

Original

El estado nutricional en pacientes con cáncer de cabeza y cuello: implicaciones pronósticas

C. Martín Villares, J. San Román Carbajo, M. E. Fernández Pello, M. Tapia Risueño y J. Domínguez Calvo

Servicio de ORL. Hospital del Bierzo. Ponferrada. León. España.

Resumen

El 30-50% de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello presentan algún grado de malnutrición. La importancia pronóstica de la malnutrición en estos enfermos no está clara. El objetivo de este trabajo es determinar si existe asociación entre estado nutricional y aparición de faringostoma en el postoperatorio y/o de recidiva tumoral.

Métodos: Se estudian de forma prospectiva 50 pacientes con cáncer de cabeza y cuello T2-4 sometidos a cirugía. Se investiga la aparición de faringostoma o recidiva tumoral en función del estado nutricional del enfermo.

Resultados: El 54% de los pacientes presentaban malnutrición (27 pacientes). En 15 pacientes se identificaron faringostomas y en 11 recidiva tumoral. Existía relación estadística entre malnutrición y recidiva tumoral, pero no se encontró en la aparición de faringostoma y el estado nutricional.

Conclusión: La malnutrición es de mal pronóstico en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

(*Nutr Hosp* 2003, 18:91-94)

Palabras clave: *Cáncer de cabeza y cuello. Faringostoma. Malnutrición. Recidiva tumoral.*

Introducción

La desnutrición es frecuente en los pacientes con cáncer: hasta un tercio de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello tienen malnutrición severa^{1,2}, presentando algún grado de malnutrición hasta el 50% de estos enfermos. La malnutrición en estos pacientes no es debida únicamente a su proceso tumoral, sino que existen además otros factores asociados en estos enfermos: localización del tumor en la vía digestiva—oro e hipofaringe—, secuelas del tratamiento qui-

NUTRITIONAL STATUS IN HEAD AND NECK CANCER PATIENTS: THE IMPACT ON THE PROGNOSIS

Abstract

Malnutrition is reported to affect 30-50% of all patients with head and neck cancer. The impact of malnutrition on surgical outcome is not clearly understood. The purpose of this study is to determine if nutritional status is related to postoperative complications (pharyngostoma) or tumor recurrence.

Methods: Fifty patients with T2-4 head and neck carcinomas underwent surgery were studied prospectively. Nutritional status was related to postoperative complications and 2-year survival.

Results: Twenty-seven patients present malnutrition (54%). We had 15 patients with pharyngostoma and 11 tumor recurrences. We did not find any correlation between the pharyngostoma and malnutrition, but we found correlation between malnutrition and tumor recurrence ($p < .05$).

Conclusion: Malnutrition has negative impact on outcome of patients with head and neck carcinomas.

(*Nutr Hosp* 2003, 18:91-94)

Keywords: *Head neck neoplasms. Malnutrition. Pharyngostoma. Tumor recurrence.*

rúrgico —problemas para la masticación y deglución—, mucositis intensas por radioterapia, etc. Por ello, en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, incluso aunque logremos realizar el tratamiento oncológico de una forma adecuada, el paciente puede morir por la malnutrición².

La importancia del estado nutricional de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por un cáncer de cavidad oral y/o faringo-laríngeo es un tema aún en estudio en la literatura³⁻⁵. La malnutrición en los pacientes con cáncer de cabeza y cuellos ha sido relacionado en diversos estudios con mayor tasa de *complicaciones postoperatorias*^{2,6}, con peor *respuesta al tratamiento*^{2,7,8} e incluso con mayor tasa de *recidiva tumoral*⁹.

Correspondencia: C. Martín Villares.
Hospital del Bierzo.
La Dehesa, s/n.
24400 Ponferrada (León).

Recibido: 9-VI-2002.
Aceptado: 10-VII-2002.

Los objetivos de este trabajo serán:

1. Establecer la incidencia de malnutrición en nuestros enfermos.
2. Establecer las posibles relaciones entre malnutrición y mal pronóstico oncológico.

