

Seudoacalasia y cáncer de esófago

Dra. Luna Florencio Ojeda
Especialista en Endocrinología
y Nutrición. Hospital Universitario
Juan Ramón Jiménez. Huelva

Caso
clínico

12



Índice

01 Presentación

02 Historia clínica

03 Anamnesis

04 Exploración física
y pruebas complementarias

05 Diagnóstico y tratamiento

06 Seguimiento y evolución

07 Conclusiones

08 Bibliografía



01 Presentación

Perfil del paciente

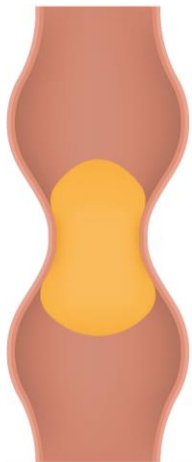
- ▶ Paciente de 66 años que consulta por presentar **disfagia** a sólidos y líquidos progresiva asociada a disminución de peso.
- ▶ En pruebas complementarias realizadas se diagnostica de **adenocarcinoma estenosante de esófago distal**.
- ▶ Corresponde a un caso de **seudoacalasia**, conjunto de entidades con hallazgos clínicos, endoscópicos y manométricos similares a los de una acalasia pero debidos a un problema secundario, como el adenocarcinoma esofágico distal presentado en nuestro caso.



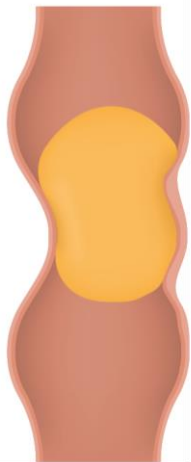


02 Historia clínica

Esófago sano



Disfagia



Motivo de consulta

- ▶ Paciente de 66 años que consulta por disfagia a sólidos y líquidos de forma progresiva de 3 meses de evolución. En ese tiempo asocia una pérdida de peso significativa.





Seudoacalasia y cáncer de esófago

Antecedentes personales

- ▶ El paciente no presenta reacciones adversas medicamentosas conocidas.
- ▶ Hábitos tóxicos: fumador activo de 10 cigarrillos diarios. Bebedor de 2 vasos de cerveza al día.
- ▶ Hipertensión arterial (HTA).
- ▶ Dislipemia.
- ▶ Cardiopatía isquémica crónica. Ligera disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (fracción de eyección ventricular izquierda [FEVI]: 45%). Implante de 2 *stents* en 2008.
- ▶ Accidente cerebrovascular en 2005, sin secuelas.

Tratamientos anteriores

- ▶ Ácido acetilsalicílico 100 mg: 1-0-0.
- ▶ Rosuvastatina 20 mg/ezetimiba 10 mg: 0-0-1.
- ▶ Esomeprazol 40 mg: 1-0-0.
- ▶ Ramipril 2,5 mg: 1-0-0.



