



TU GUÍA EN EL DÍA A DÍA



Recomendaciones dietéticas para un estilo de vida saludable en pacientes con tumores digestivos

CÁNCER COLORRECTAL

1. Introducción, epidemiología y factores de riesgo.....	5
2. Síntomas que pueden tener impacto en el estado nutricional.....	7
2.1. Del cáncer colorrectal.....	7
2.2. De los tratamientos.....	8
3. Tratamiento del cáncer colorrectal.....	13
4. Recomendaciones nutricionales generales.....	14
5. Recomendaciones específicas y dietéticas según síntomas.....	17
5.1. Diarrea.....	17
5.2. Estreñimiento.....	21
5.2.1. Estreñimiento en caso de riesgo de oclusión.....	21
5.2.2. Estreñimiento sin riesgo de obstrucción de los intestinos.....	25

CÁNCER ESOFAGOGÁSTRICO

1. Introducción, epidemiología y factores de riesgo.....	30
2. Síntomas que impactan en el estado nutricional.....	34
2.1. Del cáncer esofagogástrico.....	34
2.2. De los tratamientos.....	36
3. Tratamiento del cáncer esofagogástrico.....	38
4. Recomendaciones nutricionales generales.....	39
5. Recomendaciones específicas y dietéticas según síntomas.....	40
5.1. Mucositis, odinofagia o esofagitis.....	40
5.2. Síndrome de Dumping.....	43
5.3. Estenosis esofágica.....	45
5.4. Saciedad precoz.....	46

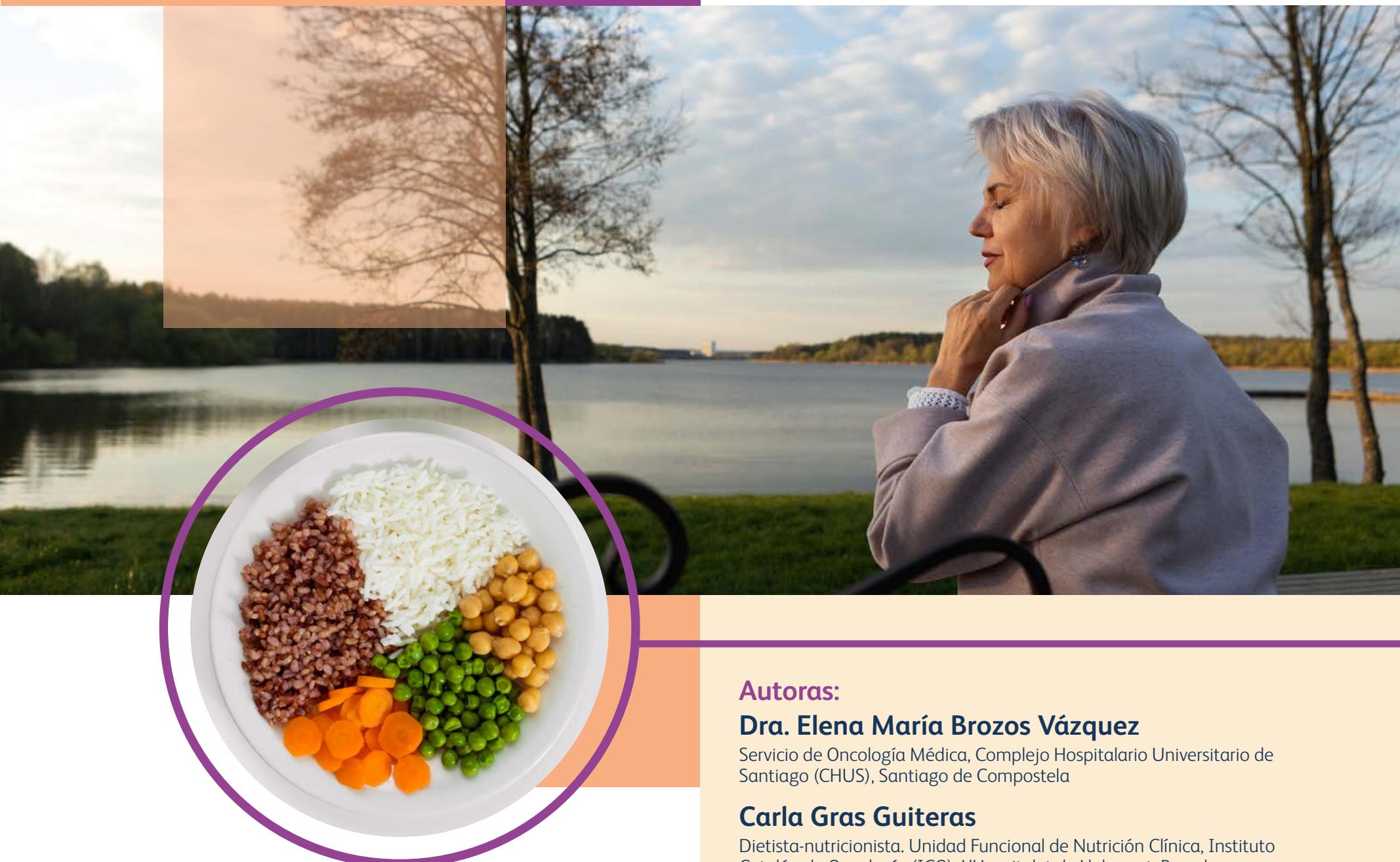
CÁNCER HEPATOBILIOPANCREÁTICO

<i>Cáncer de páncreas.....</i>	48
1. Introducción, epidemiología y factores de riesgo.....	48
2. Síntomas	49
3. Tratamiento del cáncer de páncreas.....	50
<i>Tumores de la vía biliar.....</i>	51
1. Introducción, epidemiología y factores de riesgo.....	51
2. Síntomas.....	52
3. Tratamiento de los tumores de la vía biliar.....	53
<i>Hepatocarcinoma.....</i>	54
1. Introducción, epidemiología y factores de riesgo.....	54
2. Síntomas	55
3. Tratamiento del hepatocarcinoma.....	56
4. Recomendaciones nutricionales generales.....	57
5. Recomendaciones específicas y dietéticas según síntomas.....	59
5.1. Anorexia y caquexia.....	59
5.2. Malabsorción.....	63
5.3. Hiperglucemia/diabetes.....	68

REFERENCIAS

<i>Cáncer colorrectal.....</i>	72
<i>Cáncer esofagogástrico.....</i>	74
<i>Cáncer hepatobiliopancreático.....</i>	76

CÁNCER COLORRECTAL



Autoras:

Dra. Elena María Brozos Vázquez

Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS), Santiago de Compostela

Carla Gras Guiteras

Dietista-nutricionista. Unidad Funcional de Nutrición Clínica, Instituto Catalán de Oncología (ICO), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Coordinadoras:

Dra. Paula Jiménez Fonseca

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Central de Asturias, ISPA, Oviedo

Dra. Inmaculada Peiró Martínez

Especialista en Endocrinología y Nutrición. Unidad Funcional de Nutrición Clínica, Instituto Catalán de Oncología (ICO), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona



1. Introducción, epidemiología y factores de riesgo

El **cáncer colorrectal (CCR)** es el tercero más frecuente a nivel mundial en ambos sexos, y la segunda causa de muerte por cáncer. En España es el más frecuente y se estima que en 2025 se diagnosticarán 44.573 nuevos casos, de los cuales 30.311 serán de colon y 14.262 de recto. El cáncer colorrectal es más común en **personas mayores de 50 años** y afecta con una frecuencia **ligeramente mayor a los hombres** que a las mujeres^{1,2}.

Aproximadamente el **95% de los casos de cáncer colorrectal** son **adenocarcinomas**, un tipo de tumor que se origina en las células que recubren el interior del colon y del recto³. La **desnutrición** es frecuente y se hace más común a medida que avanza la enfermedad. La prevalencia de la malnutrición en pacientes con CCR es superior al 20%^{4,5}.

En pacientes con **cáncer colorrectal avanzado o metastásico**, la combinación de factores como el efecto del tumor sobre el metabolismo, la ingesta insuficiente de alimentos, el estrés físico y los trastornos metabólicos causados por traumatismos quirúrgicos, quimioterapia o radioterapia, puede llevar a un estado de **inflamación crónica, desnutrición y deterioro funcional** ensombreciendo el pronóstico y empeorando la calidad de vida⁶.





Los factores de riesgo para desarrollar cáncer colorrectal pueden dividirse en dos grandes grupos^{7,8}:

- **No modificables** (no se pueden cambiar, pero ayudan a identificar a las personas con mayor riesgo):
 - **Edad avanzada:** personas mayores de 50 años son las de mayor riesgo, aunque está aumentando en adultos más jóvenes.
 - **Antecedentes familiares de cáncer de colon:** tener familiares cercanos (padres, hermanos, hijos) con este tipo de cáncer.
 - **Enfermedades inflamatorias intestinales:** como colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn.
 - **Síndromes hereditarios:** como el **síndrome de Lynch** o la **poliposis adenomatosa familiar**.
 - **Antecedentes personales de pólipos o cáncer de colon previo.**
- **Modificables** (pueden reducirse con hábitos saludables):
 - **Dieta poco saludable:** consumo frecuente de carnes rojas o procesadas y bajo consumo de fibra, frutas y vegetales.
 - **Sedentarismo:** falta de actividad física regular.
 - **Obesidad o sobrepeso:** especialmente si la grasa corporal se acumula en el abdomen.
 - **Consumo excesivo de alcohol.**
 - **Tabaquismo.**



2. Síntomas que pueden tener impacto en el estado nutricional

2.1. Del cáncer colorrectal

Los síntomas del cáncer colorrectal pueden variar dependiendo de la localización del tumor (colon derecho, colon izquierdo o recto), el estadio de la enfermedad y características individuales del paciente. En fases tempranas, muchos casos no presentan síntomas, por lo que la detección precoz mediante cribado es fundamental^{9,10}.

Los síntomas digestivos más frecuentes son⁹:



Cambios en el hábito intestinal: diarrea, estreñimiento o alternancia entre ambos, sensación de evacuación incompleta o heces más delgadas.



Sangrado rectal o sangre en las heces: sangre roja brillante (probablemente proviene del recto o colon izquierdo) o heces más oscuras (origen del sangrado en colon derecho).



Dolor o malestar abdominal: tipo cólico, sensación de plenitud, gases o hinchazón.



Fatiga o debilidad: si el sangrado es crónico, puede causar anemia sin que se detecte sangre a simple vista.



Pérdida de peso no explicada o falta de apetito.

En fases más avanzadas, pueden observarse^{9,11}:



Masa palpable abdominal o rectal: en exploración física o tacto rectal.



Hígado aumentado (**hepatomegalia**) o doloroso, o coloración amarilla de la piel (ictericia): en caso de metástasis hepáticas.



Ascitis o distensión abdominal: presencia de líquido tumoral en el abdomen.



Ganglios aumentados (**adenopatías**): en casos con diseminación a este nivel.



2.2. De los tratamientos

La cirugía del cáncer colorrectal es uno de los pilares principales para la curación, especialmente en estadios tempranos. Sin embargo, como toda intervención, puede conllevar efectos secundarios y complicaciones, tanto a corto como a largo plazo¹².

Los tipos de cirugía según la localización son:

- **Colectomía parcial** (segmentaria): se reseca una parte del colon.
- **Colectomía total**: se extirpa todo el colon.
- **Resección anterior baja o ultrabaja**: para tumores rectales.
- **Amputación abdominoperineal**: se extirpa el recto y el ano, lo que implica la utilización de colostomía (bolsa) de forma permanente.





Las secuelas quirúrgicas de estas intervenciones pueden afectar a la función intestinal, tanto a corto plazo (postoperatorio inmediato) como a largo plazo (debido a la alteración anatómica necesaria)¹².

Efectos secundarios tempranos o a corto plazo de la cirugía^{12,13}:



Dolor abdominal con dificultades para una alimentación adecuada.



Sangrado o infección en la herida quirúrgica.



Fuga de la unión (anastomosis) de extremos del intestino, pudiendo ser potencialmente grave si causa peritonitis y precisa cirugía urgente.



Infecciones o abscesos intraabdominales, pudiendo requerir drenajes o nueva intervención.



Parálisis temporal del intestino (íleo paralítico), retrasando y dificultando la nutrición en los días siguientes a la intervención por el enlentecimiento del tránsito intestinal.

Efectos secundarios intermedios o tardíos (presentes meses o años después de la cirugía)^{12,13}:



Alteraciones del hábito intestinal: diarrea, urgencia, incontinencia o estreñimiento, siendo más común tras resecciones bajas del recto (síndrome de resección anterior baja).



Necesidad de bolsa o estoma, colostomía o ileostomía (temporal o permanente): provoca un impacto en calidad de vida y adaptación emocional.



Estenosis (estrechamiento) de la anastomosis: puede causar dificultad para evacuar.



Hernias: pueden causar dolor e incomodidad, y a veces requieren nueva cirugía.



La **radioterapia** es una parte fundamental del tratamiento del **cáncer de recto**, especialmente en estadios localmente avanzados (antes o después de la cirugía). Si bien es efectiva para reducir el tamaño del tumor y disminuir el riesgo de recurrencia local, también puede causar efectos secundarios debido a la irradiación de tejidos sanos cercanos (intestino, vejiga, piel, órganos sexuales, etc.)¹⁴.

Efectos secundarios tempranos de la radioterapia (ocurren durante o poco después del tratamiento); suelen ser reversibles¹⁴:



Irritación intestinal (proctitis por radiación): se manifiesta como diarrea, urgencia fecal, tenesmo (sensación de evacuación incompleta), cólicos, o presencia de moco o pequeñas cantidades de sangre en las heces.



Irritación vesical (cistitis actínica): con ardor al orinar, aumento en la frecuencia urinaria, urgencia miccional.



Fatiga, siendo muy común durante el curso de radioterapia.



Náuseas o pérdida de apetito.



Dolor rectal o anal, especialmente si hay hemorroides o fisuras previas.





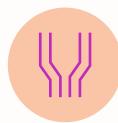
Efectos secundarios tardíos de la radioterapia: ocurren meses o años después; algunos pueden ser permanentes^{14,15}:



Fibrosis pélvica: rigidez de los tejidos irradiados, afecta la movilidad intestinal o vesical.



Diarrea crónica o malabsorción: por daño persistente al intestino delgado o colon irradiado.

