético y se pautan suplementos nutricionales orales hipercalóricos hiperproteicos (**600 Kcal/día, 40 g de proteínas**) para completar ingesta de forma pre-quirúrgica.

## Evidence based practice guidelines for the nutritional management of adult patients with head and neck cancer



### Information on authorship and revision

Last reviewed: April 2011

Author(s): Meeran Findlay (Project Director), A/Prof Judy Bauer (Project Director), Teresa Brown (Project Dietitian), Wendy Davidson, Jan Hill, Dr Elisabeth Isenring, Bella Talwar, Katherine Bell, Nicole Kiss, Rochelle Kurmis, Jenelle Loeliger, Ashley Sanderson, Kelly Taylor

Q6.

Recommendation	[hide]	Grade
En el preoperatorio la intervención nutricional en el paciente desnutrido puede mejorar los resultados y reducir los efectos adversos de la desnutrición (B)		B
Preoperatoriamente la inmunonutrición no tiene beneficios ( C )		C
		B
		C

Recommendation

Recommendation	[hide]	Grade
Nutrition intervention (dietary counselling and/or supplements and/or tube feeding) improves/maintains nutritional status.		A
Nutrition intervention (dietary counselling and/or supplements and/or tube feeding) improves patient-centred outcomes (quality of life, physical function and patient satisfaction).		B
Tube feeding can improve protein and energy intake when oral intake is inadequate.		B
Tube feeding may reduce unplanned hospital admissions and reduced disruptions to treatment compared to oral intake alone.		C

**Paula Ravasco**

**Dietary Counselling:  
a Simple but Effective  
way to improve  
Cancer Outcomes**



*Head & Neck 2005; 27: 659-668*

**IMPACT OF NUTRITION ON OUTCOME: A PROSPECTIVE  
RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL IN PATIENTS WITH  
HEAD AND NECK CANCER UNDERGOING RADIOTHERAPY**

Paula Ravasco, MD,<sup>1</sup> Isabel Monteiro-Grillo, MD, PhD,<sup>1,2</sup>  
Pedro Marques Vidal, MD, PhD,<sup>1</sup> Maria Ermelinda Camilo, MD, PhD<sup>1</sup>

El consejo dietético mejora la ingesta y el estado nutricional. Añadir suplementos a la dieta no fue tan efectivo como el consejo dietético

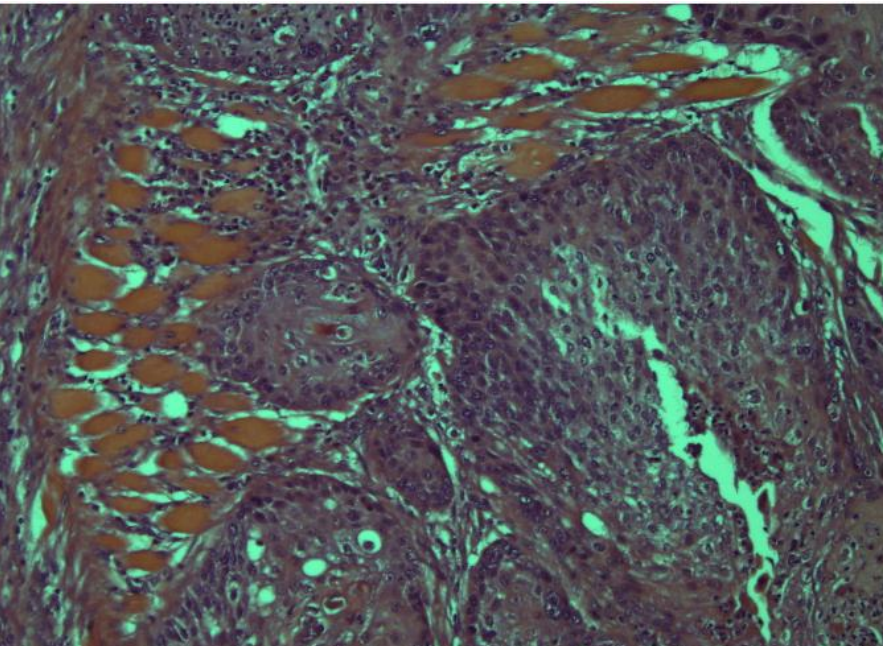
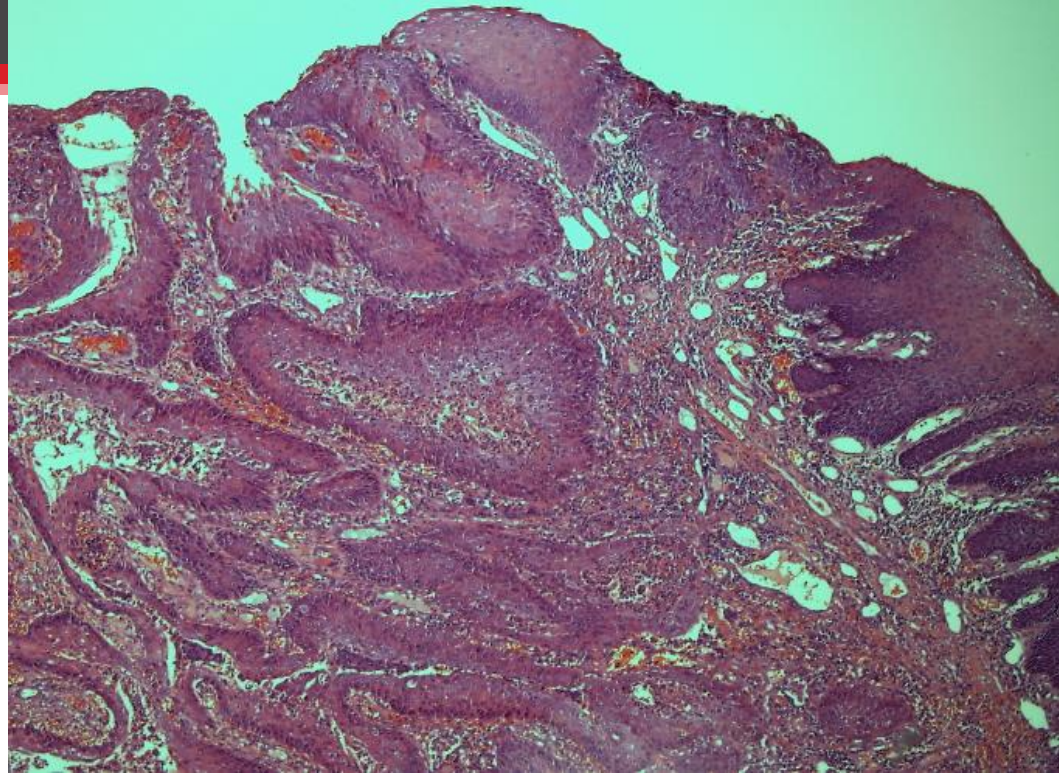
# Problemas estudios Consejo dietético