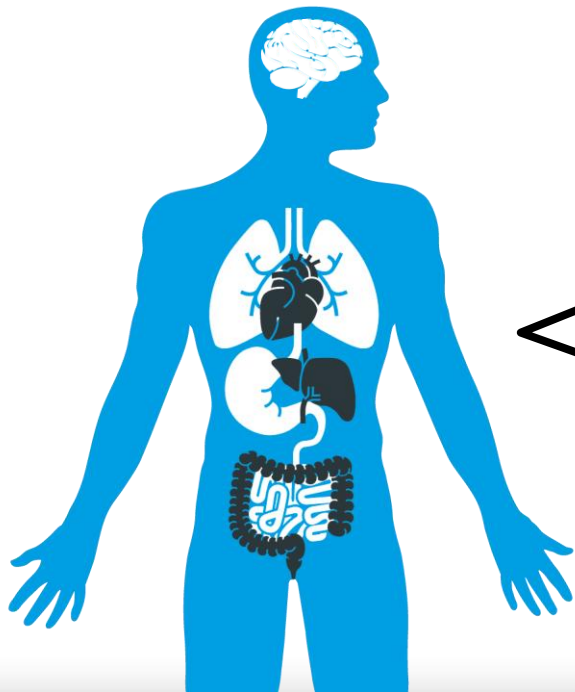


03 Anamnesis

- ▶ Disfagia a alimentos sólidos y líquidos claros durante 3 meses, con empeoramiento progresivo en este tiempo, así como vómitos posprandiales y sensación de *stop* esofágico con alimentos sólidos. En el momento de la consulta, el paciente tolera la dieta triturada y líquidos con viscosidad tipo miel o pudín, aunque tiene que realizar una dieta muy fraccionada para evitar las náuseas y los vómitos.
- ▶ Disminución de la ingesta por este motivo, sin llegar a cubrir el 25% de sus requerimientos energéticos calculados con la alimentación triturada y los líquidos con textura modificada.
- ▶ Pérdida severa de peso de 20 kg en este tiempo, y también de masa muscular. Disminución significativa de la capacidad funcional. Debilidad generalizada.
- ▶ No presenta dolor abdominal ni alteraciones del hábito intestinal.



04 Exploración física y pruebas complementarias



Exploración física

- ▶ Peso, 62,2 kg. Talla, 164 cm. Índice de masa corporal (IMC), 23,1.
- ▶ Peso habitual de 82 kg hacía 3 meses. Pérdida de 20 kg en 3 meses. Porcentaje de pérdida de peso del 24% en 3 meses.
- ▶ Requerimientos energéticos calculados (mediante la ecuación de Harris-Benedict): gasto energético total (GET) = 1.700 kcal/día (27 kcal/kg/día).
- ▶ No existen edemas.
- ▶ Piel íntegra.
- ▶ Dinamometría: 27 kg (percentil 5).



Seudoacalasia y cáncer de esófago

Pruebas complementarias



Figura 1.
Estudio baritado
esofagogastroduodenal



Figura 2.
TC con contraste
i.v. de abdomen

- ▶ **Gastroscopia.** A los 35 cm de la arcada dentaria, unos 4 cm por encima del hiato, se aprecia un segmento de 2-3 cm de esófago, con una mucosa más rígida, que no distiende adecuadamente y origina cierta estenosis de la luz, aunque permite el paso del endoscopio. No se aprecia lesión excrescente. Macroscópicamente, impresiona la acalasia.
- ▶ **Anatomía patológica de esófago.** Adenocarcinoma.
- ▶ **Estudio baritado de esófago gastroduodenal.** Pequeña hernia de hiato por deslizamiento. Proximal a ella se observa un segmento de unos 15-20 mm de longitud, de menor calibre y que no se distiende a lo largo de toda la exploración. Asocia un engrosamiento mural circunferencial (3 mm) y ocasiona una disminución de la luz (4-5 mm), hallazgos compatibles con estenosis secundaria a su neoplasia de esófago (figura 1).
- ▶ **Tomografía computarizada (TC) con contraste i.v. de abdomen.** Pequeña hernia de hiato. Engrosamiento distal de las paredes del esófago (figura 2).
- ▶ **Analítica.** Albúmina, 4,6 g/dL; colesterol total, 200 mg/dL; prealbúmina, 35 mg/dL; proteína C reactiva (PCR), 1,2 mg/L; transferrina, 143 mg/dL.



05 Diagnóstico y tratamiento

Diagnóstico

- ▶ Adenocarcinoma estenosante de esófago distal.
- ▶ Seudoacalasia.
- ▶ Desnutrición grave según criterios GLIM (cumple 2 criterios fenotípicos y 2 criterios etiológicos).



Tratamiento

- ▶ Desde el punto de vista nutricional, se decide iniciar suplementos nutricionales orales (SNO). Como dieta prácticamente exclusiva elegimos SNO hipercalóricos e hiperproteicos con textura tipo miel, Resource® Dense x 4 botellas diarias (= 1.600 kcal/día y 80 g/día de proteínas).
- ▶ Ante la desnutrición severa que presenta el paciente, el inicio de la suplementación oral se indica de forma progresiva hasta completar lo pautado al 100% en 5-7 días, para evitar el síndrome de realimentación.
- ▶ Tras presentarse el caso en el Comité de Tumores, se desestima la cirugía, así como el tratamiento con quimioterapia o radioterapia. El paciente se deriva a la Unidad de Cuidados Paliativos. Propuesto para prótesis esofágica una vez progrese la estenosis esofágica.