Material y métodos

Pacientes

Se incluyen en este estudio 50 pacientes con diagnóstico de carcinoma epidermoide de cavidad oral, oro e hipofaringe y laringe tratados mediante cirugía en nuestro servicio durante los años 1998-2000, con seguimiento mínimo de 2 años en nuestras consultas. En todos los enfermos, la cirugía fue el primer tratamiento realizado, seguido o no de radioterapia complementaria en función de la existencia de metástasis ganglionares y/o márgenes quirúrgicos afectados.

Diseño del estudio

Realizamos estudio prospectivo con diseño de casos y controles, dividiendo a los enfermos en dos grupos: grupo A, formado por 23 pacientes con estado nutricional normal (*controles*) y grupo B, formado por 27 pacientes con malnutrición (*casos*). Se consi-

deró que el enfermo presentaba malnutrición siempre que la pérdida de peso en los 3 meses anteriores al diagnóstico hubiese sido mayor del 10% de su peso habitual. En cada grupo de pacientes se estudió la existencia o no de fístula o faringostoma como complicación postoperatoria mayor y la aparición o no de recidiva loco-regional al cierre del estudio. Se compararon las variables cualitativas de ambos grupos mediante la aplicación del test de la χ^2 (con la *corrección de Yates*) y del cálculo de la probabilidad exacta de Fisher cuando fue necesario (análisis bivalente), con nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados

De los 50 pacientes que se incluyeron en el presente estudio, 27 de ellos habían presentado una pérdida de peso mayor al 10% de su peso habitual. Es decir, la incidencia de malnutrición en nuestros pacientes fue del 54%. La media del peso de los pacientes fue de $57,8 \pm 9,7$ kg. En la tabla I se describen las características de los enfermos con buen estado nutricional y en la tabla II las características de los enfermos con malnutrición.

Tabla I
Descripción de los pacientes con estado nutricional normal en el momento del diagnóstico del cáncer

Paciente	Edad y sexo	Localización tumoral	Complicaciones
1	V 73	Cavidad oral	
2	V 63	Laringe	Faringostoma
3	M 52	Hipofaringe	Faringostoma
4	V 43	Laringe	Faringostoma
5	V 58	Laringe	
6	V 67	Laringe	
7	V 66	Laringe	Recidiva local
8	V 65	Cavidad oral	
9	V 49	Laringe	Recidiva local
10	V 48	Laringe	Faringostoma
11	V 37	Laringe	
12	V 52	Orofaringe	
13	V 68	Cavidad oral	
14	V 62	Orofaringe	
15	V 45	Laringe	
16	V 49	Laringe	
17	V 56	Laringe	
18	V 62	Laringe	
19	V 71	Laringe	Faringostoma
20	V 61	Laringe	
21	V 54	Laringe	
22	M 49	Laringe	Faringostoma
23	V 56	Cavidad oral	

Tabla II
Descripción de los pacientes con malnutrición en el momento del diagnóstico del cáncer

Paciente	Edad y sexo	Localización tumoral	Complicaciones
1	V 63	Cavidad oral	Faringostoma
2	V 64	Hipofaringe	
3	V 74	Laringe	Faringostoma
4	V 48	Orofaringe	
5	V 71	Cavidad oral	MTX pulmón
6	V 46	Hipofaringe	
7	V 47	Laringe	Recidiva local
8	V 69	Laringe	
9	V 47	Hipofaringe	Faringostoma
10	V 60	Hipofaringe	
11	V 53	Laringe	
12	V 54	Orofaringe	
13	V 60	Hipofaringe	
14	V 54	Laringe	Recidiva local
15	V 50	Orofaringe	Recidiva local
16	V 48	Hipofaringe	
17	V 55	Hipofaringe	
18	V 53	Cavidad oral	Recidiva local
19	V 71	Hipofaringe	
20	V 59	Hipofaringe	Faringostoma
21	V 38	Orofaringe	Faring + recidiva
22	V 70	Hipofaringe	Faring + recidiva
23	V 60	Cavidad oral	
24	V 54	Orofaringe	Recidiva local
25	V 59	Hipofaringe	Faring + recidiva
26	V 61	Laringe	Faringostoma
27	V 65	Laringe	Faringostoma

