

Original

Nutrición postoperatoria en pacientes con cáncer de cabeza y cuello

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

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

Resumen

Los pacientes sometidos a cirugía por cáncer de cabeza y cuello son enfermos con problemas nutricionales especiales por la localización del tumor y las secuelas posquirúrgicas. El objetivo del presente trabajo será el estudio del tipo de nutrición que precisan estos pacientes en el postoperatorio y los problemas asociados.

Pacientes y métodos: Se estudian de forma prospectiva 54 pacientes con cáncer de cavidad oral o faringolaringe sometidos a cirugía. Se valora el tipo de alimentación del enfermo en el postoperatorio: alimentación por boca, nutrición enteral por sonda nasogástrica, nutrición parenteral. Se estudian las complicaciones posoperatorias surgidas en relación con la alimentación: neumonía por aspiración, fístula faringo-cutánea, imposibilidad para restablecer la alimentación por boca.

Resultados: Solo el 7% de los pacientes pudieron realizar alimentación por boca en el postoperatorio, precisando nutrición enteral por sonda nasogástrica el 87% y el 6% nutrición parenteral. El 6% de los pacientes presentaron neumonía por aspiración y el 19% fístula faringocutánea. Al alta, el 98% podían alimentarse por boca —el 18% con suplemento enteral—, mientras que un paciente nunca se pudo retirar la sonda nasogástrica.

Conclusiones: 1) el 93% precisa nutrición artificial en el postoperatorio de cáncer de cabeza y cuello; 2) el tipo de nutrición más empleado es la nutrición enteral por sonda nasogástrica (87%) siendo poco frecuente la necesidad de nutrición parenteral (6%); 3) el 25% de los pacientes presentan complicaciones en relación con la alimentación (18% faringostoma, 6% neumonía por aspiración); 4) el 98% de los pacientes recupera la capacidad de alimentarse por la boca al alta.

(*Nutr Hosp* 2003, 18:243-247)

Palabras clave: *Cáncer de cabeza y cuello. Faringostoma. Neumonía. Nutrición.*

Correspondencia: C. Martín Villares.
Hospital del Bierzo.
La Dehesa, s/n.
24400 Ponferrada (León).
Correo electrónico: cmvillares@hotmail.com

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

POSTOPERATIVE NUTRITIONAL SUPPORT IN HEAD AND NECK CANCER PATIENTS

Abstract

Patients who underwent surgery for head and neck malignant neoplasms are problematic because dysphagia, pain and postoperative sequelae. Nutritional support is necessary in more than 90% of all patients with head and neck cancer. The purpose of this study is to determine nutritional support in these patients and problems related to nutrition.

Methods: Fiftyfour patients with oral and pharyngolaryngeal carcinomas underwent surgery were studied prospectively. We studied nutritional support (oral nutrition, enteral nutrition or parenteral nutrition) and problems related to nutrition: aspiration pneumoniae and pharyngostoma.

Results: The 7% of the patients unwent oral feeding after surgery, 87% enteral nutrition with nasogastric tube and 6% parenteral nutrition. We identified pneumoniae in 6% of patients and faringocutaneous fistula in 19%. When patients leaved the hospital, 98% of the patients unwent oral feeding and one patient had nasopharyngeal tube for enteral nutrition.

Conclusions: 1. Artificial nutrition was necessary in 93% patients with oropharyngolaryngalcancer; 2. Enteral nutrition was the most useful modality of alimentation (87%); 3. 25% of patients had postoperative complications: (18% pharyngostoma, 6% neumoniae); 4. Oral feeding was posible in 98% of patients out of hospital.

(*Nutr Hosp* 2003, 18:243-247)

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

Introducción

Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugía presentan problemas nutricionales especiales por la localización del tumor y las secuelas posquirúrgicas, que les impiden con frecuencia ser alimentados

por boca, necesitando alimentación artificial. La nutrición enteral por sonda nasogástrica es el tipo de alimentación más empleada en estos pacientes, siendo efectiva para que no se deteriore el estado nutricional durante el postoperatorio¹⁻³, aunque en algunos casos es necesario recurrir a la alimentación parenteral^{1,2,4}.

El objetivo de este trabajo será valorar la forma de alimentación en el posoperatorio de un grupo de pacientes sometidos a cirugía por cáncer de cabeza y cuello y definir sus problemas y complicaciones.

Material y métodos

Pacientes

Se incluyen en este estudio 54 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 o márgenes quirúrgicos afectados.