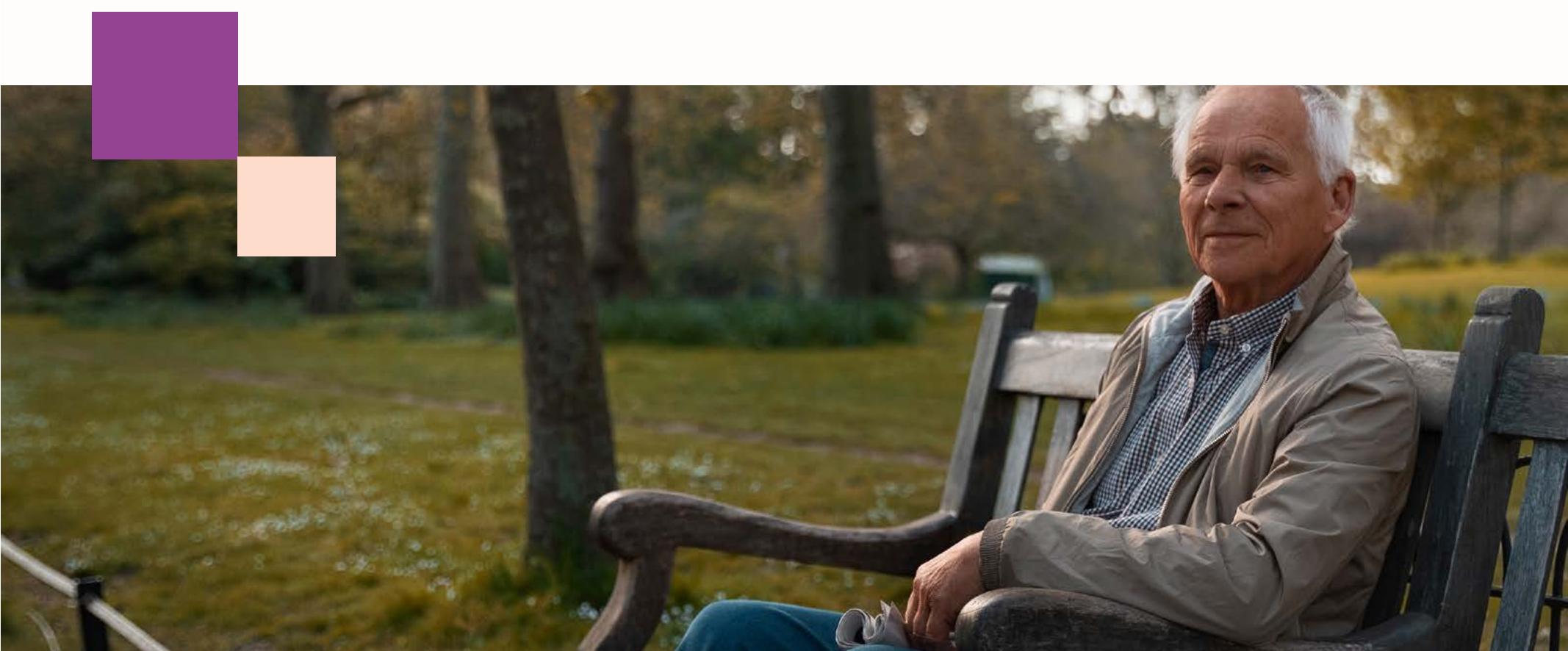


Estrechamiento del recto (**estenosis**): puede dificultar las evacuaciones; en algunos casos requiere dilataciones.



Cistitis crónica por radiación: provocando sangrado urinario (**hematuria**) y/o urgencia urinaria persistente.

La **quimioterapia para el cáncer colorrectal** puede provocar diversos **efectos secundarios digestivos** debido a su impacto en las células de rápida división del tracto gastrointestinal. La intensidad y tipo de efectos dependen del esquema de tratamiento, la dosis y la tolerancia individual¹⁶.





Efectos secundarios digestivos más comunes de la quimioterapia y los anticuerpos monoclonales administrados a pacientes con cáncer colorrectal¹⁶:



Náuseas y vómitos: muy frecuentes, especialmente en los primeros días tras la administración, pero controlables con fármacos antieméticos.



Diarrea: común con fármacos como irinotecán o fluorouracilo, así como con anticuerpos monoclonales como cetuximab o panitumumab.



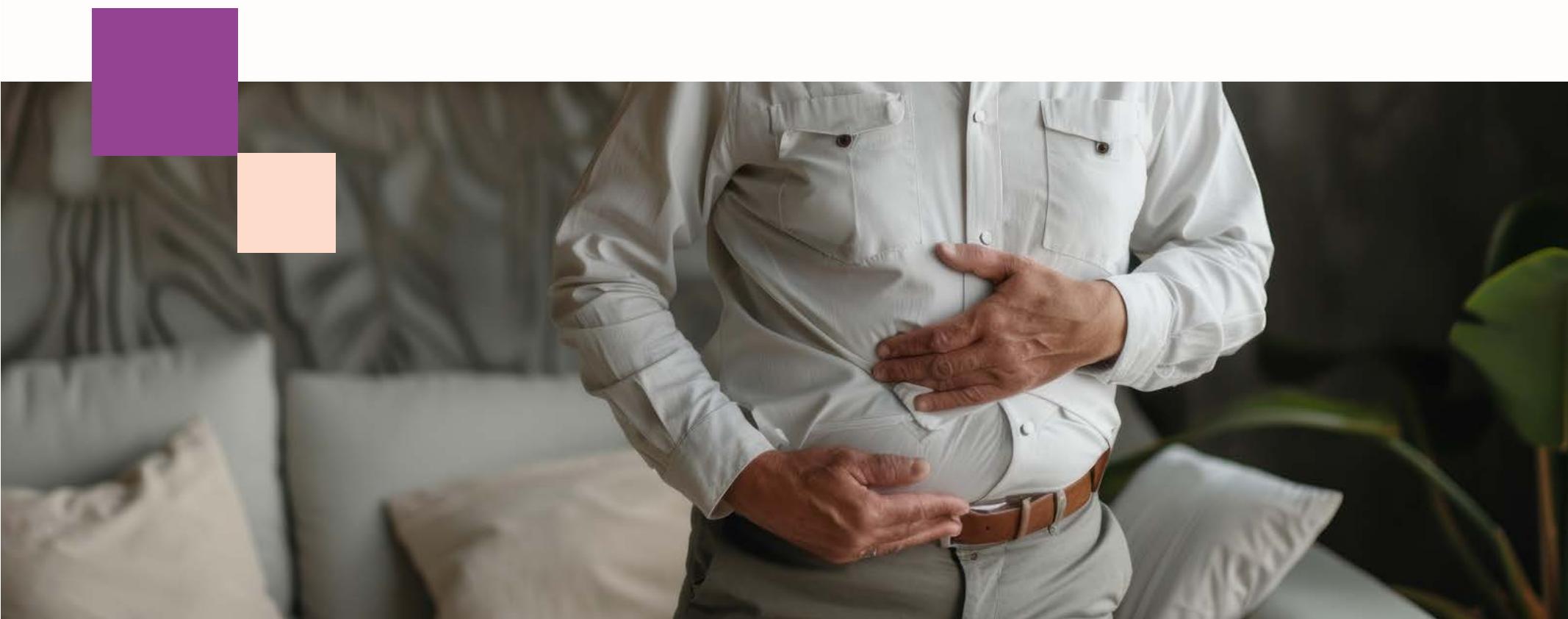
Estomatitis o mucositis: inflamación de la mucosa oral y del tracto digestivo que causa úlceras dolorosas, dificulta la alimentación y favorece infecciones en la boca.



Pérdida del apetito (**anorexia**) por alteraciones del gusto (**disgeusia**), náuseas, fatiga o depresión, pudiendo llevar a pérdida de peso y desnutrición.



estreñimiento: puede ser causado por medicamentos como antieméticos (ondansetrón), por la propia quimioterapia (oxaliplatino) o por baja ingesta oral de líquidos.





3. Tratamiento del cáncer colorrectal

El tratamiento del cáncer de colon y recto se decide de forma individualizada en un **comité multidisciplinar**, formado por oncólogos médicos, cirujanos, oncólogos radioterápicos y otros especialistas¹⁷.

En **tumores no metastásicos** el **tratamiento** es diferente en cáncer de colon y de recto^{18,19}:

- **Cáncer de colon:** siempre que sea posible, el tratamiento consiste en **cirugía con intención curativa**. En **estadios II de alto riesgo y estadios III**, se suele recomendar **quimioterapia adyuvante** (después de la cirugía) para reducir el riesgo de recaída.
- **Cáncer de recto:** en muchos casos se administra **radioterapia y quimioterapia** antes de la cirugía (**neoadyuvantes**) para reducir el tamaño del tumor y facilitar su extirpación.

Cuando **el cáncer se ha diseminado a otros órganos**, el tratamiento principal es la **quimioterapia sistémica**, a la que se pueden añadir otros fármacos según las características del tumor²⁰:

- **Anticuerpos antiangiogénicos** que dificultan el crecimiento de vasos sanguíneos del tumor.
- **Anticuerpos anti-EGFR** en tumores con **KRAS y NRAS sin mutaciones ("wild type")**.

Algunos tumores presentan **inestabilidad de microsatélites (MSI)** o **deficiencia en reparación del ADN (dMMR)**, predictor de buena respuesta a la **inmunoterapia**. Otros **biomarcadores emergentes** pueden estudiarse en casos seleccionados para ofrecer terapias más personalizadas²¹.

En algunos casos metastásicos seleccionados, **la cirugía del tumor primario o de las metástasis** también puede plantearse si es técnicamente viable¹⁷.



4. Recomendaciones nutricionales generales²³

La alimentación del paciente con cáncer colorrectal tiene que ser **variada, equilibrada y suficiente con el objetivo de mantener un buen estado nutricional**. Una nutrición adecuada es esencial para **afrontar los tratamientos contra el cáncer** para disminuir la toxicidad asociada, evitar las complicaciones, disminuir el riesgo de infecciones y mejorar la calidad de vida.

Consulte con su equipo médico, enfermera o dietista-nutricionista si existe alguna recomendación dietética específica que deba tener en cuenta. En algunos casos será necesario limitar la fibra de la dieta por riesgo de obstrucción de los intestinos.

En caso de que no exista ninguna restricción dietética, se recomienda:

- **Mantener una dieta variada** que incluya todos los grupos de alimentos (carne, pescado, huevos, frutas, verduras, lácteos...). Si usted no consume productos de origen animal, necesitará una buena planificación dietética para asegurar que con su alimentación cubra sus requerimientos nutricionales. Si tiene dudas, pida asesoramiento a un dietista-nutricionista.
- **Realizar 4-5 comidas diarias**, intentando respetar horarios regulares de las comidas y no saltarse ninguna ingesta. Si nota que le cuesta comer porque tiene menos apetito de lo habitual, puede intentar dividir la dieta en 6-7 ingestas de menor cantidad a lo largo del día.





- **Comer 5 raciones de fruta y verdura al día** para obtener un buen aporte de vitaminas, minerales, antioxidantes y fibra a través de la dieta. Priorizar productos de temporada y de proximidad.
- **Incorporar alimentos ricos en carbohidratos** en todas o en la mayoría de las comidas del día para asegurar ingerir la energía necesaria. Ej: pasta, patata, arroz, pan, quinoa, cous cous, boniato, legumbres...
- Incorporar un mínimo de 2 raciones diarias de **alimentos ricos en proteínas** de alto valor biológico. Las personas con cáncer suelen necesitar un mayor consumo de proteínas que la población general para reparar y regenerar los tejidos, fortalecer el sistema inmunitario y disminuir las infecciones, preservar la masa muscular y mantener el equilibrio de líquidos en el cuerpo.
- Puede obtener un buen aporte proteico a través de alimentos de origen animal como carne (priorizando carnes blancas y carnes magras), pescado, marisco, huevos y lácteos; o a través de la combinación de alimentos de origen vegetal: legumbres + cereales (ej: lentejas con arroz) o cereales + frutos secos (ej: muesli con avellanas).
- Asegurar una correcta **hidratación**, priorizando el agua como principal opción (1,5-2L/día). También puede hidratarse con otras bebidas como infusiones, té, caldos y agua con gas (moderar su consumo en caso de hinchazón abdominal o plenitud). Limite el consumo de bebidas azucaradas o edulcoradas como refrescos o zumos comerciales.





- Limitar alimentos fritos, rebozados o preparaciones con salsas, sobre todo si tiene digestiones pesadas. Priorizar cocciones sencillas y bajas en grasa como al horno, plancha, hervidos, papillote, vapor o al microondas.
- Utilizar el **aceite de oliva virgen extra** como fuente principal de grasa, tanto para cocinar como aderezo.
- Evitar el **consumo de alcohol**.
- Reducir el consumo de alimentos ultraprocesados, ricos en azúcares, sal o grasas saturadas.
- **Mantenerse activo** para preservar la masa muscular, la funcionalidad y una buena calidad de vida.





5. Recomendaciones específicas y dietéticas según síntomas²³

5.1. Diarrea

La diarrea es la **presencia de heces líquidas o poco formadas**, que ocurre 3 o más veces al día. Los tratamientos oncológicos para el cáncer colorrectal y el uso de antibióticos pueden favorecer la aparición de diarrea.