Tabla III
Incidencia de faringostoma y recidiva tumoral en función del estado nutricional

	Faringostoma	Recidiva
No malnutrición	6	2
Malnutrición	9	9
Total	15	11

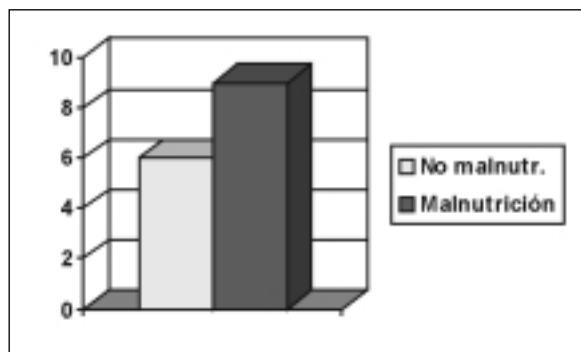


Fig. 1.—Incidencia de faringostomas en el postoperatorio en función del estado nutricional del enfermo.

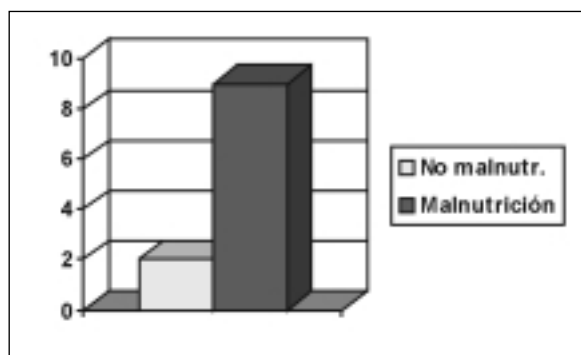


Fig. 2.—Incidencia de recidiva tumoral en función del estado nutricional del enfermo.

En el postoperatorio de estos enfermos, 15 presentaron fístula cervical/faringostoma (30%), resolviéndose con tratamiento conservador 13 de ellas. Solo 2 pacientes precisaron cierre quirúrgico del faringostoma por fracaso del tratamiento conservador, uno mediante colgajo local y otro mediante colgajo pediculado regional. De estos 15 pacientes con faringostoma, 9 presentaban desnutrición en el momento de la intervención quirúrgica, mientras que los otros 6 pacientes con faringostoma presentaban estado nutricional aceptable (tabla III). En el estudio estadístico no existían diferencias significativas entre los pacientes que presentaron faringostoma en el postoperatorio en función de su estado nutricional previo (fig. 1).

Al cierre del estudio, contamos con 11 pacientes con recidiva locorregional de su tumor (24%). De estos 11 pacientes, 9 presentaban malnutrición en el momento de la cirugía (tabla III) y sólo 2 pacientes con aceptable estado nutricional presentaron recidiva.

En el estudio estadístico (fig. 2), la aparición de recidiva tumoral se asoció de forma estadísticamente significativa con la desnutrición del paciente ($p < 0,05$).

Discusión

La desnutrición es frecuente en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, estando su incidencia entre el 30-50% en la literatura^{1,2}. En nuestros enfermos, la incidencia de malnutrición fue de un 54%, coincidiendo con la experiencia de otros autores.