- Falta evidencia científica de alta calidad:
  - Heterogeneidad de grupos
  - Imposible el ciego
  - Las intervenciones varían de **intensas a inexistentes** en los trabajos y no están claramente descritas.
  - **Definiciones inconsistentes** de caquexia y herramientas para identificación de malnutrición heterogéneas.

# Cirugía

- Traqueostomía profiláctica. **Vaciamiento cervical** funcional izquierdo. **Tumorectomía** con márgenes de seguridad y mandibulectomía (21/01/14).
- AP: N(-) 0/17 niveles II y III. 0/12 nivel I, glandula salivar negativa. Ca epidermoide G2 a 1mm del borde quirugico lateral. Hueso mandibular NO afecto.
- Juicio Clínico: **Ca epidermoide base lengua.**  
**pT2N0Mx**

A la derecha epitelio normal y a la izquierda tumor infiltrante



Nidos tumorales  
escamosos infiltrando las  
fibras musculares  
estriadas en profundidad

## Pregunta 3 ¿Cuándo iniciar Nutrición?

1. Dentro de las 24h a través de SNG
2. 2-3 días por SNG de alimentación
3. Se deberá poner NPT en postoperatorio inmediato
4. No hay prisa, cuando pueda comer.



# ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery including Organ Transplantation

Postoperative	Initiate normal food intake or enteral feeding early after gastrointestinal surgery.	A	4.2.1
	Oral intake, including clear liquids, can be initiated within hours after surgery to most patients undergoing colon resections.	A	3
	Oral intake should, however, be adapted to individual tolerance and to the type of surgery carried out.	C	3
	Apply tube feeding in patients in whom early oral nutrition cannot be initiated, with special regard to those		4.2.2
	● undergoing major head and neck or gastrointestinal surgery for cancer	A	4.2.2
	● with severe trauma	A	4.2.2
● with obvious undernutrition at the time of surgery	A	4.2.2	
● in whom oral intake will be inadequate (<60%) for more than 10 days	C	4.2.2	

# Pregunta 3 ¿Cuándo iniciar Nutrición?

1. **Dentro de las 24h a través de SNG**
2. 2-3 días por SNG de alimentación
3. Se deberá poner NPT en postoperatorio inmediato
4. No hay prisa, cuando pueda comer.

# Evolución

- Se pauta NET por SNG con fórmula específica de diabetes, con buena tolerancia, dado de alta con NET por SNG, que se retira a las 2 semanas de alta.
- Oncología Radioterápica:
  - RT+/QT: 60 Gy base lengua. 50 Gy nivel cervical derecho (por afectación de paladar).
- Se deriva a Oncología Médica