Consejos generales

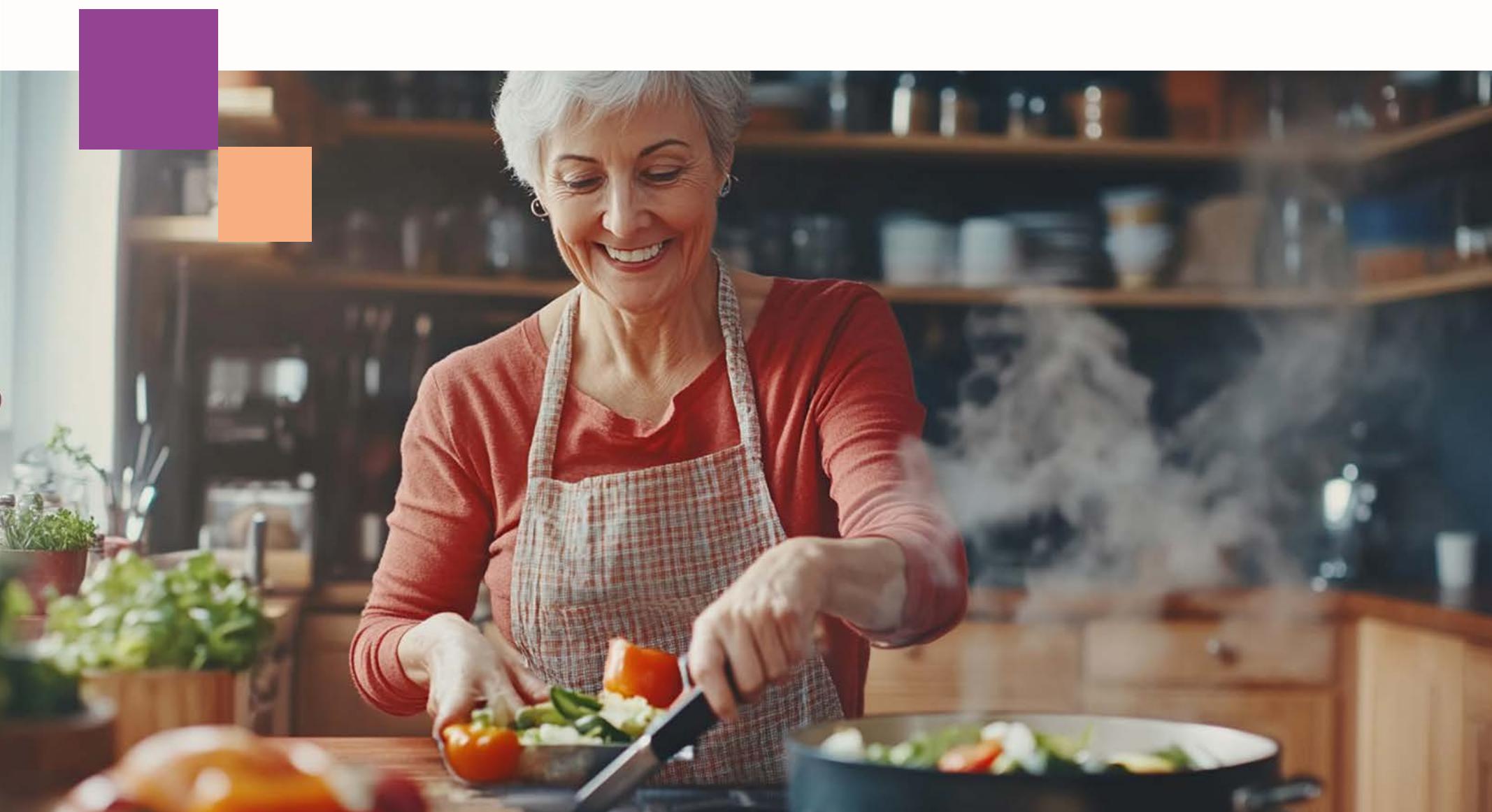
- **Lavarse siempre las manos** después de ir al baño.
- **Mantener limpia la zona alrededor del ano.** Lávola con agua y jabón suave y aplíquese una crema hidratante o impermeabilizante para evitar irritaciones en caso de diarreas abundantes.

Consejos dietéticos

- Asegurar **una correcta hidratación a base de agua**, infusiones, caldo desgrasado, agua de arroz, bebidas isotónicas y zumos sin pulpa poco azucarados. Si se trata de una diarrea severa, la mejor opción para hidratarse es el suero oral de venta en farmacias.
- Comer volúmenes pequeños, varias veces al día (**dieta fraccionada**).
- Tomar los alimentos y líquidos **a temperatura ambiente**.
- Priorizar **alimentos de fácil digestión**. Introducir poco a poco los alimentos según las deposiciones y según tolerancia: pan tostado, biscotes, arroz hervido, crema de zanahoria, puré de patata, carne o pescado blancos hervidos, tortilla a la francesa, huevo duro, sémola de arroz, trigo o tapioca, pasta blanca, membrillo, manzana rallada un poco oxidada y compota de manzana.



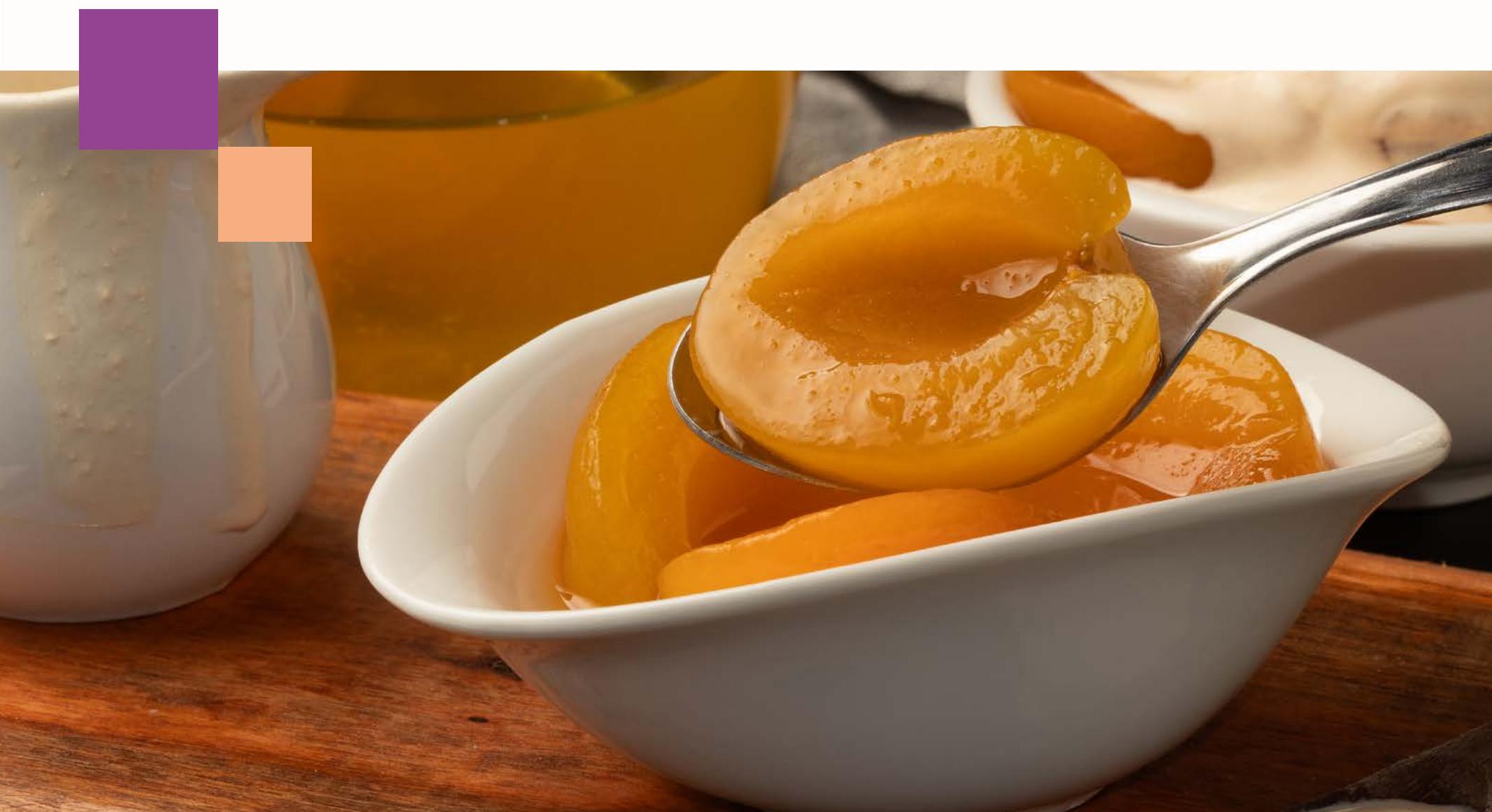
- **Evitar los alimentos estimulantes y/o irritantes** como el café, el chocolate, bebidas alcohólicas, y algunos condimentos como la pimienta, el pimentón, la nuez moscada, picantes...
- **Evitar alimentos ricos en grasa** como las salsas comerciales, bollería, margarina, mantequilla, manteca de cerdo, nata, crema de leche, embutidos grasos, aceitunas, aguacate, frutos secos, carne roja (ternera, cerdo, cordero...) y pescado azul (salmón, atún, sardinas, anchoas...).
- **Utilizar cocciones sencillas** como hervido, vapor, plancha, horno, papillote, brasa o al microondas. Evitar cocciones grasas como fritos, rebozados y estofados para favorecer la digestión.
- **Evitar los lácteos con lactosa.** Se pueden reintroducir poco a poco según la tolerancia individual. Existen lácteos sin lactosa que sí que se podrían consumir en estos casos.





- **Evitar los alimentos flatulentos y ricos en fibra** como las coles, alcachofas, espárragos, brócoli, repollo, verdura cruda, legumbres, frutos secos, cereales y derivados integrales, fruta desecada y fruta cruda.
- **Comer fruta sin piel**, cocida, en forma de compota o en almíbar. Las más indicadas son la manzana rallada, cocida o en compota, el plátano maduro, la pera madura, cocida o en compota, el melocotón en almíbar, el membrillo y el limón.

Si la diarrea persiste a pesar de las medidas dietéticas, **consulte con su equipo médico o personal de enfermería referente.**





Dieta

	Alimentos aconsejados	Ejemplo
Desayuno / Media mañana / Merienda	<p>Lácteos: leche sin lactosa, queso fresco, yogur sin frutas.</p> <p>Cereales no integrales: pan, biscuits, tostadas, cereales de desayuno (arroz hinchado, copos de maíz), galletas tipo “María”, papilla instantánea de arroz o de maíz</p> <p>Porción proteica: jamón cocido, pavo, jamón serrano (sin la parte grasa), tortilla a la francesa, huevo duro</p> <p>Frutas: membrillo, pera, manzana, sandía, melón, uva, plátano (madura, sin piel y sin semillas) Compota de pera y de manzana o melocotón en almíbar.</p> <p>Líquido: agua, infusión, leche sin lactosa, bebida vegetal sin fibra (arroz, soja, coco, avena...), bebidas isotónicas</p> <p>Aceite de oliva virgen</p>	<p>Desayuno tostadas con aceite de oliva y pavo + zumo de manzana y zanahoria</p> <p>Media mañana biscuits con membrillo</p> <p>Merienda leche sin lactosa + galletas María</p>
Almuerzo / Cena	<p>Verduras y hortalizas: zanahoria, calabaza, patata, boniato</p> <p>Cereales no integrales: pasta, arroz, sémola, tostadas</p> <p>Porción proteica: pollo, pavo, conejo, merluza, lenguado, bacalao, tortilla a la francesa...</p> <p>Frutas: membrillo, pera, manzana, sandía, melón, uva, plátano (madura, sin piel y sin semillas) Compota de pera y de manzana o melocotón en almíbar.</p> <p>Líquido: agua, infusión, caldo desgrasado, agua de arroz, bebidas isotónicas</p> <p>Aceite de oliva virgen</p>	<p>Almuerzo arroz blanco caldoso + pollo a la plancha con aceite de oliva + melocotón en almíbar + Agua</p> <p>Cena merluza + patatas al horno + manzana rallada + Agua</p>



5.2. Estreñimiento

5.2.1. Estreñimiento en caso de riesgo de oclusión (estenosis o carcinomatosis peritoneal)

En algunos casos, puede existir **riesgo de una obstrucción en el intestino**. Esto puede suceder porque el tumor ocupa espacio dentro del intestino y lo estrecha, porque el intestino se inflama debido al cáncer o a los tratamientos y se altera la motilidad intestinal, o porque después de una cirugía o tratamiento quedan cicatrices que dificultan el paso normal de los alimentos.

En estos casos, hay que seguir unas **recomendaciones de dieta baja en fibra** con el objetivo de disminuir el volumen de las heces y reducir el riesgo de oclusión intestinal. Es por eso que **se excluyen de la alimentación** ciertos alimentos como algunas verduras, algunas frutas, legumbres, frutos secos, alimentos integrales y fruta desecada. Este tipo de alimentación es **pobre en vitaminas y minerales**, por lo que se aconseja ampliarla progresivamente cuando lo indique el dietista-nutricionista o el equipo médico. A pesar de los alimentos excluidos, su alimentación debe ser lo más variada posible.

Grupo de alimentos	Alimentos permitidos	Alimentos desaconsejados
Cereales	Pan, pasta, arroz, galletas tipo “María”, cereales dextrinados, bizcochos caseros con harina refinada, cous cous refinado	Pan integral o con semillas, pasta/arroz integral, cereales con fibra, avena, quinoa
Legumbres	Únicamente se pueden consumir <u>trituradas</u> y pasadas por el <u>pasapuré</u> .	Lentejas, garbanzos, guisantes, alubias, habas, soja, etc.
Frutos secos	No permitidos	Avellanas, nueces, almendras, anacardos, pistachos, piñones, etc.
Frutas	Manzana y pera cocida o al horno, melocotón y albaricoque en almíbar, plátano maduro, uva pelada y sin semillas, melón, sandía	Todas las no mencionadas: kiwi, piña, ciruela, aguacate...



Grupo de alimentos	Alimentos permitidos	Alimentos desaconsejados
Verduras y tubérculos	Cocidas, sin piel y sin semillas: calabacín, calabaza, zanahoria, cebolla rallada, patata, boniato Tomate sin piel tamizado Caldos vegetales colados	Todas las no mencionadas en el apartado de permitidas.
Carne, pescado o huevos	Todo muy cocido: carne, pescado, marisco, huevos	Evite el consumo de carne con tendones y/o partes duras. Pescado con espinas y piel
Leche y derivados	Leche baja en lactosa o sin lactosa*	El resto de lácteos
Grasas	Aceite de oliva, margarina, mantequilla	
Bebidas	Agua, infusiones, café, refrescos sin gas	Refrescos con gas, zumos de fruta con pulpa, alcohol
Otros	Azúcar, miel, especias suaves, vinagre, hierbas aromáticas	Especias fuertes y picantes

* En el caso de que su equipo médico o su dietista-nutricionista le indique que puede mantener una dieta con lactosa, también serán permitidos la leche, yogures (sin trozos de fruta o muesli), quesos, flanes, natillas, cuajadas, etc.





Además, **es importante seguir las recomendaciones siguientes:**

Asegurar **una correcta hidratación** con un mínimo de 1,5L de líquido al día.

Masticar bien los alimentos y comer poco a poco y de forma relajada.

Fraccionar la alimentación a lo largo del día: **comer menos volumen, pero varias veces al día** para favorecer la tolerancia digestiva.