En los últimos años, cuando parece que la asociación de cirugía con radioterapia no es capaz de seguir mejorando el control locorregional en estos pacientes y a pesar de los esfuerzos en investigación la quimioterapia no ha conseguido mejorar la supervivencia, ha comenzado a investigarse de forma sistemática otros factores del paciente que podrían tener importancia en el pronóstico de su enfermedad bajo el concepto global de comorbilidad³⁻⁵. El estado nutricional como factor pronóstico y predictor de la respuesta al tratamiento en pacientes con cáncer de cabeza y cuello comienza a proponerse en los años 80^{1,7,10}. En los años 90 queda establecido la necesidad de alimentación enteral de forma sistemática en estos pacientes e incluso, en determinadas circunstancias, de nutrición parenteral^{11,12}. A principios de los 90 se comienza a relacionar estado nutricional y respuesta al tratamiento^{2,8} y aparición de complicaciones postoperatorias^{2,6} y posteriormente se propone el estado nutricional como factor pronóstico del cáncer de cabeza y cuello^{9,13}. En nuestros enfermos no fuimos capaces de demostrar que la malnutrición aumentara el riesgo de aparición del faringostoma en el postoperatorio, pero fue clara la incidencia de recidiva tumoral en el grupo de pacientes con mal estado nutricional, ya que de 11 pacientes con recidiva, 9 presentaban desnutrición. No cabe duda que el proceso de aparición de recidivas tumorales es multifactorial y que existen parámetros clínicos y patológicos que han demostrado ser eficaces predictores de estas recidivas (metástasis ganglionares, afectación de bordes quirúrgicos, localización hipofaríngea del tumor...), pero el estado nutricional puede condicionar de forma importante el porvenir oncológico del paciente: según los estudios de la Universidad de Florida², incluso tras un tratamiento oncológico adecuado, el paciente puede morir por malnutrición.

Conclusiones

1. La incidencia de malnutrición en los enfermos con cáncer de cabeza y cuello está alrededor del 50%.
2. Aunque la incidencia de faringostomas postoperatorios es mayor en los pacientes desnutridos, no existe asociación estadística entre ambos factores.
3. El estado nutricional del paciente condiciona de forma importante la aparición de posterior recidiva tumoral.

Referencias

1. Baredes S y Blitzer A: Nutritional considerations in the management of head and neck cancer patients. *Otolaryngol Clin North Am*, 1984, 17:725-733.
2. Goodwin WJ Jr y Byers PM: Nutritional management of the head and neck cancer patient. *Med Clin North Am*, 1993, 77:597-610.
3. Hall SF, Groome PA y Rothwell D: The impact of comorbidity on the survival of patients with squamous cell carcinoma of the head and neck. *Head Neck*, 2000, 22:317-322.
4. Stein M, Herberhold C, Walther EK y Langenberg S: Influence of comorbidity on the prognosis of squamous cell carcinoma in the head and neck. *Laryngorhinootologie*, 2000, 79:345-349.
5. Hammerlid E, Silander E, Hornestam L y Sullivan M: Health-related quality of life three years after diagnosis of head and neck cancer-a longitudinal study. *Head Neck*, 2001, 23:113-125.
6. van Bokhorst-De van der Schuer MA, von Blomberg-van der Flier BM, Riezebos RK, Scholten PE, Quak JJ, Snow GB, van Leeuwen PA. Differences in immune status between well-nourished and malnourished head and neck cancer patients. *Clin Nutr* 1998, 17:107-111.
7. Johns ME: The nutrition problem in head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1980, 88:691-694.
8. Wood RM, Lander VL, Mosby EL y Hiatt WR: Nutrition and the head and neck cancer patient. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1989, 68:391-395.
9. López MJ, Robinson P, Madden T y Highbarger T: Nutritional support and prognosis in patients with head and neck cancer. *J Surg Oncol*, 1994, 55:33-36.
10. Sobol SM, Conoyer JM, Zill R, Thawley SE y Ogura JH: Nutritional concepts in the management of the head and neck cancer patient. II. Management concepts. *Laryngoscope*, 1979, 89(6 Pt 1):962-979.
11. Reilly JJ: Does nutrition management benefit the head and neck cancer patient? *Oncology (Huntingt)*, 1990, 4:105-115.
12. Herránz González-Botas J, Gallego Carracedo E, Martínez Vidal J, Larraneta Alcalde L y Vázquez Barro C: Postoperative enteral nutrition in patients with cancer of the neck and head. *Acta Otorrinolaringol Esp*, 1990, 41:392-396.
13. van Bokhorst-de van der Schuer, van Leeuwen PA, Kuik DJ, Klop WM, Sauerwein HP, Snow GB y Quak JJ: The impact of nutritional status on the prognoses of patients with advanced head and neck cancer. *Cancer*, 1999, 86:519-527.