Diseño del estudio

Realizamos estudio descriptivo prospectivo estudiando las siguientes variables:

1. Tipo de nutrición empleada en el postoperatorio: alimentación por boca, nutrición enteral por sonda nasogástrica o nutrición parenteral.
2. Problemas asociados a la nutrición postoperatoria: neumonía por aspiración, fístula faringocutánea.
3. Tiempo de permanencia de la sonda nasogástrica.
4. Forma de alimentación del paciente al alta: alimentación por boca mediante dieta normal, alimentación por boca mediante dieta blanda/semiblanda, incapacidad de alimentación por boca, necesidad de suplementos enterales.

Resultados

De los 54 pacientes que se incluyeron en el presente estudio, tan sólo 4 de ellos (7%) pudieron ser alimentados normalmente por la boca a las 48 horas del postoperatorio, precisando el 93% alguna forma de alimentación artificial tras la cirugía. De éstos, 47 pacientes fueron alimentados mediante sonda nasogástrica y 3 enfermos precisaron inicialmente nutrición parenteral, seguida posteriormente en los tres casos de alimentación por sonda nasogástrica (fig. 1).

Al iniciar la alimentación postoperatoria identificamos los siguientes problemas (tabla II): de los 4 pacientes que iniciaron alimentación por boca a las 48 horas del postoperatorio (2 T1 de cuerda vocal y 2 T1 de lengua), 1 presentó neumonía por aspiración en LII por lo que se suspendió la alimentación por vía oral y

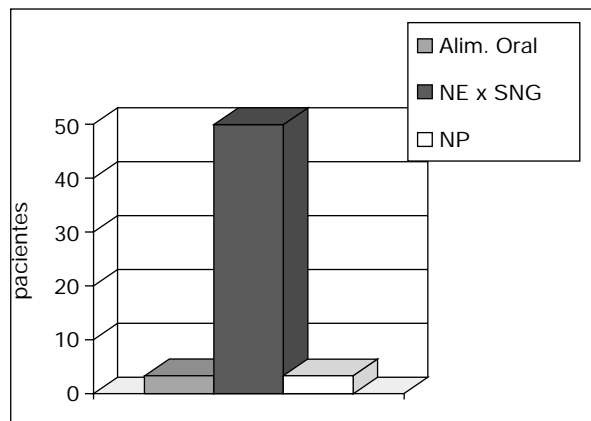


Fig. 1.—Tipo de alimentación postoperatoria que requirieron los pacientes sometidos a cirugía por cáncer de vías aerodigestivas superiores. Leyenda: Alim. oral: alimentación oral normal; NE x SNG: nutrición enteral por sonda nasogástrica; NP: nutrición parenteral.

se inició alimentación enteral por sonda nasogástrica. De los 4 pacientes que precisaron nutrición parenteral, solo en 1 se detectó fiebre y flebitis, sin ningún problema en los otros dos enfermos. De los 46 enfermos restantes, diagnosticamos 2 neumonías por aspiración y 15 fístulas faringoesofágicas o faringostomas. Por tanto, globalmente tenemos 3 neumonías por aspiración, 15 faringostomas y 1 flebitis con fiebre, con una incidencia global de complicaciones de un 25%.

El tiempo medio de permanencia de la sonda nasogástrica en nuestros pacientes oncológicos ha sido de 15 días, con un rango entre 3 y 68 días (tabla II). Estudiamos las causas de permanencia de la sonda nasogástrica más de 14 días, que ocurrió en el 31% de nuestros enfermos (17 pacientes), observando que la causa principal de permanencia prolongada de la sonda se debió a la aparición de fístula faringocutánea (10 pacientes), seguido de secuelas de la técnica quirúrgica en 7 pacientes. Cuando el paciente presentó faringostoma, el tiempo medio de permanencia de la sonda nasogástrica fue de 25 días, mientras que si en el postoperatorio no se identificó la presencia de fístula faringocutánea, la permanencia media de la sonda fue de 10 días (fig. 2).

Al alta, el 98% de los pacientes habían recuperado su capacidad de alimentarse por boca (53 pacientes), aunque 6 de ellos (11%) referían alimentarse únicamente de dieta blanda/semiblanda (1 por trismus por fibrosis residual, 2 por mandibulectomía que les impedía utilizar su dentadura, 1 por dolor y 2 por acalasia cricofaríngea). Por problemas de malnutrición, 9 pacientes precisaron suplemento enteral al alta (17%). Tan sólo 1 paciente mantiene la sonda nasogástrica al cierre del estudio por imposibilidad para alimentarse por boca por secuela de la cirugía.