En algunos casos será necesario adaptar la textura de la dieta a triturada para facilitar la digestión. **Consulte con su dietista-nutricionista o su equipo médico.**





Dieta

	Alimentos aconsejados	Ejemplo
Desayuno / Media mañana / Merienda	<p>Lácteos: leche sin lactosa, yogur sin fruta ni muesli, flan, natilla, queso, cuajada</p> <p>Cereales no integrales: pan, galletas tipo "María", cereales dextrinados*, bizcochos caseros con harina refinada</p> <p>Porción proteica: jamón cocido, jamón serrano, pavo, atún, huevo duro, tortilla...</p> <p>Frutas: manzana y pera cocida o al horno, melocotón y albaricoque en almíbar, plátano maduro, uva pelada y sin semillas, melón, sandía</p> <p>Líquido: agua, infusión, leche sin lactosa, café</p> <p>Aceite de oliva virgen</p>	<p>Desayuno café con leche sin lactosa + pan blanco con aceite de oliva y atún</p> <p>Media mañana yogur con plátano maduro</p> <p>Merienda palitos de pan con jamón</p>
Almuerzo / Cena	<p>Verduras y tubérculos: cocidas, sin piel y sin semillas: calabacín, calabaza, zanahoria, cebolla rallada, patata, boniato</p> <p>Tomate sin piel tamizado</p> <p>Caldos vegetales colados</p> <p>Cereales no integrales: pan, pasta, arroz, cous cous</p> <p>Porción proteica: carne: todas, evitando las partes duras y tendones</p> <p>Pescado: todos</p> <p>Huevo: todos</p> <p>Frutas: manzana y pera cocida o al horno, melocotón y albaricoque en almíbar, plátano maduro, uva pelada y sin semillas, melón, sandía</p> <p>Líquido: agua, infusión</p> <p>Aceite de oliva virgen</p>	<p>Almuerzo cous cous con pollo, zanahoria y calabacín + melón + agua</p> <p>Cena crema de boniato y calabaza + salmón a la plancha + compota de manzana + agua</p>

* Cereales que han sido sometidos a un proceso de dextrinización, el cual implica calentar los cereales a altas temperaturas, lo que provoca la ruptura parcial de los almidones complejos en formas más simples, las dextrinas.



5.2.2. Estreñimiento sin riesgo de obstrucción de los intestinos

Se trata de un **síntoma habitual durante el tratamiento del cáncer de colon**. Puede ser debido a distintos factores como una disminución de la ingesta, una falta de alimentos ricos en fibra en la dieta, una menor hidratación, una disminución de la actividad física o bien puede estar favorecido por algunos fármacos utilizados en el tratamiento o para el control de síntomas. Todo esto **puede contribuir a disminuir los movimientos intestinales y favorecer que las heces no absorban agua y se vuelvan secas y duras, dificultando la evacuación**.

Recomendaciones generales

Intentar mantener **un horario regular para ir al baño**.

Realizar actividad física a diario. Intentar caminar un mínimo de 20-30 minutos a diario.

Masajear el intestino con movimientos rotativos en el sentido de las agujas del reloj.

Comer despacio y **masticar bien los alimentos**.

No tomar laxantes sin consultarlos con su médico.





Recomendaciones dietéticas

Beber en ayunas 1 o 2 vasos de agua templada con una cucharada de aceite de oliva virgen y seguidamente tomar una pieza de fruta rica en fibra: kiwi, ciruela, piña...

Mantener una buena hidratación con un mínimo de 1,5-2L de líquido diario. Priorizar el agua como fuente principal de hidratación, pero se puede combinar con caldos, zumos con pulpa o algunas infusiones.

Evitar líquidos astringentes como el agua de arroz o zanahoria, y algunas infusiones como el té negro.

Aliñar las comidas con una buena cantidad de aceite de oliva virgen en crudo.

Aumentar el consumo de alimentos ricos en fibra*.

- Fibra soluble: forma un gel viscoso en el intestino y suaviza, hidrata y da volumen a las heces facilitando su evacuación. Es una fibra prebiótica, lo cual significa que sirve de alimento para determinadas bacterias del intestino que producen componentes beneficiosos que ayudan a regular el tránsito intestinal. Ideal para personas que presentan heces duras, secas o dolor al evacuar. Ejemplos: avena, manzana, plátano, zanahoria...
- Fibra insoluble: aumenta el volumen del bolo fecal y acelera el tránsito intestinal. Ideal para personas con tránsito intestinal lento o con evacuaciones poco frecuentes. Ejemplos: verduras de hoja verde, frutos secos, cereales integrales, frutas desecadas...

Tomar los purés de verduras, frutas y legumbres sin quitar la piel y sin colar.

Añadir salvado de trigo en yogures, leche...

Limitar los alimentos astringentes: arroz blanco, manzana hervida o en compota, membrillo, pan tostado...

*** Alimentos ricos en fibra:**

Frutas: ciruela, cerezas, naranja, pomelo, fresas, higos, albaricoque, nectarina, melocotón, granada, kiwi, moras, arándanos, frambuesas, piña...

Frutas deshidratadas: dátiles, higos secos, orejones, arándanos secos, ciruelas, pasas.

Verduras y hortalizas: cebolla, puerro, ajo, espárragos, alcachofa, calabaza, achicoria, remolacha, endibias, lechuga, coles...

Tubérculos: boniato, yuca, patata (cocida y posteriormente enfriada)

Legumbres: todas: lentejas, garbanzos, alubias, judías, guisantes, habas...

Cereales integrales: arroz, pasta, cebada, avena, salvado de trigo...

Frutos secos y semillas: todos: nueces, avellanas, almendras, pipas de calabaza, pipas de girasol, semillas de lino...

Setas.





Dieta

	Alimentos aconsejados	Ejemplo
Desayuno / Media mañana / Merienda	<p>Lácteos: leche, yogur, flan, natilla, queso, cuajada</p> <p>Cereales: pan integral, biscuits integrales, muesli, cereales ricos en fibra, avena...</p> <p>Porción proteica: huevo duro, tortilla, atún, anchoas, jamón, pavo, frutos secos...</p> <p>Frutas: kiwi, ciruela, piña, higo, melocotón, fresas, aguacate, frutas desecadas...</p> <p>Líquido: agua, infusión, leche, café, zumo, bebida vegetal...</p> <p>Aceite de oliva virgen</p>	<p>Desayuno gachas de avena con kiwi y fresas + café con leche</p> <p>Media mañana piña + nueces</p> <p>Merienda tostadas integrales + aceite de oliva + aguacate + leche de soja</p>
Almuerzo / Cena	<p>Verduras y tubérculos: espárragos, remolacha, alcachofas, espinacas, acelgas, tomate, cebolla...</p> <p>Cereales: arroz integral, pasta integral, quinoa</p> <p>Legumbres: todas: lentejas, garbanzos, alubias...</p> <p>Porción proteica: carne, pescado, marisco, huevo</p> <p>Frutas: kiwi, ciruela, piña, higo, melocotón, fresas, aguacate, frutas desecadas...</p> <p>Líquido: agua, infusión</p> <p>Aceite de oliva virgen</p>	<p>Almuerzo ensalada de lentejas, arroz, pimiento, cebolla, tomate, atún, huevo duro y aceite de oliva + agua</p> <p>Cena quinoa con espinacas y pasas + pollo a la plancha + aceite de oliva + higos + agua</p>

CÁNCER ESOFAGOGÁSTRICO



Autoras:

Dra. Yolanda López Mateos

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca

Laura Andurell Ferrández

Dietista-Nutricionista. Unidad de Soporte Nutricional, Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus, Barcelona

Revisora:

Dra. Rosa Burgos Peláez.

Coordinadora Unidad de Soporte Nutricional, Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus, Barcelona

Coordinadoras:

Dra. Paula Jiménez Fonseca

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Central de Asturias, ISPA, Oviedo

Dra. Inmaculada Peiró Martínez

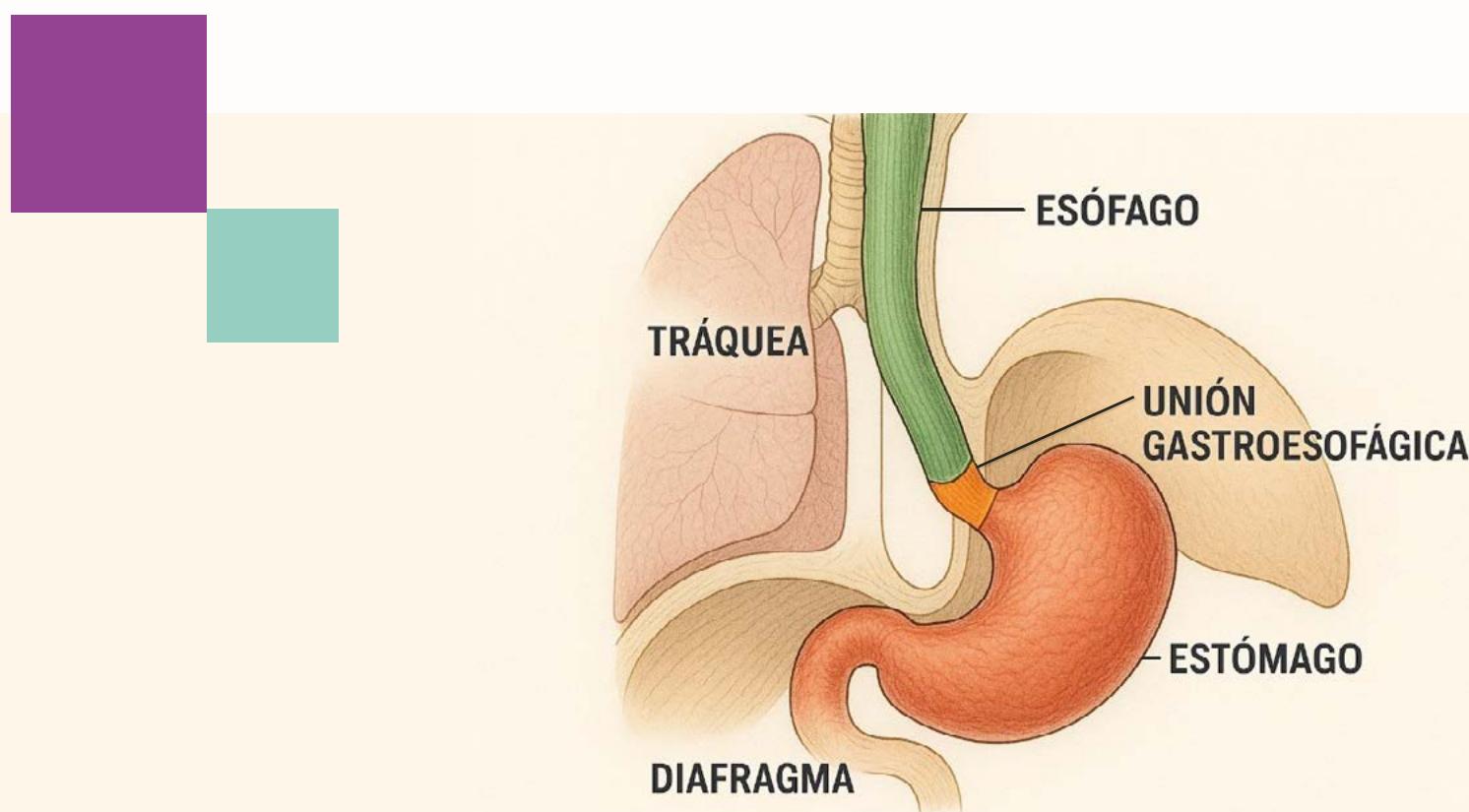
Especialista en Endocrinología y Nutrición. Unidad Funcional de Nutrición Clínica, Instituto Catalán de Oncología (ICO), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona



1. Introducción, epidemiología y factores de riesgo

Un repaso de **anatomía**^{1,2}:

- El alimento pasa de la boca al estómago a través del **esófago** que es un tubo muscular hueco. Está por delante de la columna vertebral y por detrás de la tráquea y el bronquio principal, en íntima relación con distintas estructuras como la arteria aorta, el nervio recurrente laríngeo izquierdo que moviliza las cuerdas vocales, el bronquio principal izquierdo, el corazón, el diafragma o las vértebras.
- La zona donde se unen el esófago y el estómago (**unión gastroesofágica**) es un área anatómica imprecisa, alrededor del cardias que es un anillo muscular que permite que el alimento pase al estómago, pero no vuelva hacia atrás. Su mal funcionamiento condiciona la aparición de reflujo (los ácidos gástricos pasan al esófago).
- El **estómago** es un órgano hueco. Tiene forma de “J” y está localizado en la parte superior y central del abdomen. Se encuentra próximo al diafragma y a otros órganos abdominales como el hígado, el páncreas, el bazo o el intestino. Su función es favorecer la digestión al mezclar los alimentos que llegan del esófago con los jugos gástricos y la mucina y luego desplazar ese bolo alimenticio para que pase al intestino delgado.





El término “**tumores gastroesofágicos**” engloba aquellos tumores malignos que se originan en el esófago, el estómago o en la unión entre ambos. Tienen ciertas similitudes, pero hay diferencias en los síntomas, los tratamientos, los factores de riesgo y la incidencia. Esto depende de dónde esté localizado el tumor, su extensión y, sobre todo, de su origen celular (histología). Estos cánceres tienen un impacto importante en la salud pública debido a su frecuencia, diagnóstico habitualmente tardío ya que al inicio son asintomáticos o tienen síntomas inespecíficos y por las consecuencias nutricionales que producen³.

En cuanto a la **incidencia**, en España el cáncer gástrico es más frecuente que el cáncer de esófago. Ambos afectan predominantemente a varones, especialmente a partir de los 60 años. En España, para 2025, se estima que se diagnosticarán unos 7200 nuevos casos de cáncer gástrico y unos 2300 casos de cáncer de esófago⁴.

Desde el punto de vista de las células en que se originan (**histología**)^{5,6}:

- En el esófago hay dos tipos principales de cáncer. Uno es el carcinoma epidermoide, que suele aparecer en la parte alta o media del esófago y está relacionado con el consumo de tabaco y alcohol. El otro es el adenocarcinoma, más frecuente en la parte baja del esófago y en la unión con el estómago, y se asocia sobre todo con el reflujo gastroesofágico crónico y una lesión llamada esófago de Barret que el reflujo puede causar con el tiempo.
- El 90% de los tumores gástricos son adenocarcinomas que se forman a partir de las glándulas que recubren la parte interna del estómago.





Los **factores de riesgo** para estos tumores varían según la localización y principalmente según el tipo de células (histología)⁵.