## NUTRICIÓN ENTERAL. "WEANING"

Ingesta oral + 100 % requerimientos vía sonda



↑ Ingesta oral + 100 % requerimientos vía sonda



Dieta completa vía oral

< 50 % ingesta

Suplementos vía sonda  
+ hidratación

50-75 % ingesta

No suplemento por sonda  
Sólo hidratación

>75 % ingesta

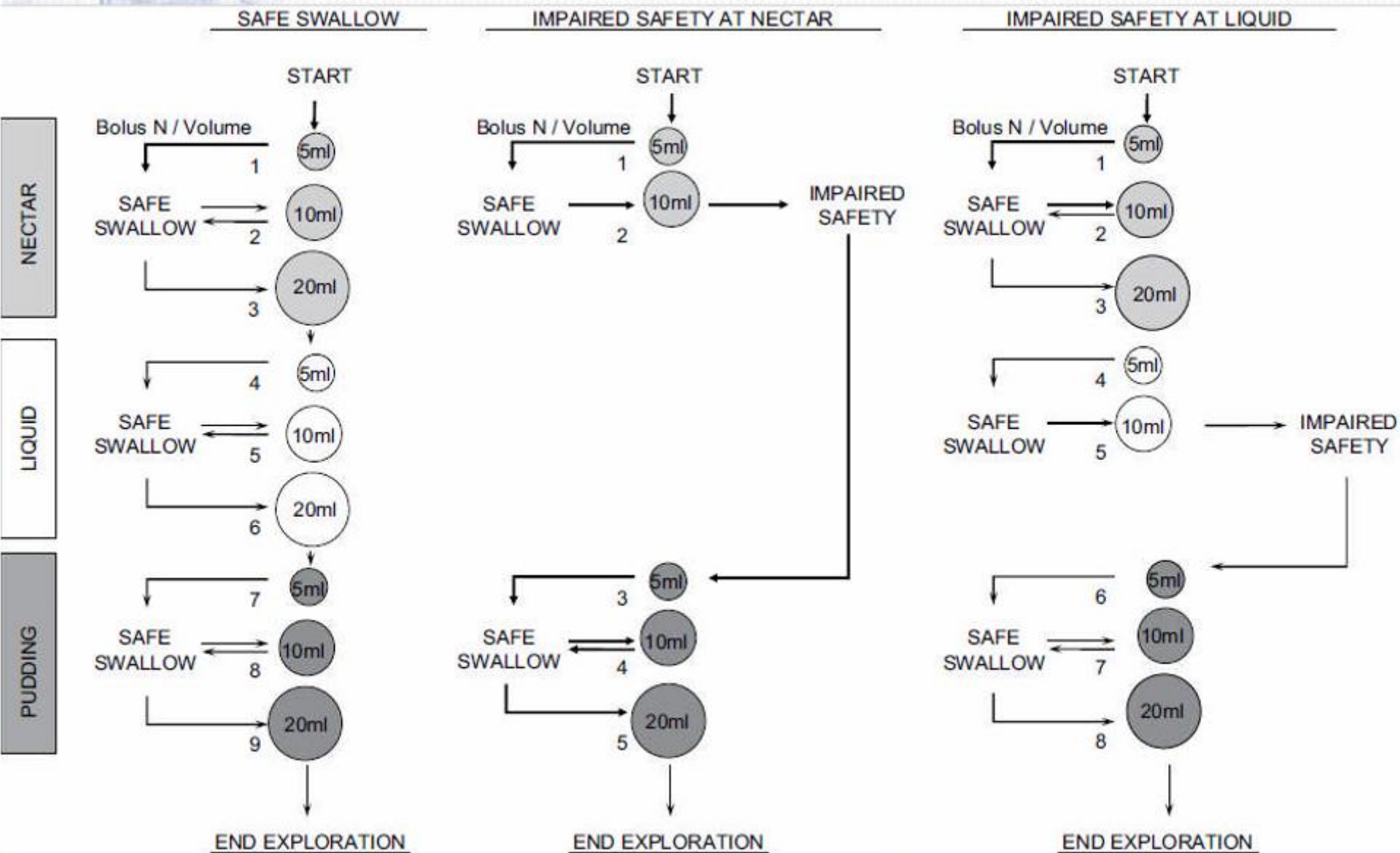
De forma consistente por > 3 d  
Suspender nutrición enteral

Dieta basal  
con textura  
modificada

Adecuadamente hidratado ← Requiere líquidos espesados

Retirar sonda

# MECV-V ESQUEMA DE LA EXPLORACIÓN



# MECV-V: PARÁMETROS A CONTROLAR

## SIGNOS DE SEGURIDAD:

- Tos: antes, durante o después de la deglución
- Cambios en el timbre de voz
- de la saturación de oxígeno después de la deglución ( $\geq 3\%$ )

## SIGNOS DE EFICACIA:

- Número de degluciones por bolo
- Residuo oral y faringeo
- Inadecuado cierre labial con fuga

# Evolución RT

- 26.03.14/09.05.14 se realiza **Radioterapia Externa** conformada tridimensionalmente, administrando una dosis de referencia de 54 Gy y 60 Gy sobre los niveles cervicales I, II y III derechos, y sobre las áreas de alto riesgo de enfermedad microscópica.
- Presenta **oromucositis grado 2 con ulceraciones no confluyentes, disosmia, disgeusia y odinofagia a sólidos, pero tolerando blandos**, no problemas dentales, sequedad de boca.
- Completa la dieta con suplementos nutricionales (**615 Kcal/día, 28,5 g proteínas**)

# Mucositis

La prevalencia de mucositis en pacientes con cancer de cabeza y cuello que reciben RT es mayor del 80%

- Después de la irradiación, el desarrollo de mucositis es constante. Afecta la mucosa no queratinizada, el paladar blando, la parte de atrás de la lengua y la cavidad oral.
- Aparte de la inflamación de la mucosa, hay una disminución de la en la producción de saliva debido al efecto de la irradiación en las glándulas salivares.
- Esto resulta en una gran dificultad cuando se mastica y se deglute comida, con el sabor alterado y dolor local

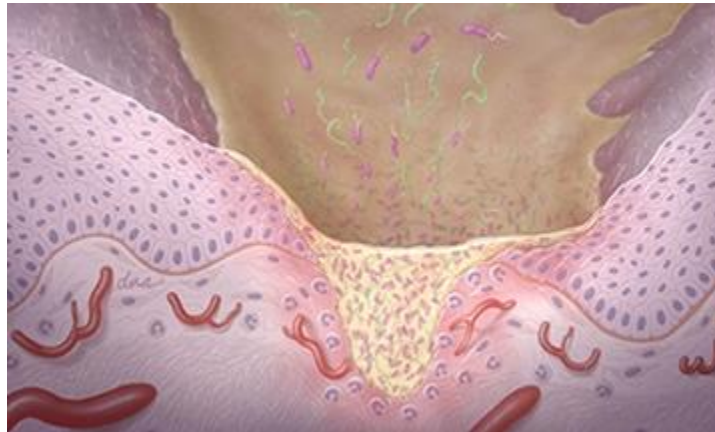


# Exploración física

- EVOLUCIÓN DE LA MUCOSITIS
- Objetiva:
  - 1. Eritema
  - 2. Úlceras aisladas (aftas)
  - 3. Ulceraciones confluyentes
  - 4. Ulceraciones necrótico-hemorrágicas
- Subjetiva:
  - 1. Dolor que no excluye ingestas
  - 2. Tolera blandos
  - 3. Solo líquidos
  - 4. Excluye todo

# Glutamina en mucositis

- La glutamina es un aminoácido semiesencial, un nutraceutico con antioxidantes y las funciones inmunológicas que pueden proteger contra los efectos adversos asociados con la radioterapia (RT).