06 Seguimiento y evolución



▶ FASE 1



▶ FASE 2



▶ FASE 3



▶ FASE 4



Seudoacalasia y cáncer de esófago

- ▶ Buena evolución nutricional del paciente a los **3 meses** de iniciar los suplementos nutricionales orales, tomando la pauta completa indicada (Resource® Dense x 4 botellas diarias), con buena tolerancia. Además, ingería algo de dieta triturada, aunque en cantidad escasa e irregular.
- ▶ Peso a los 3 meses de iniciar SNO: 66,8 kg (+4,6 kg). IMC 24,9.
- ▶ Analítica a los 3 meses con mantenimiento de parámetros nutricionales en rango: albúmina, 4,8 g/dL; prealbúmina, 28,4 mg/dL; PCR, 0,9 mg/L; transferrina, 242 mg/dL; vitaminas e iones normales.
- ▶ Mejoría clínica referida en su capacidad funcional.
- ▶ A los **6 meses** presenta una progresión de la estenosis esofágica, por lo que se coloca una prótesis metálica autoexpandible esofágica.
- ▶ Tras la colocación de la prótesis, el paciente comienza a tolerar la dieta sólida, aunque con muy escasa ingesta oral dada su marcada hiporexia. Por este motivo, mantuvimos la pauta de SNO (Resource® Dense x 3-4 botellas diarias).
- ▶ Peso 66,6 kg (+200 g, estable).
- ▶ Dinamometría tras 6 meses de iniciar SNO: 30,6 kg (percentil 10).
- ▶ Realizamos una impedanciometría con índice de masa libre de grasa (IMLG) de 17,2 (>17).
- ▶ Mejoría de la capacidad funcional progresiva.



07 Conclusiones

- ▶ La disfagia es un síntoma clave en varias neoplasias malignas, como los tumores de cabeza y cuello, por lo que constituye un síntoma importante que debe evaluarse.
- ▶ Los pacientes oncológicos tienen un alto riesgo de desnutrición, debido tanto a la enfermedad como a los tratamientos utilizados.
- ▶ La valoración nutricional debe ser parte de la evaluación clínica de los pacientes con cáncer de esófago desde el momento del diagnóstico y durante la enfermedad.
- ▶ Se deberá realizar un plan de tratamiento nutricional individualizado, que incluya un asesoramiento dietético y la oferta de SNO adaptados a cada situación clínica.
- ▶ La seudoacalasia secundaria a una neoplasia maligna esofágica debe sospecharse en pacientes mayores de 50 años, con historia reciente de disfagia y una pérdida de peso desproporcionada en poco tiempo.



08 Bibliografía

- Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti N, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr. 2017; 36(1): 11-48.
- Arends J, Baracos V, Bertz H, Bozzetti F, Calder PC, Deutz NEP, et al. ESPEN Expert Group recommendations for action against cancer related malnutrition. Clin Nutr. 2017; 36(5): 1.187-1.196.
- Boll M, Isenring E, Brown B. Nutrition and swallowing therapy strategies for patients with head and neck cancer. Nutrition. 2020; 69: 110548.
- Camblor M, Ocón MJ, Luengo LM, Virizuela JA, Sendrós MJ, Cervera M, et al. Soporte nutricional y nutrición parenteral en el paciente oncológico: informe de consenso de un grupo de expertos. Nutr Hosp. 2018; 35: 224-233.
- Halpern AL, McCarter MD. Palliative management of gastric and esophageal cancer. Surg Clin North Am. 2019; 99: 555-569.
- Jia Y, McCallum R. Pseudoachalasia: still a tough clinical challenge. Am J Case Rep. 2015; 16: 768-773.
- Kruger D. Assessing esophageal dysphagia. JAAPA. 2014; 27(5): 23-30.
- Oliva CA, Mederos ON, García JC, Barrera JC, Castellanos JA. Soporte nutricional y calidad de vida en pacientes con cáncer de esófago y cardias. Revista Cubana de Cirugía. 2016; 55(2): 97-105.