En el **carcinoma escamoso de esófago**, hasta el 90% de los pacientes tienen antecedentes de **consumo crónico de alcohol, tabaco o ambos**. El riesgo aumenta considerablemente cuando se combinan ambos. Otros factores que elevan el riesgo son las lesiones en el esófago producidas por ingestión accidental de productos causticos como lejía o por la ingesta repetida de alimentos o bebidas excesivamente calientes, que llegan a quemar la mucosa o el haber recibido radioterapia en esa zona por otra enfermedad^{5,7}.

En el caso de los **adenocarcinomas de esófago**, los factores de riesgo más frecuentes son **el reflujo gastroesofágico, el esófago de Barrett, la obesidad y el consumo de tabaco** (aunque en menor medida que en el caso del carcinoma epidermoide)^{5,6,8}.

En el cáncer de estómago, los principales factores de riesgo son la **infección por Helicobacter pylori, la gastritis crónica atrófica, una dieta pobre en frutas y verduras, el consumo elevado de alimentos procesados, conservados en sal o ahumados y el tabaquismo**^{5,6,8}.

Otros factores que aumentan el riesgo son los **antecedentes familiares de cáncer gástrico**, factores genéticos como las mutaciones en el gen **CDH1** (cáncer gástrico difuso hereditario) o antecedentes de **cirugía gástrica previa**^{6,9}.

En los últimos años, ha aumentado la incidencia del adenocarcinoma en la parte baja del esófago y en la unión gastroesofágica. Este incremento se asocia con el aumento de casos de reflujo gastroesofágico, más frecuente en personas con sobrepeso u obesidad^{5,8}.

Por todo ello, es muy importante centrarse en **la prevención** modificando estilos de vida: seguir una dieta equilibrada rica en verduras y frutas, evitar el consumo de alcohol y tabaco y mantener un peso saludable^{4,8}.



Factor de riesgo	Cáncer epidermoide (escamoso) de esófago	Adenocarcinoma de esófago	Adenocarcinoma gástrico (estómago)
Tabaco ^{5,6,8}	✓ Principal factor (Riesgo relativo: 3-5)	✓ Moderado (Riesgo relativo: ~2)	✓ Importante (Riesgo relativo: ~1.5-2)
Alcohol ^{5,7,8}	✓ Muy importante (Riesgo relativo: 2-6; sinérgico con tabaco)	✗ Poco relevante	✗ Poco relevante
Dieta pobre en frutas/verduras ^{4,6,8}	✓ Aumenta riesgo (Riesgo relativo: 2-5)	⚠ Posible efecto menor	✓ Importante
Bebidas muy calientes (>65 °C) ^{5,8}	✓ Aumenta riesgo (Riesgo relativo: 2-3)	✗	✗
Deficiencias nutricionales (Zn, B₂, etc.) ^{8,10}	✓ Asociado a daño mucoso	✗	⚠ Posible
Reflujo gastroesofágico (ERGE) ^{5,8}	✗	✓ Crítico (Riesgo relativo: 5-7)	✗
Esófago de Barrett ⁸	✗	✓ Muy importante (Riesgo relativo: 30-100)	✗
Obesidad ^{5,6,8}	✗	✓ Importante (Riesgo relativo: 2-3)	⚠ Posible
Helicobacter pylori ^{5,6,8}	✗	✗ (incluso protector)	✓ Principal causa (Riesgo relativo: 3-6)
Consumo de nitrosaminas (conservas saladas/fermentadas) ⁵	✓ Frecuente en áreas endémicas	⚠ Menor implicación	✓ Importante
Cirugía gástrica previa ⁸	✗	✗	✓ Aumenta riesgo a largo plazo
Genética / historia familiar ^{6,8}	⚠ Poco frecuente	⚠ Raro	✓ Importante en algunos subtipos
Sexo masculino ^{5,6,8}	✓ Mayor riesgo	✓ Mayor riesgo	⚠ Leve predominio masculino
Pobreza / bajo nivel socioeconómico ⁸	✓ Asociado (por dieta, alcohol, tabaco)	⚠ Ligera relación	⚠ Ligera relación



2. Síntomas que impactan en el estado nutricional

Los tumores del esófago y del estómago, así como sus tratamientos, pueden dificultar la alimentación y afectar el estado nutricional de los pacientes. Estos síntomas pueden aparecer antes del diagnóstico (por el propio tumor), durante el tratamiento e incluso mantenerse después de finalizarlo. Reconocerlos es clave para poder actuar precozmente y mantener una nutrición adecuada, lo cual mejora la tolerancia al tratamiento, la calidad de vida e incluso la supervivencia, ya que la malnutrición se asocia con mayor mortalidad¹⁰⁻¹³.

2.1. Del cáncer esofagogastrico

En el **cáncer de esófago**, los síntomas más comunes están relacionados con la obstrucción del paso de los alimentos, la irritación local o la extensión a estructuras cercanas^{3,5,10-12}:



Dificultad (**disfagia**) o dolor (**odinofagia**) al tragar. Suele comenzar con alimentos sólidos y progresar hacia los líquidos. Son los síntomas más frecuentes y hacen que el paciente coma menos. El dolor es típicamente retroesternal, detrás del pecho.



Pérdida de peso involuntaria, al disminuir la ingesta, pero también por el aumento del gasto energético generado por el tumor.



Regurgitación de alimentos no digeridos.



Exceso de salivación (**sialorrea**): la saliva se acumula al no poder tragárla provocando náuseas o rechazo a comer.

Otros síntomas menos frecuentes: sangrado, ronquera (disfonía) por afectación de nervios del mediastino o **hipo** persistente que interfiere con las comidas.



En el **cáncer de estómago**, el crecimiento del tumor reduce el espacio y altera la función causando^{3,5,10-13}:



Sensación de llenarse rápido al comer (**saciedad precoz**).



Náuseas y vómitos frecuentes cuando el tumor dificulta el vaciado del estómago.



Pesadez tras las comidas (**plenitud postprandial**) que lleva a evitar ciertos alimentos o a reducir la frecuencia de las comidas.



Falta de apetito (**anorexia**), frecuente en fases avanzadas.



Sangrado digestivo crónico con **anemia** que causa fatiga e inapetencia.



Hipo por la distensión o irritación abdominal.





En **fases avanzadas** los síntomas pueden deberse a invasión de estructuras cercanas (tráquea, bronquio, páncreas, hueso...) o a metástasis (hígado, peritoneo, pulmón, hueso...). Esto puede causar^{5,10,13,14}:



Síndrome constitucional: pérdida de apetito (anorexia) y de peso y músculo (caquexia) por el aumento de metabolismo tumoral con cansancio extremo (astenia).



Las metástasis en peritoneo (carcinomatosis peritoneal) producen náuseas, abdomen hinchado o cambio en el tránsito.



Tos persistente si el tumor invade la tráquea y entra saliva o alimento en la vía respiratoria.



Dolor si hay invasión de páncreas, nervios cercanos (plexo celíaco) o hay metástasis en hueso.

2.2. De los tratamientos

La cirugía, la radioterapia y los tratamientos sistémicos como la quimioterapia, inmunoterapia o terapias dirigidas también pueden alterar la nutrición de forma transitoria o duradera^{5,6,10,11,13}.

Los tratamientos quirúrgicos pueden ser:

- **Radicales** extirmando parte o todo el órgano (esófago o estómago).
- Paliativos como derivaciones o colocación de sondas (gastrostomías, sondas PEG o GRP*) en tumor inoperable muy estenosante (estrecha la luz del tubo digestivo dificultando el paso del alimento).

*PEG: Gastrostomía Endoscópica Percutánea; GRP: Gastrostomía radiológica percutánea.



La alteración de las estructuras anatómicas con la cirugía puede producir^{4,10,11,13}:



Sensación de llenado rápido al reducirse el tamaño del estómago.



“Síndrome de dumping”: malestar con náuseas, sudoración y/o diarrea tras comidas rápidas o ricas en azúcares.



Reflujo biliar o ácido con ardor, sabor amargo, náuseas o vómitos.



Dificultad para absorber nutrientes (déficits de hierro, vitamina B12 o calcio, entre otros).



Diarrea y malaabsorción de nutrientes.



Hipo persistente que puede aparecer tras cirugía abdominal o torácica por daño en estructuras nerviosas (nervio frénico) o alteraciones en el diafragma.



Sialorrea (producción excesiva de saliva) si hay secuelas para coordinar la deglución.

Durante o tras la **quimioterapia y/o radioterapia**, pueden aparecer¹⁰⁻¹³:



Náuseas y vómitos.



Cambios del gusto y olfato.



Inflamación de la boca o esófago (**mucositis**).



Disminución o **falta de apetito**.



Alteraciones del tránsito intestinal, tanto **diarrea** como **estreñimiento**.



Cansancio (**astenia**) que disminuye el deseo de comer o cocinar.



Sialorrea e hipo.



3. Tratamiento del cáncer esofagogastrico

El tratamiento del cáncer de esófago o estómago se decide habitualmente en un **comité multidisciplinar**, en el que participan varios especialistas, como oncólogos médicos, oncólogos radioterápicos, cirujanos y otros profesionales implicados en el cuidado del paciente^{5,6}.

El tipo de tratamiento depende de varios factores, como el tipo de tumor (carcinoma epidermoide o adenocarcinoma), su localización, si hay o no metástasis y ciertas características del tumor llamadas **biomarcadores**^{5,6}.

En el **carcinoma epidermoide de esófago sin metástasis**, el tratamiento puede ser **cirugía o radioterapia**, a menudo combinadas con **quimioterapia**. Si hay metástasis, el tratamiento suele basarse en **quimioterapia**, y en algunos casos puede añadirse o sustituirse por **inmunoterapia**^{5,6}.

En los **adenocarcinomas del esófago o del estómago sin metástasis**, el tratamiento suele incluir **cirugía**. Si el tumor está localmente avanzado, se combina con **quimioterapia antes y después de la operación** (quimioterapia perioperatoria)^{5,6}.

En los **casos avanzados o metastásicos**, el tratamiento se basa en **quimioterapia**, y según los **biomarcadores del tumor** (como HER2, PD-L1 o claudina 18.2), se puede añadir **inmunoterapia** o un **tratamiento dirigido** (fármacos biológicos que actúan sobre alteraciones específicas del tumor)⁶.





4. Recomendaciones nutricionales generales

En el contexto del cáncer gástrico y esofágico, el principal objetivo nutricional es mantener o recuperar el estado nutricional del paciente, al mismo tiempo que intentar reducir los efectos secundarios asociados a los tratamientos oncológicos. Brindar una intervención nutricional temprana e intensiva desde el momento del diagnóstico y a lo largo del tratamiento ayuda a limitar la pérdida de peso antes, durante y después de la terapia. Esto resulta clave para mantener la continuidad del tratamiento, evitando interrupciones o ajustes por desnutrición, lo que puede afectar de manera importante a la respuesta al tratamiento, el tiempo con la enfermedad controlada y la supervivencia general del paciente^{10,12,15}.

Recomendaciones generales^{15,16}

Se recomienda hacer **comidas de poco volumen, pero frecuentes, entre 6-8 ingestas al día**: desayuno, media mañana, comida, merienda, cena, recena...

Es importante **respetar los horarios** y no saltarse las comidas.

Coma despacio y mastique bien los alimentos. Es importante que dedique tiempo a las comidas, sin prisas.

Se aconseja **no tomar agua durante las comidas**, esta debe tomarse fuera de ellas.

Se recomienda **evitar alimentos muy fríos o muy calientes**.

Se recomienda siempre **comer sentado a 45°**, si no es posible, incorporado mínimo a unos 30°.

Después de las comidas **descansar 30 minutos sentados en un ángulo de 30-45°** (es decir, recostado o semi-sentado).

Está **desaconsejado** el consumo de tabaco, bebidas alcohólicas, café y bebidas que contengan cafeína.



5. Recomendaciones específicas y dietéticas según síntomas

5.1. Recomendaciones nutricionales en caso de mucositis, odinofagia o esofagitis (inflamación de la boca y/o del esófago)

Para evitar el dolor al tragar es probable que sea necesario adaptar la textura de la dieta.

En un inicio puede ser recomendable una **dieta de fácil masticación** que consiste en alimentos blandos y jugosos, pero no triturados, por ejemplo: pastel de carne, pastas bien cocidas, canelones... Según la evolución y la tolerancia, deberíamos realizar una **dieta triturada**, en este caso, todas las preparaciones deben ser en formato puré y tener una textura totalmente homogénea. En caso de no tolerar una dieta triturada debe contactar con un profesional sanitario^{15,16}.

- Dieta de fácil masticación^{15,16}:

- Se evitarán aquellos alimentos duros o crujientes como nueces, tostadas, carnes fibrosas, frutas crujientes o vegetales crudos.
- Ablandar los alimentos sólidos como los cereales, las galletas, las carnes o los pescados añadiendo, leche, yogur, caldo, aceite de oliva, salsa o aderezos suaves como bechamel o queso batido.
- Las preparaciones deben poder ser trituradas con el tenedor o con la lengua sin esfuerzo.
- Se deben priorizar cocciones que proporcionen alimentos suaves, como el vapor, guisos, estofados, papillote o hervidos evitando la plancha o parrilla, ya que los alimentos pueden quedar secos.
- Las carnes más aconsejadas son las menos fibrosas como el muslo de pollo o de pavo siempre deshuesado, el solomillo, las carrilleras, etc. Se aconseja cocinarlas con jugo y lentamente durante largo tiempo, y añadir siempre una salsa que aporte humedad al guiso.



Menú ejemplo dieta de fácil masticación¹⁶

Horario	Ejemplo
Desayuno	Yogur Pan de Viena con jamón dulce y aceite de oliva
Media mañana	Batido de leche semidesnatada sin lactosa con plátano y manzana y galletas maría
Comida	Judía verde con patata Albóndigas con salsa de zanahoria Manzana al horno
Merienda	Pan de Viena con crema de cacahuete
Cena	Crema de calabacín con patata Tortilla a la francesa con jamón Yogur
Resopón	Vaso de leche semidesnatada con cereales reblandecidos

- Dieta triturada:

- Al triturar los alimentos, es importante lograr una textura homogénea, suave y bien cohesionada.
- Se debe evitar la presencia de grumos, pieles, huesos, cartílagos, fibras y espinas.
- Puede ser necesario añadir líquido para adaptar la textura del triturado. (Este puede ser leche, crema de leche... si es necesario aumentar el aporte calórico).
- Se aconseja no mezclar en un mismo triturado alimentos de sabores muy distintos o fuertes, ya que el sabor puede ser no reconocible.
- Los colores juegan un papel importante en los triturados al aportar atractivo al plato.
- Al preparar los purés se debe tener en cuenta que el volumen final pueda ser ingerido en su totalidad.