## Oral Glutamine in Preventing Treatment-Related Mucositis in Adult Patients With Cancer: A Systematic Review

Caitlin Sayles, PharmD<sup>1,\*</sup>; Stephen C. Hickerson, PharmD, MS<sup>1,\*</sup>;  
Raksha R. Bhat, MS<sup>1</sup>; Jacob Hall, PharmD, BCNSP<sup>2</sup>; Kevin W. Garey, PharmD, MS<sup>1</sup>;  
and Meghana V. Trivedi, PharmD, PhD, BCOP<sup>1</sup>

Nutrition in Clinical Practice  
Volume 31 Number 2  
April 2016 171–179  
© 2015 American Society  
for Parenteral and Enteral Nutrition  
DOI: 10.1177/0884533615611857  
ncp.sagepub.com  
hosted at  
online.sagepub.com



- Incluye: **C y C**, pulmón, mama, GI, hematológicos, sólidos.
- La mayoría de los trabajos revisados se mostraron favorables a la eficacia de la glutamina oral, **0-7 días antes** de la QT y/o RT a dosis máxima de **30 g/d**, en la disminución de la duración y la gravedad de la mucositis en pacientes adultos con cáncer que reciben QT y/o RT.
- **Contras:** pequeño número de pacientes y varios estudios retrospectivos.
- A pesar de estas limitaciones , la eficacia favorable de glutamina oral, junto con su bajo perfil de toxicidad, ofrece una sólida justificación para realizar un estudio multicéntrico aleatorio controlado con placebo para evaluar aún más su eficacia y seguridad.

## Pregunta 4 Glutamina en mucositis

- 1. Siempre profiláctica en RTQT
- 2. Podría reducir el riesgo y la severidad de la mucositis por RT previniendo la pérdida de peso y la necesidad de soporte nutricional, aunque sería necesario confirmarlo en estudios prospectivos.
- 3. Nunca, no sirve para nada
- 4. En mucositis severas ya establecidas.

## Pregunta 4 Glutamina en mucositis

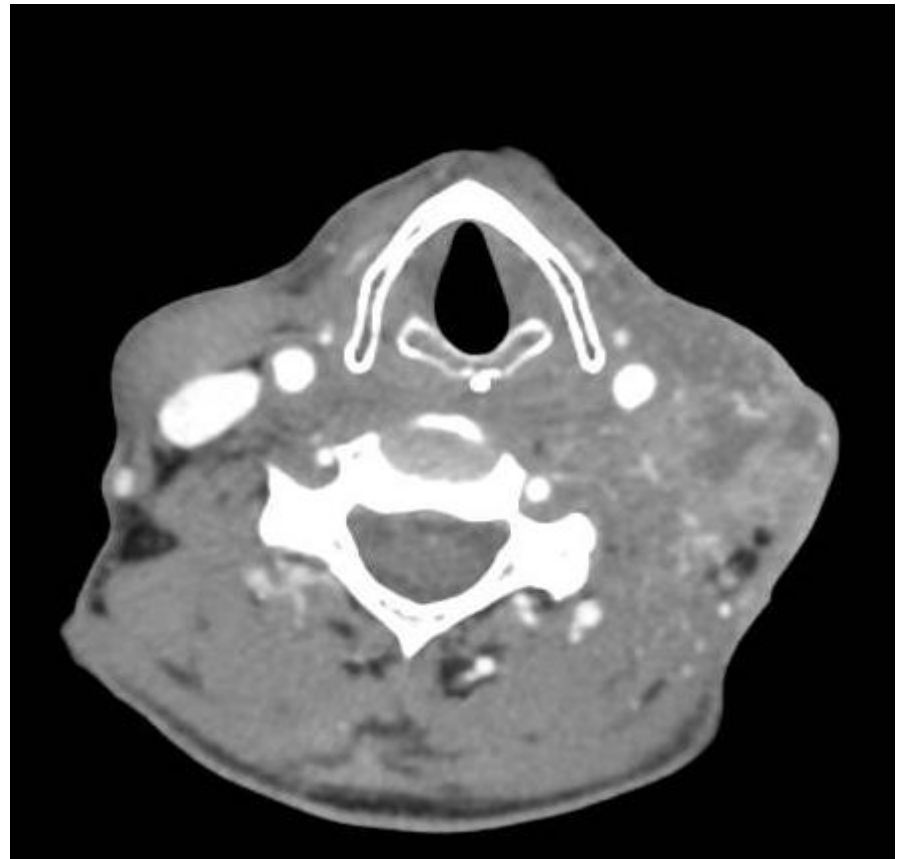
- 1. Siempre profiláctica en RTQT
- 2. **Podría reducir el riesgo y la severidad de la mucositis por RT previniendo la pérdida de peso y la necesidad de soporte nutricional, aunque sería necesario confirmarlo en estudios prospectivos.**
- 3. Nunca, no sirve para nada
- 4. En mucositis severas ya establecidas.