Discusión

Los pacientes sometidos a cirugía por un cáncer en cavidad oral o en faringolaringe son enfermos que

Tabla I
Descripción de los pacientes

<i>Paciente</i>	<i>Sexo/edad</i>	<i>Localización tumoral</i>	<i>Tipo de nutrición</i>	<i>Días con SNG</i>	<i>Complicaciones</i>
1	V 73	Cavidad oral	SNG	3	
2	V 63	Laringe	SNG	27	Faringostoma
3	M 52	Hipofaringe	NP-SNG	23	Faringostoma
4	V 43	Laringe	SNG	17	Faringostoma
5	V 58	Laringe	SNG	7	
6	V 67	Laringe	O-SNG	14	Neumonía
7	V 66	Laringe	SNG	21	Faringostoma
8	V 65	Cavidad oral	SNG	7	
9	V 49	Laringe	SNG	16	
10	V 48	Laringe	SNG	48	Faringostoma
11	V 37	Laringe	SNG	10	Neumonía
12	V 52	Orofaringe	SNG	7	
13	V 68	Cavidad oral	SNG	5	
14	V 62	Orofaringe	SNG	10	
15	V 45	Laringe	SNG	4	
16	V 49	Laringe	SNG	4	
17	V 56	Laringe	SNG	19	Faringostoma
18	V 62	Laringe	SNG	7	
19	V 71	Laringe	NP-SNG	14	Flebitis-faringostoma
20	V 61	Laringe	SNG	10	
21	V 63	Cavidad oral	SNG	5	
22	M 52	Hipofaringe	NP-SNG	19	Faringostoma
23	V 74	Laringe	SNG	23	Faringostoma
24	V 38	Orofaringe	SNG	–	Sigue con SNG al alta
25	V 71	Cavidad oral	SNG	28	Problema de masticación
26	V 46	Hipofaringe	SNG	10	
27	V 74	Laringe	SNG	22	Faringostoma
28	V 69	Laringe	SNG	10	
29	V 47	Hipofaringe	SNG	19	Faringostoma
30	V 60	Hipofaringe	SNG	17	
31	V 53	Laringe	SNG	10	
32	V 54	Orofaringe	SNG	14	
33	V 60	Hipofaringe	SNG	10	
34	V 54	Laringe	SNG	10	Neumonía
35	V 50	Orofaringe	SNG	14	
36	V 48	Hipofaringe	SNG	7	
37	V 55	Laringe	SNG	12	
38	V 71	Cavidad oral	O		
39	V 63	Hipofaringe	SNG	10	
40	V 59	Hipofaringe	SNG	23	Faringostoma
41	V 52	Laringe	SNG	10	
42	V 64	Laringe	SNG	18	Faringostoma
43	V 50	Cavidad oral	SNG	24	Disfagia posoperatoria
44	V 54	Orofaringe	SNG	10	Disfagia postoperatoria
45	V 59	Hipofaringe	SNG	9	
46	V 49	Hipofaringe	SNG	67	Faringostoma
47	V 64	Hipofaringe	SNG	18	Faringostoma
48	V 71	Hipofaringe	SNG	10	
49	V 54	Orofaringe	SNG	17	
50	V 64	Laringe	SNG	10	
51	M 61	Cavidad oral	O		
52	V 71	Laringe	O		
53	V 56	Cavidad oral	SNG	7	
54	V 67	Laringe	SNG	12	

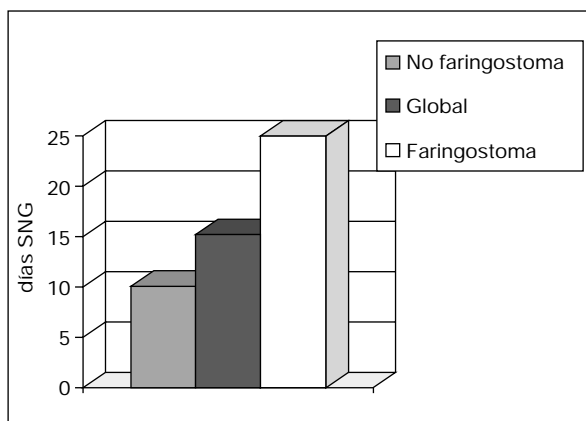


Fig. 2.—Tiempo medio de permanencia de la sonda nasogástrica en días en los pacientes en los que apareció faringostoma frente a aquellos en los que no apareció faringostoma.