Alimentos a evitar

Alimentos ácidos	Tomate, naranja, kiwi, fresa, limón vinagre, cebolla cruda...
Alimentos secos duros o crujientes	Tostadas, frutos secos, palomitas de maíz, cereales, pan, alimentos rebozados...
Alimentos crudos	Ensaladas o frutas duras o con piel
Alimentos muy condimentados o picantes	Chorizo, alioli, salsas con cítricos o tomates o especies picante o ácidas
Especias o condimentos irritantes	Guindilla, pimienta, pimentón, cayena, curri, chile, ajo y cebolla en polvo, mostaza en polvo, Wasabi, vinagre...
Alimentos pegajosos	Croquetas, puré de patata espeso...
Bebidas alcohólicas, carbonatadas, ácidas o muy dulces	

Menú ejemplo dieta triturada

Horario	Ejemplo
Desayuno	Leche semidesnatada sin lactosa o cereales en polvo y frutos secos triturados
Media mañana	Batido de leche semidesnatada con plátano y manzana y galletas maría
Comida	Triturado de patata con calabacín, zanahoria, aceite de oliva, pollo y quesitos desnatados Triturado de yogur y fruta
Merienda	Batido de leche semidesnatada con pera y galletas María
Cena	Triturado de patata con calabacín, zanahoria, pescado, aceite de oliva y quesitos desnatados Triturado de yogur y fruta
Resopón	Leche semidesnatada con cereales en polvo



5.2. Síndrome de Dumping¹⁷

El **Síndrome de Dumping** es un trastorno que ocurre cuando el contenido del estómago se vacía muy rápidamente en el intestino delgado, lo que suele pasar tras **cirugías gástricas y esofágicas**.

Este puede ser precoz, dentro de los primeros 30–60 minutos después de comer, y sus síntomas pueden ser, diarrea, náuseas, distensión abdominal, sudoración, mareos o taquicardia. O tardío, entre 1 y 3 horas después de comer, que consisten en una hipoglucemia (bajada de azúcar), y suelen aparecer palpitaciones, temblores y sudoración.

El objetivo de esta dieta es disminuir la velocidad de vaciado del estómago y enlentecer el tránsito intestinal.

En caso de padecer Síndrome de Dumping:

- Debemos realizar una ingesta fraccionada con comidas de pequeño volumen cada 3 o 4h. Incluso si es necesario fraccionar las comidas principales.
- No beber líquidos durante las comidas, se recomienda tomarlos 30-60 minutos antes o después de las comidas principales.
- Es importante evitar los alimentos con un alto contenido en azúcares (azúcar, fructosa, zumos de fruta, miel, bollería, bebidas azucaradas, mermelada, pastelería, almíbar, chocolate, refrescos, caramelos y caramelos sin azúcar, cereales no integrales...)
- Se recomienda el consumo de alimentos ricos en fibra como verduras, legumbres y cereales integrales (pasta integral, arroz integral, pan integral...)
- En cuanto a frutas se recomienda aquellas con menor índice glucémico: Moras, arándanos, fresas, frambuesas, cerezas, melocotones, pomelos, naranjas, albaricoques y kiwis. Siempre mejor con piel y poco madura.



- Evitar cocciones con más aporte de grasas, como fritos y rebozados, priorizando aquellas más suaves como hervidos, vapor, microondas, horno, papillote...
- Se debe asegurar el aporte proteico (carne, pescado o huevo), verduras y carbohidratos complejos integrales (pasta integral, arroz integral, pan integral...) en todas las comidas principales.

Menú ejemplo Síndrome de dumping

Horario	Ejemplo
Desayuno	Yogur natural sin azúcar con manzana Pan integral con jamón salado y aceite de oliva
Media mañana	Fresas Tostada integral con queso fresco y frutos secos
Comida	Pasta integral con salteado de zanahoria, berenjena y champiñones Pollo con calabacín al horno Cerezas
Merienda	Yogur con cereales integrales
Cena	Judía verde con patata Pescado a la plancha con guarnición de espárragos verdes Yogur natural sin azúcar
Resopón	Tostada integral con crema de cacahuete

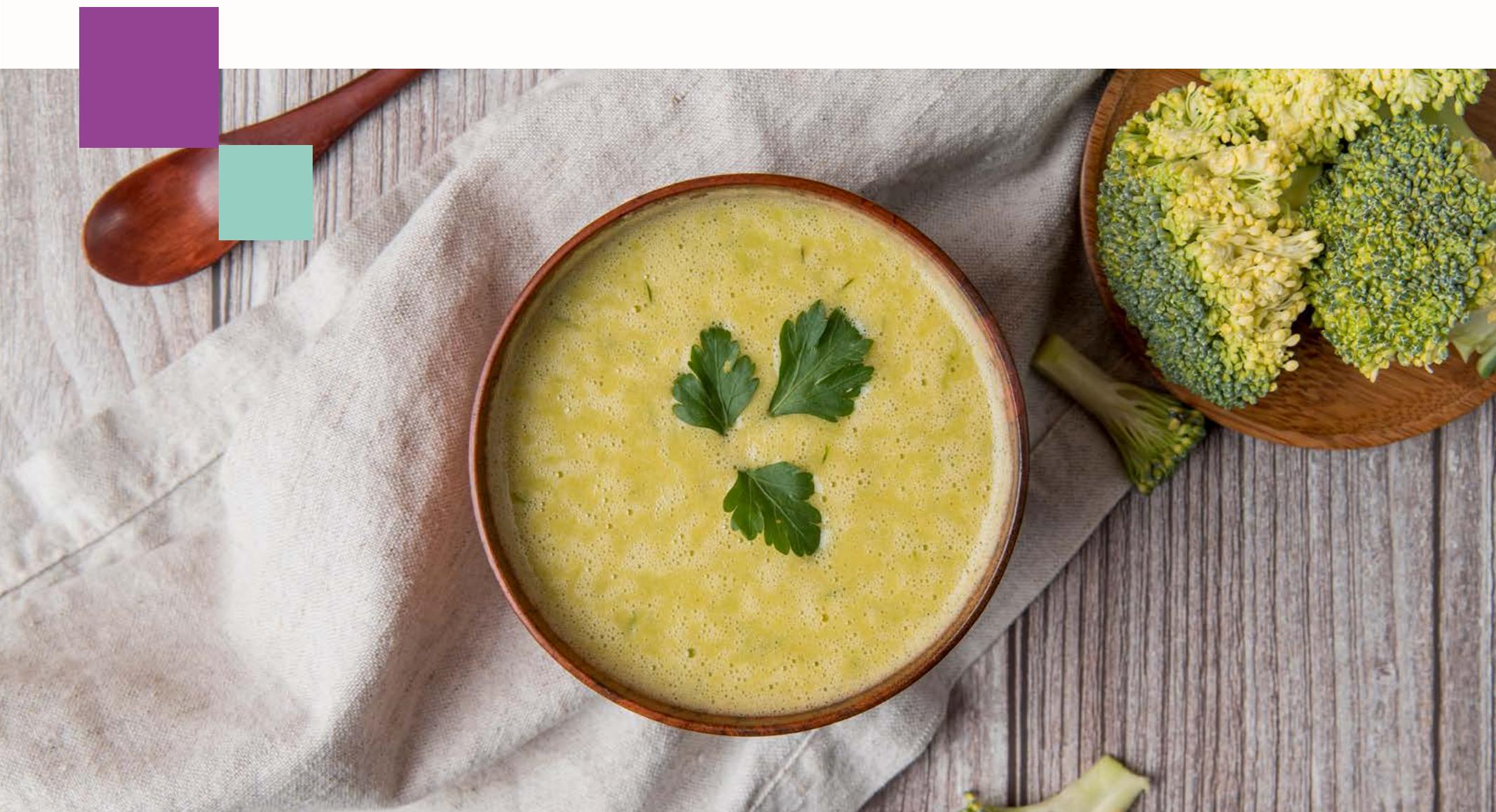




5.3. Estenosis esofágica (estrechamiento del esófago)¹⁶

Si existe un estrechamiento del esófago y éste dificulta el paso del alimento deberíamos seguir una **dieta triturada** completa: que incluya tanto verduras, como proteína (carne, pescado o huevo) y carbohidratos (arroz, patata, legumbre, boniato...), estos pueden ser pasados por un triturador de brazo o de vaso de forma que queda una textura homogénea.

Para asegurar una mejor tolerancia podemos añadir líquidos, como caldo, leche entera o crema de leche (si es necesario un mayor aporte calórico) para adaptar la consistencia del triturado a la tolerancia de cada uno.





5.4. Saciedad precoz¹⁶

Tras una resección del estómago total o parcial es posible sentirse lleno antes de lo habitual, lo que denominamos saciedad precoz o temprana. Para ello se recomienda:

- Realizar ingestas de poco volumen fraccionadas durante el día, es decir realizar 6-8 comidas de poco volumen en lugar de 3 comidas principales más abundantes.
- Priorizar la ingesta de líquidos fuera de las comidas principales y elegir aquellas que nos aporten calorías y proteínas, como leche, yogures líquidos...
- Se recomienda evitar aquellos alimentos ricos en fibra (vegetales crudos, espinacas, acelgas, cereales integrales...) ya que favorecen la saciedad.
- Es necesario enriquecer las preparaciones para aumentar el aporte calórico proteico de las comidas, para ello se puede añadir a las comidas habituales:
 - Leche en polvo entera o crema de leche
 - Cereales instantáneos o de desayuno picados (sin azúcar)
 - Frutos secos enteros, triturados o en polvo
 - Harina de maíz (tipo “Maizena”)
 - Aceite de oliva
 - Picatostes
 - Queso rallado o quesitos
 - Clara de huevo rallada



CÁNCER HEPATOBILIOPANCREÁTICO



Autoras:

Dra. Ángela Lamarca Lete

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (FJD), Instituto OncoHealth – Instituto de Investigación Sanitaria FJD, Madrid

**Dra. Laura Hernández Montoliu y
Dra. Macarena López Vázquez**

Especialistas en Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Coordinadoras:

Dra. Paula Jiménez Fonseca

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Central de Asturias, ISPA, Oviedo

Dra. Inmaculada Peiró Martínez

Especialista en Endocrinología y Nutrición. Unidad Funcional de Nutrición Clínica, Instituto Catalán de Oncología (ICO), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

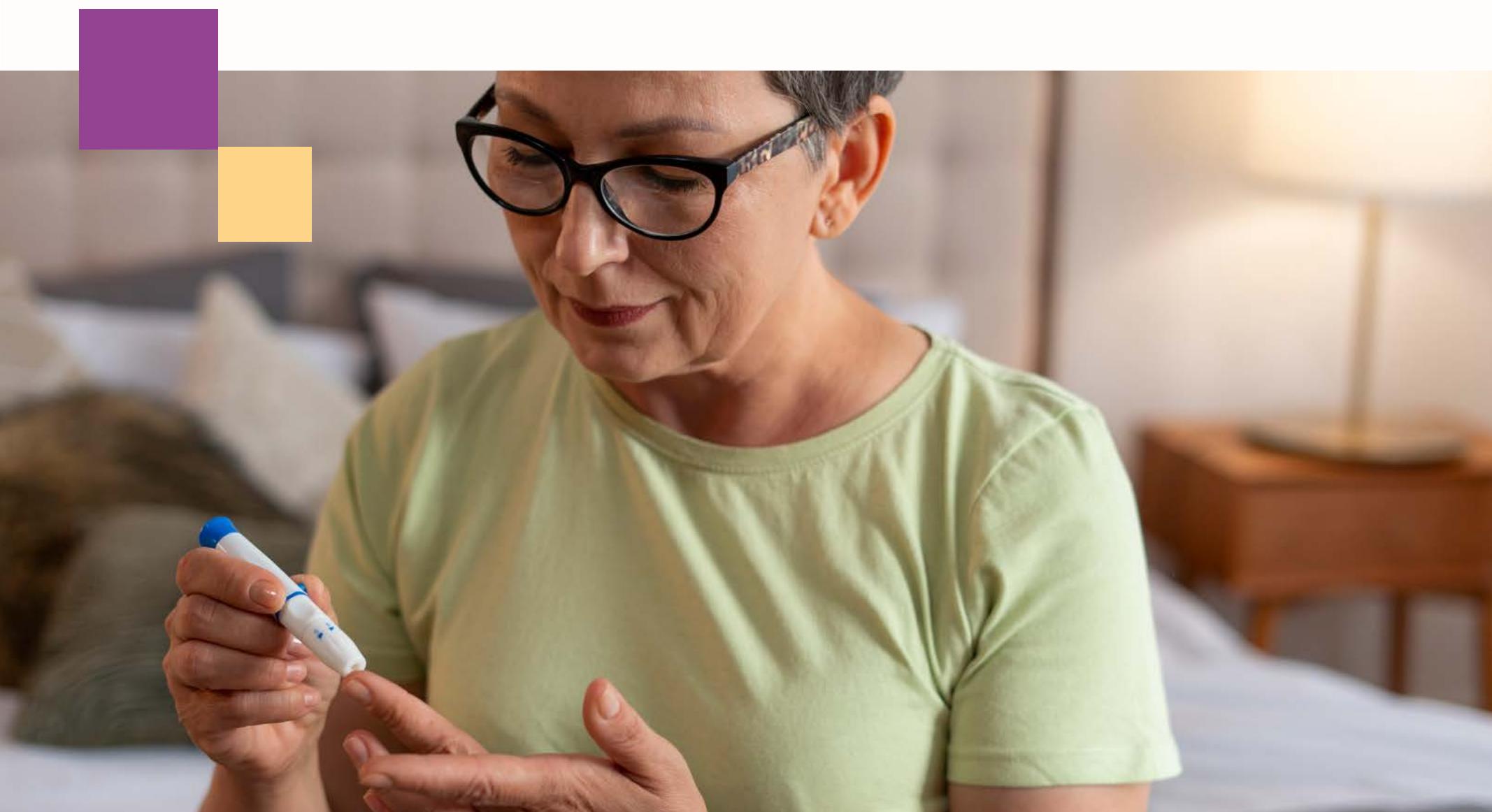


CÁNCER DE PÁNCREAS

1. Introducción, epidemiología y factores de riesgo

El cáncer de páncreas es una enfermedad de mal pronóstico, con una incidencia en aumento¹. En la mayoría de los casos se trata de un **adenocarcinoma**, que representa aproximadamente el 90% de todos los tumores pancreáticos. Es más frecuente en personas **mayores de 65 años** y afecta con mayor frecuencia a los hombres que a las mujeres².