# Evolución OM 01/04/2014

- ECOG 1. 165 cm. 52 kg.
- Cisplatino hasta junio 2014
- Ante la pérdida de peso se pautan de nuevo suplementos específicos de diabéticos por parte de Oncología Radioterápica (**410 Kcal/día, 18,4 g de proteínas**).
- No se deriva a Consulta de Nutrición.

# TC cervical Julio 2014

Cambios por vaciamiento izqdo.  
Hemimandibulectomía izqda.  
Gran masa cervical izqda,  
heterogénea en su densidad y en su  
captación, con áreas  
hipodensas/necróticas, mal  
delimitada, que borra el plano de  
clivaje con el ECM así como la grasa  
del espacio carotideo, de unos **3cm**  
de diámetro transversal axial x **9 cm**  
de extensión craneocaudal, que  
engloba la yugular, no visible en  
ningún momento y borra el plano  
graso superficial entre el cartilago  
tiroideo y el platisma colli.



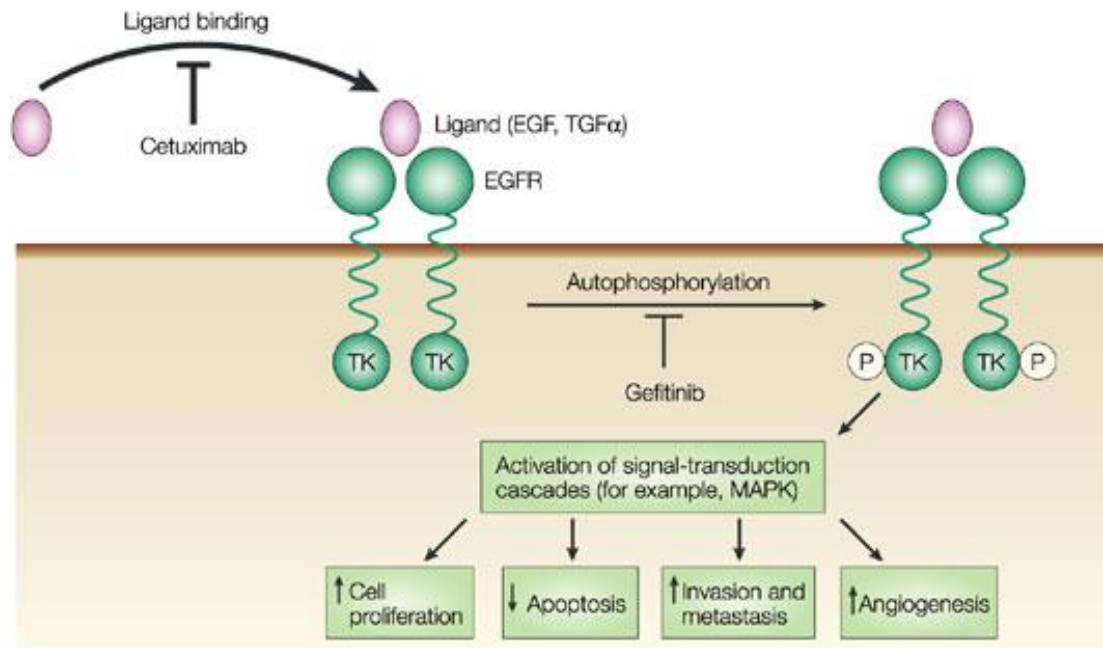
# Evolución

- Recidiva irresecable en región laterocervical izquierda (adenopatías de unos 5 cm de diámetro máximo).
- Ante el escaso tiempo transcurrido desde el fin de la QT/RT, se decide iniciar paclitaxel/**cetuximab**, y valorar en 2-3 meses radiológicamente la posibilidad de tratamiento local de rescate (IMRT vs linfadenectomía).
- Mala adhesión a dieta y suplementos pautados.
- **No acude a Nutrición a pesar de ser referido**



# CETUXIMAB

- Cetuximab (Erbix<sup>®</sup>): anticuerpo monoclonal IgG1 contra el dominio del ligando del receptor del EGF.
- Potencia el efecto citotóxico de la radiación en las células carcinomatosas escamosas.



# CETUXIMAB

El EGF se expresa en la capa basal del epitelio. La inhibición del EGF-R incluye alteración del crecimiento y migración de los queratinocitos

## Efectos secundarios:

- El más frecuente. Dermatitis hasta en un 40 %, afectando con preferencia cara y cuello. Diferentes formas: rash acneiforme, xerosis, fisuras en dedos, onicolisis, queilitis,....)
- Mucositis: 25 % de los pacientes. Es exponencial.
- La toxicidad cutánea depende de la dosis total de RT, la dosis por fracción, el t de tto y la zona expuesta a la RT.

# Enteral Feeding Tubes in Patients Undergoing Definitive Chemoradiation Therapy for Head-and-Neck Cancer: A Critical Review

Shlomo A. Koyfman, MD, and David J. Adelstein, MD

Cetuximab añadido a RT definitiva concomitante no se ha asociado a:

Disfagia, mucositis, xeroftalmía o deshidratación comparado con RT sola, pero sí a mayor pérdida de peso.