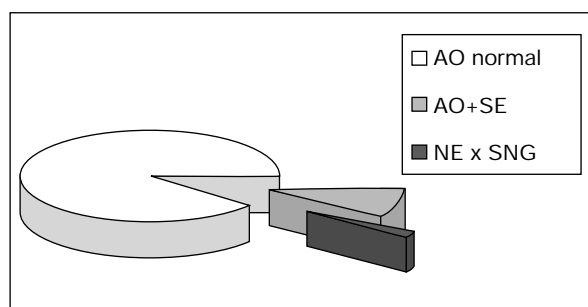


Fig. 3.—Tipo de alimentación que requirieron los pacientes al alta. Leyenda: AO normal: alimentación oral normal; AO + SE: alimentación oral con suplemento enteral; NE x SNG: nutrición enteral por sonda nasogástrica.

Tabla II
Días de permanencia de la sonda nasogástrica en función de la aparición o no de fístula faringocutánea

	Global	Con faringostoma	Sin faringostoma
Días con SNG	15 d (3-67)	25 d (17-67)	10 d (3-28)

presentan problemas nutricionales especiales por la localización del tumor y las secuelas posquirúrgica. En general, si bien cuando el paciente presenta un estado nutricional preoperatorio aceptable y la resección quirúrgica sobre las vías aerodigestivas es limitada es posible tolerar un periodo de ayuno de hasta 5 días⁵, la mayor parte de estos pacientes van a necesitar soporte nutricional. En nuestros pacientes, el 93% precisaron algún tipo de nutrición artificial, siendo tan sólo 4 pacientes los que pudieron reiniciar la alimentación por boca antes de 72 horas posquirúrgica por haber requerido una resección muy limitada de cuerda vocal (cordectomía) o de lengua móvil (glosectomía parcial). La mayor parte de los enfermos sometidos a cirugía sobre las vías aerodigestivas superiores pueden ser ali-

mentados mediante nutrición enteral por sonda nasogástrica¹⁻³. La nutrición parenteral está reservada a casos excepcionales en los enfermos con cáncer de cabeza y cuello⁶ ya que ambos tipos de alimentación son igual de efectivas en los pacientes^{1,2,7} y la nutrición enteral presenta menores problemas. Tan sólo 3 de nuestros pacientes precisaron nutrición parenteral periférica en los primeros días del postoperatorio, mediante dieta hipocalórica por vía periférica^{8,9}. Las causas de esta situación fueron por salida accidental de sonda nasogástrica en pacientes con amplia resección de mucosa faríngea y reconstrucción compleja de ésta, que desaconsejaron manipular la neofaringe para evitar dehiscencias de sutura con consecuencias desastrosas en el posoperatorio de estos enfermos como alternativa a la gastrostomía. Quizás en el momento actual estos 3 enfermos habrían sido candidatos a gastrostomía endoscópica percutánea^{10,11}.

Tras cirugía sobre las vías aerodigestivas superiores, el 7-15% de los enfermos presentan neumonía por aspiración globalmente¹²⁻¹⁴. Uno de nuestros pacientes con neumonía aspirativa fue sometido a alimentación oral tras cordectomía, pero en dos pacientes la neumonía apareció mientras el paciente estaba siendo alimentado por sonda nasogástrica. Es conocido en la literatura la asociación entre nutrición enteral por sonda nasogástrica y aspiración por aspiración gastroesofágico¹⁵ aunque en estudios controlados no ha podido ser demostrada¹⁶.

La disfagia orofaríngea tras cirugía por alteraciones anatómicas y/o funcionales en estos pacientes no es excepcional: aunque al alta el 98% de los pacientes habían recuperado su capacidad de alimentarse por boca, el 11% referían alimentarse únicamente de dieta blanda/semiblanda. Un estudio reciente ha demostrado que este problema es mucho mayor cuando el tumor se localiza en cavidad oral y en hipofaringe que en laringe o hipofaringe¹⁷.

En la cirugía sobre las vías aerodigestivas superiores se considera clásicamente que es necesario evitar el paso de alimento durante 7-14 días para evitar dehiscencias de la sutura de la faringe¹⁸, aunque sigue siendo un tema de discusión en la literatura: algunos cirujanos consideran que la alimentación por boca precoz no aumenta la incidencia de faringostomas¹⁹⁻²¹. En nuestro estudio el tiempo medio de retirada de la sonda nasogástrica fue de 15 días (rango entre 3 y 68 días). Al estudiar por qué razón permanecía la sonda nasogástrica más de 15 días —que ocurrió en el 31% de los pacientes— observando que la causa principal de permanencia prolongada de la sonda se debió a la aparición de fístula faringocutánea (15 pacientes), seguido de secuelas de la técnica quirúrgica en 7 pacientes. El faringostoma es la complicación más característica de estos enfermos, siendo la causa de su aparición multifactorial (bordes quirúrgicos afectados, desnutrición previa, infección, mala técnica quirúrgica, radioterapia preoperatoria...). En este estudio, su aparición duplica el tiempo de permanencia de la

sonda nasogástrica en el enfermo (de una media de 10 días en los pacientes sin faringostoma a una media de 25 días cuando se identifica un faringostoma).