Aunque se conocen algunos **factores de riesgo**, no existe un marcador específico que permita identificar con precisión a las personas más propensas a desarrollarlo. Entre los factores conocidos se encuentran el **tabaquismo, la pancreatitis crónica, la diabetes mellitus** de reciente diagnóstico, **la obesidad, el consumo excesivo de alcohol, una dieta rica en grasas animales y carnes procesadas**³.





2. Síntomas

Los síntomas suelen aparecer cuando el tumor ya está avanzado. Los más frecuentes incluyen²:



Color amarillento en la piel y los ojos (**ictericia**).



Dolor en la parte superior del abdomen o en la espalda.



Pérdida de peso y falta de apetito.

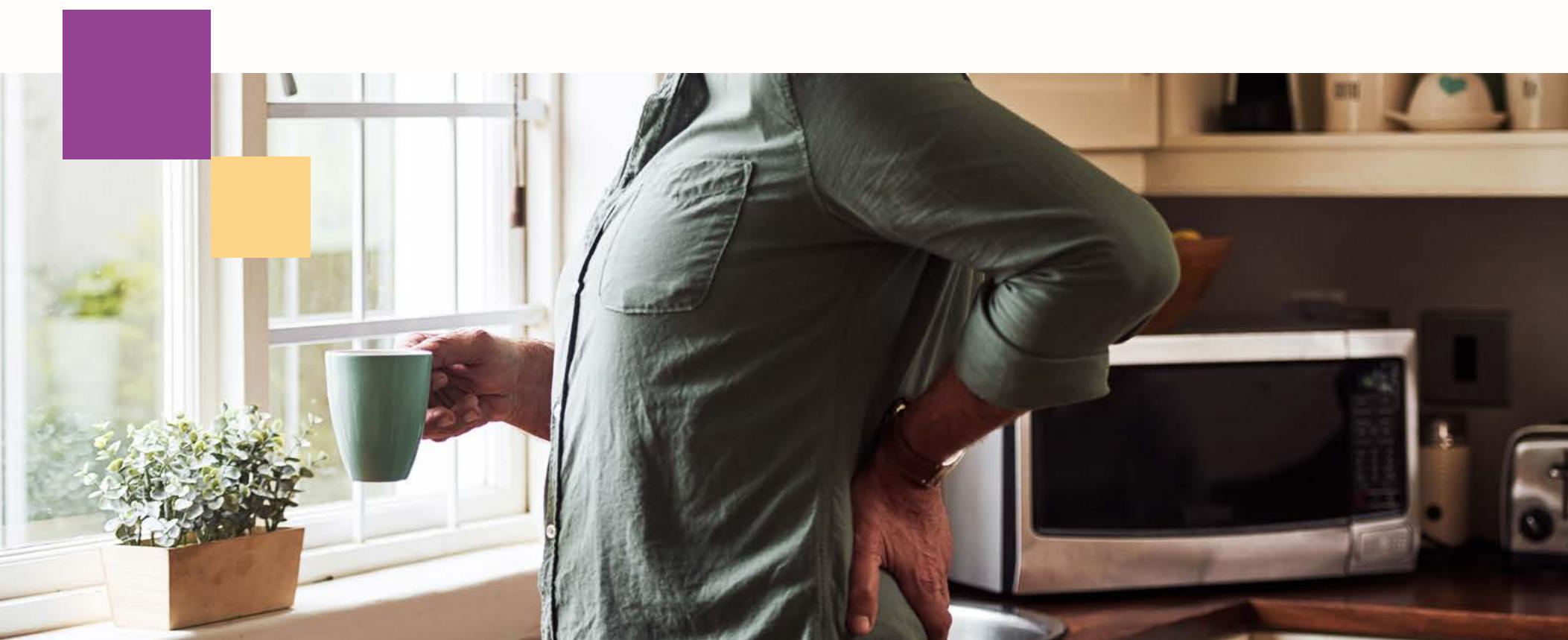


Sensación de **cansancio** o fatiga.



Cambios en el ritmo intestinal.

Es frecuente que se produzca una **insuficiencia pancreática** (el páncreas no funciona bien) y caquexia (pérdida marcada de peso y masa muscular). Estos problemas pueden aparecer incluso en personas que no han sido operadas y requieren intervención nutricional precoz, incluyendo suplementos de enzimas pancreáticas si es necesario⁴.





3. Tratamiento del cáncer de páncreas

El tratamiento depende de la fase (o estadio) en la que se encuentre la enfermedad. Las principales fases que agrupan los tratamientos son:

- **Enfermedad resecable:** no hay afectación de los vasos sanguíneos ni órganos cercanos ni metástasis. Se suele realizar una cirugía de entrada, generalmente tipo Whipple en tumores de cabeza de páncreas, seguida de quimioterapia adyuvante para reducir las recaídas. Esta intervención implica una insuficiencia pancreática posterior en la inmensa mayoría de los pacientes³.

La quimioterapia adyuvante es un tratamiento que se administra después de la terapia actual para eliminar las células cancerosas que podrían haber quedado en el organismo. Las diferentes opciones de quimioterapia adyuvante dependen del estado general del paciente³.

- **Enfermedad borderline resecable:** hay contacto del tumor con vasos sanguíneos, pero la cirugía podría ser una opción. Se recomienda primero tratamiento con quimioterapia (neoadyuvancia) para aumentar las probabilidades de realizar una cirugía en mejores condiciones³.
- **Enfermedad localmente avanzada:** el tumor invade arterias importantes y no puede operarse. Se trata con quimioterapia como en la enfermedad metastásica. En algunos casos, se puede considerar radioterapia tras un periodo con quimioterapia de inducción³.
- **Enfermedad metastásica:** el tumor se ha extendido fuera del páncreas. El tratamiento se basa en quimioterapia, con varias opciones que se ajustan a las características clínicas del paciente³.



TUMORES DE LA VÍA BILIAR

1. Introducción, epidemiología y factores de riesgo

Los tumores de la vía biliar son **poco comunes**, con menos de seis casos por cada 100,000 personas, aunque su incidencia está aumentando debido a mejores diagnósticos y clasificación. Estos tumores tienen un pronóstico pobre, principalmente por el diagnóstico tardío. Incluso en etapas tempranas, hay una alta tasa de recaída⁶.

Los tumores de la vía biliar son más frecuentes en personas **mayores de 65 años** y afectan ligeramente más a los **hombres** que a las mujeres, salvo en el caso de los tumores de vesícula biliar, que son más comunes en mujeres^{6,7}.

Aunque no siempre es posible identificar una causa concreta, se han descrito varios **factores de riesgo** entre los que destacan la **litiasis biliar** (piedras en la vesícula), **la colangitis esclerosante primaria**, **la infección crónica por parásitos hepáticos** (como *Opisthorchis* o *Clonorchis*), y **algunas anomalías congénitas de las vías biliares**⁷.

Los tumores de la vía biliar **se clasifican en varios subgrupos**: colangiocarcinoma, tumores de la vesícula biliar y tumores de la ampolla de Vater. Dentro de los colangiocarcinomas, se distingue entre los intrahepáticos, perihiliares y distales⁶.





Se recomienda que estos casos se comenten siempre desde el momento del primer diagnóstico y también para la toma de decisiones terapéuticas en un comité multidisciplinar con diversos especialistas incluyendo oncólogos médicos y cirujanos entre otros⁸.

2. Síntomas

La mayoría de los pacientes presentan dolor en el abdomen, pérdida de peso y/o de apetito, color amarillento en la piel y los ojos (ictericia), alteraciones en los análisis de función hepática (elevación de transaminasas), problemas digestivos o diarrea⁷.

Estos síntomas no indican directamente un tumor en la vía biliar, retrasando el diagnóstico. Un estudio en España reveló que muchos diagnósticos aún se realizan en urgencias, con un 61% de casos ya metastásicos y no curables⁹.





3. Tratamiento de los tumores de la vía biliar

Solo alrededor del 20% de los pacientes es candidato a cirugía con intención curativa¹⁰. Los pacientes con tumores en la parte baja del conducto biliar (tumores distales) y en la ampolla de Vater suelen requerir una cirugía tipo Whipple que puede causar una insuficiencia pancreática^{6,7,10}. Si se consigue extirpar todo el cáncer, se puede indicar un tratamiento adicional (adyuvante) con capecitabina. En tumores de la ampolla de Vater, el tratamiento complementario a la cirugía suele basarse en gemcitabina¹⁰.

Cuando la enfermedad está **avanzada o se ha diseminado (metastásica)**, el tratamiento principal es la **quimioterapia combinada con inmunoterapia**, siempre que el paciente no tenga contraindicaciones para este tipo de fármacos⁶.

Además, gracias a los avances en medicina de precisión, hoy en día se pueden detectar **alteraciones genéticas específicas** en algunos tumores de vía biliar, como mutaciones en IDH1, fusiones de FGFR-2 o amplificaciones de HER-2. Existen fármacos dirigidos que actúan sobre estas alteraciones y han mostrado eficacia en pacientes con enfermedad avanzada que presentan alguna de estas características⁶.





HEPATOCARCINOMA

1. Introducción, epidemiología y factores de riesgo

El hepatocarcinoma es un tumor que aparece típicamente en pacientes cirróticos. Las opciones de tratamiento sistémico que se describen a continuación requieren de una buena función hepática, siendo un Child Pugh A un criterio importante para poder administrar estas terapias¹¹. Es por ello por lo que una buena situación proteica y buen manejo de la enfermedad cirrótica es de gran relevancia.

En España, cada año se diagnostican aproximadamente **6.800 casos** de hepatocarcinoma —unos **5.200 hombres y 1.500 mujeres**—¹², con una incidencia cercana a **20 por 100.000 varones y 6 por 100.000 mujeres**. Es más frecuente en **mayores de 60 años** y afecta con mayor frecuencia a los **hombres**¹³.

El principal **factor de riesgo** para desarrollar hepatocarcinoma es la presencia de una **enfermedad hepática crónica**, especialmente la **cirrosis**, independientemente de su causa. Las causas más comunes de cirrosis incluyen la **hepatitis C crónica, el consumo excesivo de alcohol, el hígado graso de origen metabólico (esteatohepatitis no alcohólica)** y algunas enfermedades hereditarias, como la **hemocromatosis**. Otros factores que aumentan el riesgo son el **sexo masculino, la diabetes y la obesidad**¹³.





2. Síntomas

En personas con cirrosis, el hepatocarcinoma suele **detectarse de forma precoz y accidental durante controles ecográficos de seguimiento**, antes de que aparezcan síntomas¹³.

Cuando hay **síntomas**, suelen ser **poco específicos** y pueden incluir:

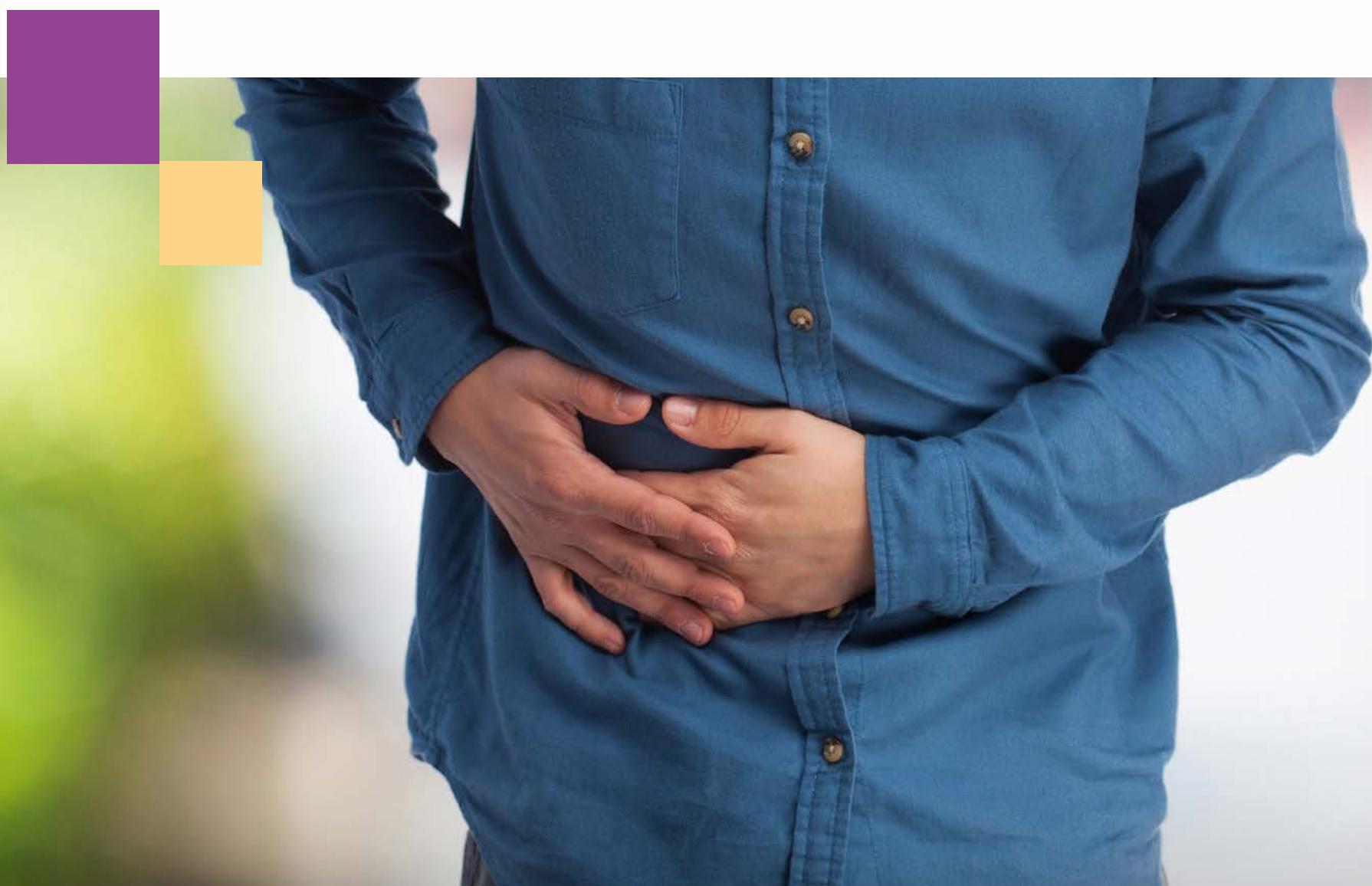


Dolor o bulto en el lado derecho del abdomen.