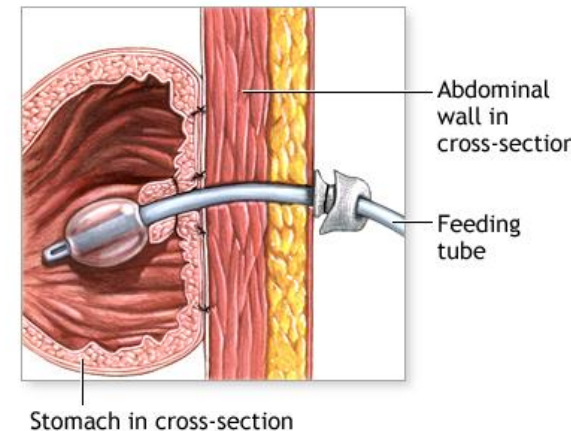
**Otro estudio observacional reciente encuentra lo contrario (Yokota 2014 86% mucositis)**

**Table 2** Rates of feeding tube use in randomized chemoradiation therapy trials

Study	Treatment arm(s)	Feeding tube rate	<i>P</i> value
Adelstein et al (1)	RT	39%	NR
	RT + CDDP	49%	
	RT + CDDP + 5-FU (split course)	48%	
Brizel et al (2)	HyperRT	29%	NR
	HyperRT + cisplatin + 5-FU	44%	
Calais et al (20)	RT	15%	.02
	RT + carboplatin + 5-FU	36%	
Cooper et al (21)	Postoperative RT	32%	NR
	Postoperative RT + cisplatin	49%	
Forastiere et al (3)	RT alone	19%	NR
	ICT → RT	19%	
	ICT → CRT	35%	
Bonner et al (22)	RT	30%	.45
	RT + cetuximab	26%	

# Agosto 2015

- CMF: Fístula paramandibular susceptible de tratamiento quirúrgico.
- Visto por Nutrición, se coloca SNG y se programa para gastrostomía quirúrgica, que se realiza sin complicaciones inmediatas.
- Peso 41,4 Kg. Talla 165 cm.
- IMC 15,11 Kg/m<sup>2</sup>
- PT 4 mm, CB 4 mm.
- NET: 1500 Kcal/día, 60 g de proteínas



## Pregunta 5: Se debería haber colocado PEG profiláctica?

- 1. Siempre en Tumores de Cabeza y Cuello
- 2. Nunca
- 3. La evidencia no está clara, pero se podría considerar en estadíos III-IV, QTRT, ca. cav oral, pp >5% pre-tto.
- 4. Solo en mujeres, >55 años y T3/T4 que necesitan un tiempo de PEG más prolongado.