Conclusiones

1. El 93% de los pacientes intervenidos por cáncer de cabeza y cuello precisan nutrición artificial en el posoperatorio.

2. El tipo de nutrición más empleado en estos enfermos es la nutrición enteral por sonda nasogástrica (87%) siendo poco frecuente la necesidad de nutrición parenteral (6%).

3. El 35% de los pacientes presentaron complicaciones en relación con la alimentación (27% faringostoma, 5% neumonía por aspiración y 2% fiebre por flebitis).

4. El 98% de los pacientes recupera la capacidad de alimentarse por la boca al alta.

5. El 19% de los pacientes precisa suplemento enteral al alta.

Referencias

1. 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.
2. Reilly JJ: Does nutrition management benefit the head and neck cancer patient? *Oncology (Huntingt)*, 1990, 4:105-115.
3. Herranz 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.
4. Espi Macías A: Nutrición y Fluidoterapia en cirugía de cabeza y cuello. En: Suárez C: *Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*. Ed Proyectos Médicos, 1999: 209-218.
5. Cerra FB: Hypermetabolism, organ failure and metabolic support. *Surgery*, 1987, 101:1-14.
6. De Gier HH, Balm AJ, Bruning PF y Hilgers FJ: Systematic approach to the treatment of chylous leak after neck dissection. *Head neck*, 1996, 18:347-351.
7. Sako K, Lore JM, Keufman R, Razak MS, Bakamjian V y Reese P: Parenteral hyperalimentation in surgical patients with head and neck cancer: a randomized study. *J Surg Oncol*, 1981, 16:391-402.
8. Culebras JM, García de Lorenzo A y Marín León I: European: the European project for study of hypocaloric peripheral parenteral nutrition in surgical patients. *Nutr Hosp*, 1989, 4:2-5.
9. García de Lorenzo A, Zarazaga A y Culebras JM: Peripheral parenteral nutrition: myth or reality? *Nutr Hosp*, 1993, 8:1-21.
10. Gibson S y Weing BL: Percutaneous endoscopic gastrostomy in the management of head and neck carcinoma. *Laryngoscope*, 1992, 102:977-980.
11. Selz PA y Santos PM: Percutaneous endoscopic gastrostomy. A useful tool for the otolaryngologist-head and neck surgeon. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 1995, 121:1249-1252.
12. Pelczar BT, Weed HG, Schuller DE, Young DC y Reilly TE: Identifying high-risk patients before head and neck oncologic surgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 1993, 119:861-864.
13. Weber RS, Hankins P, Rosenbaum B y Raad I: Nonwound infections following head and neck oncologic surgery. *Laryngoscope*, 1993, 103:22-27.
14. McCulloch TM, Jensen NF, Girod DA, Tseue TT y Weymuller EA: Risk factors for pulmonary complications in the postoperative head and neck surgery patient. *Head neck*, 1997, 19: 372-377.
15. Mullan H, Rounbenoff RA y Rounbenoff R: Risk of pulmonary aspiration among patients receiving enteral nutrition support. *JPEN*, 1992, 16:160-164.
16. Lazarus BA, Murphy JB y Culpepper L: Aspiration associated with long-term gastric versus jejunal feeding: a critical analysis of the literature. *Arch Phys Med Rehabil*, 1990, 71:46-53.
17. Chen AY, Frankowski R, Bishop-Leone J, Herbert T, Leyk S, Lewing J y Goepfert H: The development and validation of dysphagia-specific quality-of-life questionnaire for patients with head and neck cancer: the MD Anderson dysphagia inventory. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2001, 127:870-876.
18. Latkowsky B, Gryczynski M y Morawiew-Bajda A: Incidence of pharyngocutaneous fistulas after laryngectomy depending on the method of nutritive drain insertion. *Otolaryngol Pol*, 2000, 54:663-667.
19. Boyce SE y Meyers AD: Oral feeding after total laryngectomy. *Head Neck*, 1989, 11:269-273.
20. Rodríguez-Cuevas S, Labastida S, Gutiérrez F y Granados F: Oral feeding after total laryngectomy for endolaryngeal cancer. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 1995, 25:130-132.
21. Medina JE y Khafif A: Early oral feeding following total laryngectomy. *Laryngoscope*, 2001, 111:368-372.