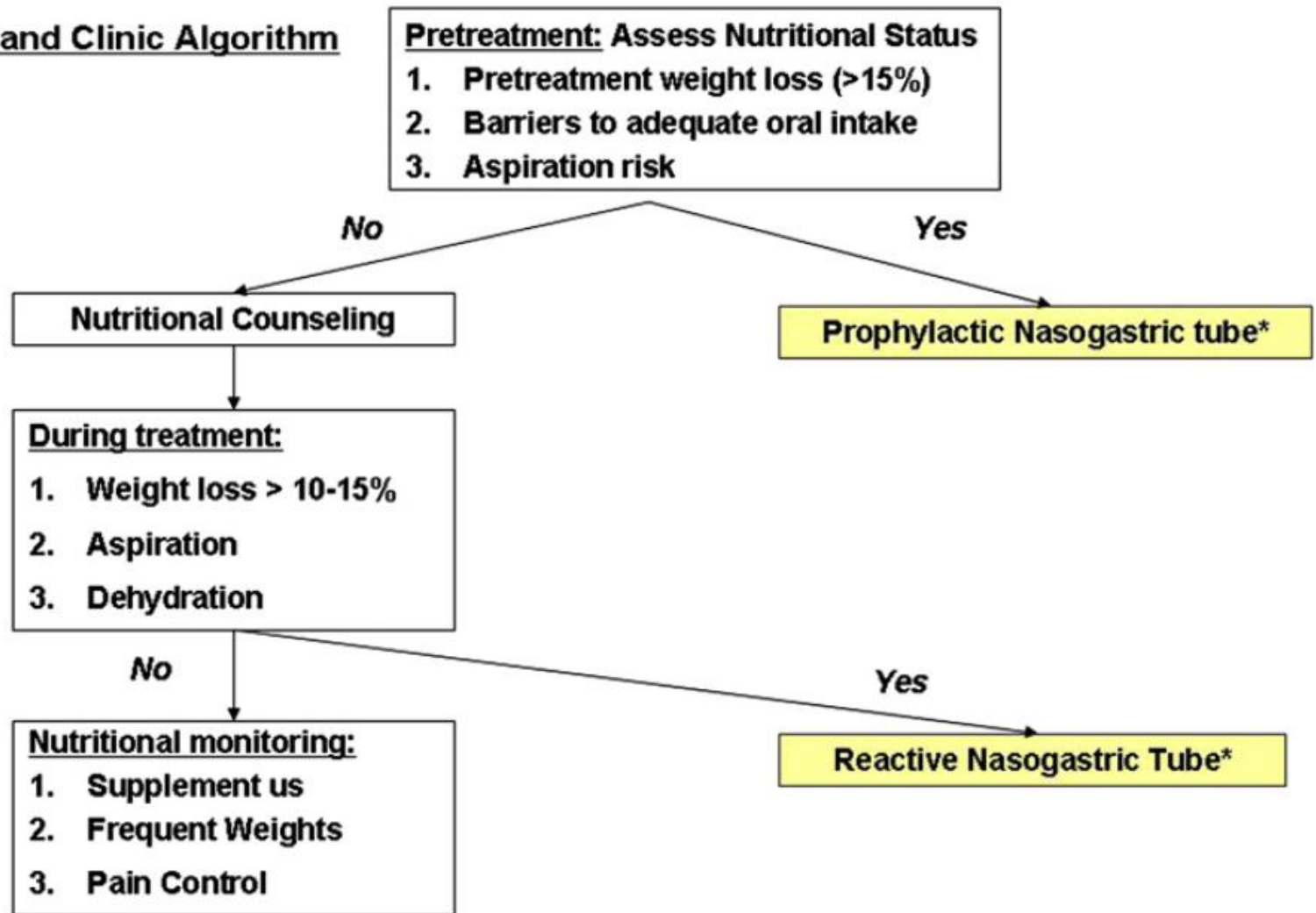
## DESVENTAJAS

- Se pueden colocar durante el período de tratamiento, pero el procedimiento puede ocasionar un retraso del comienzo de la alimentación.
- Requiere una técnica invasiva susceptible de presentar complicaciones (incidencia muy variable entre estudios: 4-70%)
- Resistencia de los pacientes a la colocación de una sonda para la alimentación antes del desarrollo de efectos secundarios del tratamiento (Corry 2008)
- Dependencia de la PEG en los pacientes con disfagia (Chaudu 2003).

## VENTAJAS

- Se pueden colocar antes de comenzar el tratamiento: acceso inmediato a la alimentación enteral durante el período de tratamiento cuando se requiera (“profilácticas”)
- Puede ser método preferido en los pacientes con mucositis inducida por radiación oral y esofágica (Arends 2006).
- Las PEG profilácticas (PEG-P) han mostrado que reducen significativamente la pérdida de peso media y la tasa de hospitalización durante la radioterapia, reduciendo así las interrupciones del tto . (E. prospectivos y retrospectivos: Beaver 2001; Lee 1998; Wiggeraad 2007)
- Las PEG se asocian a menor nº de complicaciones que las PRG o la quirúrgica (metanálisis Grant DG, Clin Otolaryngol. 2009;34:103-112.)

**Cleveland Clinic Algorithm**

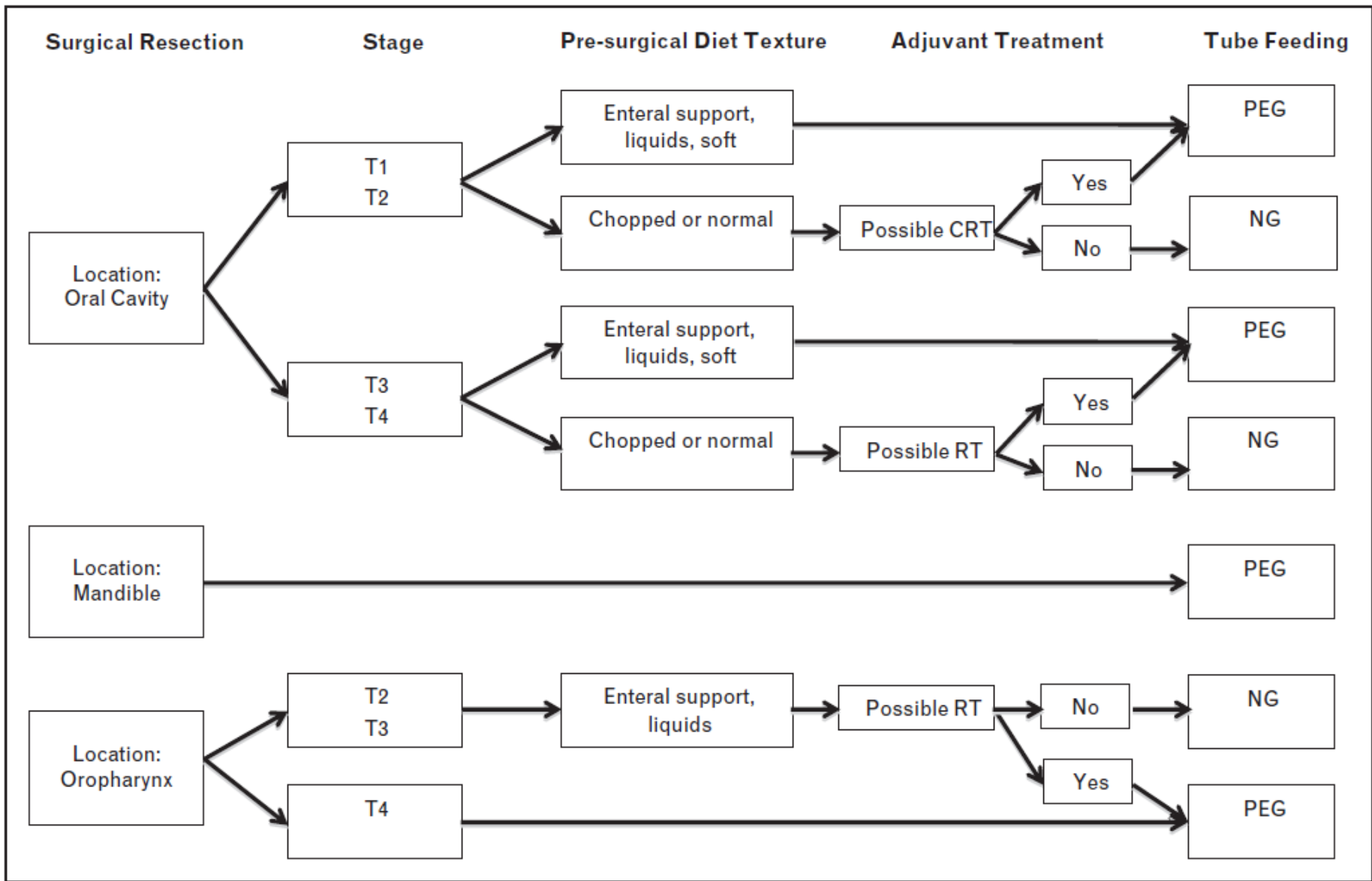


**\*Indications for PEG (vs. NG tube):** 1. Frequent NG tube dysfunction

2. Anatomic barrier (e.g. nasal cavity obstruction)

3. No expectation for restoration of normal swallowing

**Fig.** Proposed algorithm for nutritional support during chemoradiotherapy.



Jack D, Dawson F, Reilly J, Shoaib T. Guideline for prophylactic feeding tube insertion in patients undergoing resection of head and neck cancers. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2011.



# Pregunta 5: Se debería haber colocado PEG profiláctica?

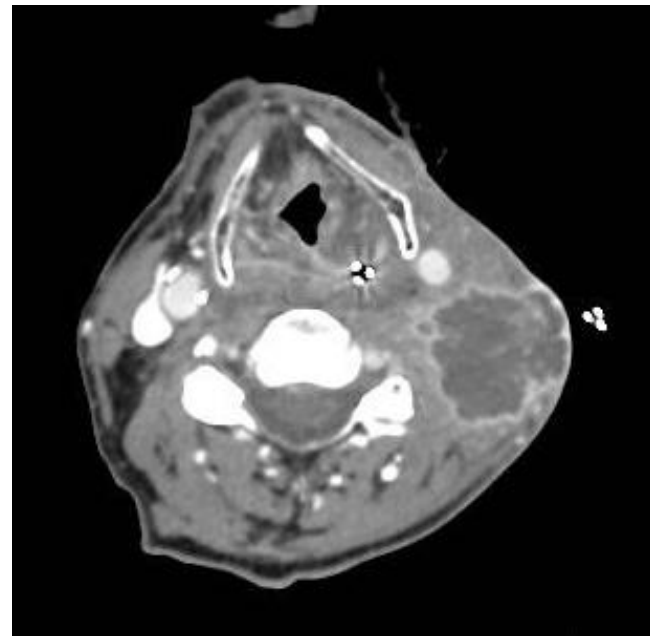
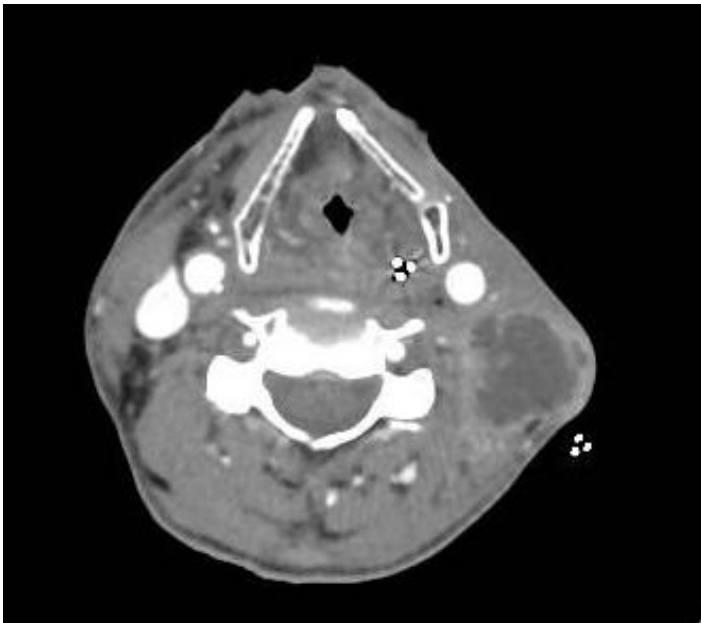
- 1. Siempre en Tumores de Cabeza y Cuello
- 2. Nunca
- 3. **La evidencia no está clara, pero se podría considerar en estadíos III-IV, QTRT, ca. cav oral, pp >5% pre-tto.**
- 4. Solo en mujeres, >55 años y T3/T4 que necesitan un tiempo de PEG más prolongado.

# Evolución Febrero 2015

- **Ausencia de enfermedad** en biopsia y en TAC de noviembre: posibilidad de tratamiento local de rescate.
- **Posibilidad de tratamiento quirúrgico para cierre de la fístula mandibular** que se mantiene estable, y posterior reirradiación por parte de ORT.
- Mientras tanto continuar con cetuximab en monoterapia.
- Peso 50 Kg. Talla 165 cm. IMC 18,36 Kcal/día.

# TC 12/03/15 y 12/06/2015

- Recidiva locoregional en crecimiento
- Tratamiento con cetuximab-paclitaxel
- RT con intención paliativa
- La lesión sigue creciendo y pasa a UCP
- NET por PEG





### Recomendación C

1. El dietista es un miembro importante del equipo de cuidados paliativos debido a la alta incidencia de la pérdida de peso, disfagia y la alimentación por sonda en esta población de pacientes.
2. Los objetivos y resultados de la intervención nutricional dependen en el pronóstico del paciente. Para los pacientes con enfermedad en estadio final, maximizar comodidad y calidad de vida del paciente.

**ESPEN 2006** Pacientes terminales: NE para minimizar la pérdida de peso mientras el paciente consienta y no se haya iniciado la fase de muerte(C). Una vez que el final de la vida está cerca, la mayoría de los pacientes sólo requieren pequeñas cantidades de agua y comida para minimizar la sensación de hambre y sed (B). Pequeñas cantidades de agua pueden ayudar a prevenir estados confusionales asociados a deshidratación (C).

MUCHAS GRACIAS