Pérdida de peso, falta de apetito o fatiga.

En fases más avanzadas puede aparecer **signos de descompensación hepática** como líquido en el abdomen (ascitis) o coloración amarillenta en piel y ojos (ictericia)¹³.





3. Tratamiento del hepatocarcinoma

El tratamiento se decide según la **clasificación BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer)** que tiene en cuenta el tamaño y extensión de la enfermedad, el estado general del paciente y la función hepática¹⁴.

En primer lugar, la **enfermedad muy precoz o temprana (BCLC-0/A)** se trata con intención de curar mediante ablación, cirugía o trasplante. Estos son pacientes con buen estado funcional, buena función hepática y una enfermedad oncológica limitada en número y tamaño¹⁴.

El **estadio intermedio (BCLC-B)** es una enfermedad más avanzada, pero aún limitada al hígado, en paciente con buena función hepática y buen estado general. En algunos casos seleccionados es posible un tratamiento curativo con trasplante, aunque la mayoría serán tratados con TACE (quimioembolización)¹⁴.

El **estadio avanzado (BCLC-C)** incluye a pacientes cuya enfermedad no responde a tratamientos locales pero mantienen una adecuada función hepática y estado general por lo que pueden recibir tratamiento sistémico farmacológico. Además, algunos pacientes inicialmente en estadio BCLC-B que progresan tras TACE también pueden recibir tratamiento sistémico. El tratamiento de elección combina inmunoterapia con un agente biológico o doble inmunoterapia. Si el paciente no puede recibir inmunoterapia, se puede administrar un agente biológico solo.²⁴ Cuando la enfermedad progresa a primera línea de tratamiento, la opción recomendada es continuar con un agente biológico¹⁴.

Finalmente, los pacientes clasificados como BCLC-D no son candidatos a tratamientos activos. El enfoque debe centrarse en el control de síntomas y cuidados paliativos con apoyo de un equipo especializado¹⁴.



4. Recomendaciones nutricionales generales

Los pacientes con cáncer del área hepatobiliopancreática pueden presentar síntomas que impactan significativamente en su estado nutricional, como la anorexia, la malabsorción o la hiperglucemia, por lo que es fundamental un abordaje adecuado de los mismos^{15,16}.

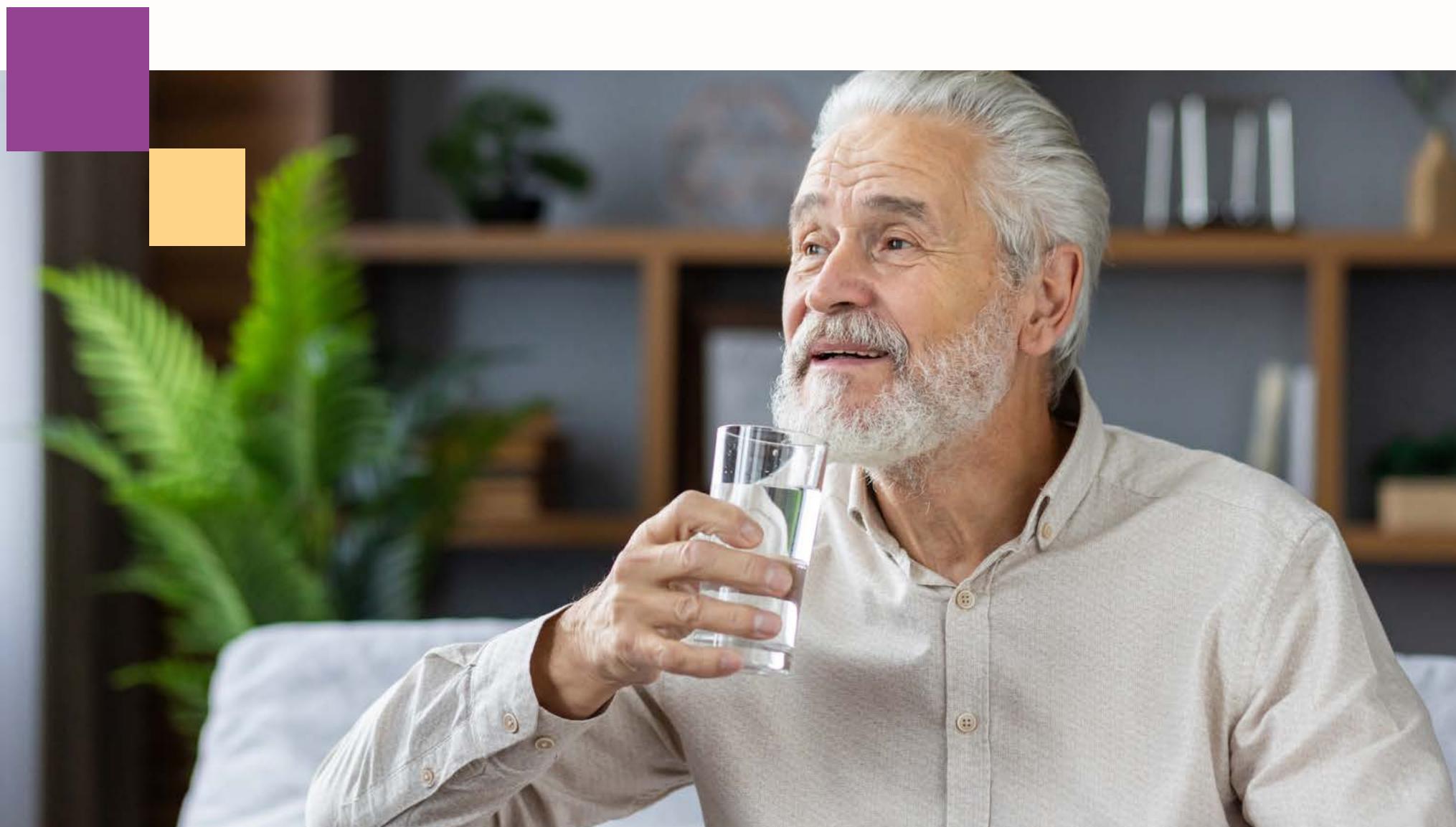
Aunque la alimentación debe adaptarse a los síntomas que se puedan presentar en cada etapa de la enfermedad, como norma general se recomienda:

- **Comidas frecuentes y pequeñas:** Realice varias ingestas al día (6-7 veces o cada 2-3 horas) no muy abundantes, ya que se digieren y toleran mucho mejor que las copiosas¹⁶.
- **Priorizar alimentos densos en energía y nutrientes:** Incluya alimentos que aporten mucho en poco volumen¹⁶.
- **Asegurar el aporte de proteínas:** Se debe asegurar el consumo de alimentos que contengan proteínas de alto valor biológico (carne, pescado, huevo, lácteos) ya que entre sus muchas funciones destacan la reparación de tejidos, la preservación del músculo y el mantenimiento de las defensas¹⁶⁻¹⁸.
- **Uso de grasas saludables:** El aceite de oliva virgen extra debe ser la principal fuente de grasa. Por otro lado, los frutos secos y el aguacate también son buenas opciones que además pueden ayudar a enriquecer las comidas^{16,18}.





- **Evitar ciertos alimentos:** Reduzca el consumo de alimentos ultraprocesados, ricos en azúcares, sal o grasas saturadas. Evite el consumo de alcohol y limite alimentos irritantes (ej.: café, especias fuertes o picantes...)¹⁶⁻¹⁸.
- **Hidratación:** Beba entre 1,5 y 2 litros de agua. Intentar evitarlo durante las comidas (pueden darse pequeños sorbos) así como las bebidas carbonatadas para no saciarse¹⁶.
- **Masticación y ambiente:** Mastique bien y coma despacio en un ambiente tranquilo¹⁶.





5. Recomendaciones específicas y dietéticas según síntomas

5.1. Anorexia y caquexia

La **anorexia** (pérdida de apetito) es un síntoma frecuente en pacientes con cáncer. En este caso, la falta de apetito puede deberse a muchas causas como la interrupción de la secreción de bilis/jugos pancreáticos, dolor abdominal, obstrucción intestinal, inflamación... así como derivado de los tratamientos (medicamentos, cirugía, quimioterapia)¹⁹.

Esto puede desencadenar **desnutrición**, que a veces también puede acompañarse con **caquexia** (pérdida de peso más grave con pérdida de musculatura y/o fuerza muscular e inflamación). Una pérdida de peso continuada puede indicar una complicación. Si sigue perdiendo peso a pesar de seguir estas recomendaciones debería contactar con su equipo médico¹⁵.

De forma complementaria a las recomendaciones generales ya mencionadas, podría beneficiarse de añadir algunas de las siguientes:

- **Estimulación del apetito:** En ocasiones un paseo relajado de unos pocos minutos previo a las comidas puede favorecer el apetito, así como la utilización de pequeñas cantidades de productos ácidos (zumo de naranja o con limón, caramelos de limón sin azúcar o piña natural)¹⁶.



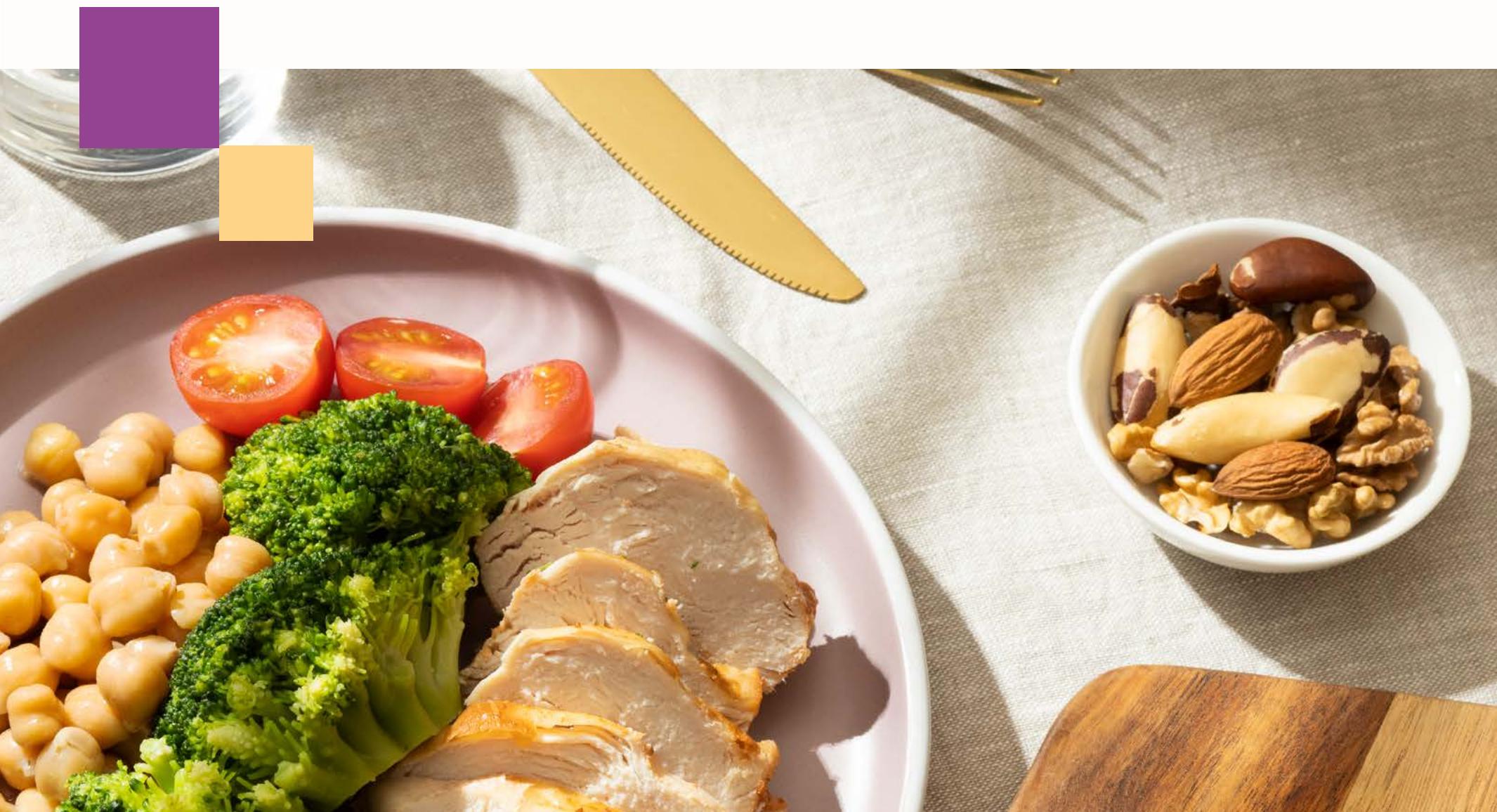


A continuación, aportamos consejos para el **enriquecimiento de la alimentación**: Añada alimentos a sus cocciones habituales para aumentar el aporte calórico y proteico de forma sencilla, sin aumentar mucho el volumen del plato¹⁶.

Tipo de alimento o plato	Más energía (más calorías)	Más proteína
Leche entera o bebidas vegetales	<ul style="list-style-type: none"> - Cereales tipo copos de maíz sin azúcar o copos de avena - Migas de pan 	<ul style="list-style-type: none"> - Leche en polvo - Queso batido - Requesón
Yogur, quéfir o fermentados vegetales	<ul style="list-style-type: none"> - Frutos secos enteros, triturados o en polvo - Fruta 	
Yogur rico en proteína (15g)	<ul style="list-style-type: none"> - Crema 100% cacahuete/ almendra/avellana. - Cacao en polvo desgrasado y sin azúcar - Muesli/granola 	
Sopas o caldos	<ul style="list-style-type: none"> - Sémola de tapioca, sémola de arroz, harina de maíz, mijo - Queso rallado - Aceite de oliva virgen extra - Picatostes o rebanadas de pan - Frutos secos en polvo 	<ul style="list-style-type: none"> - Leche en polvo - Queso rallado o en polvo - Huevo duro o batido - Carne magra o pescado desmigado - Dados de tofu
Cremas o purés	<ul style="list-style-type: none"> - Aceite de oliva virgen extra - Picatostes o rebanadas de pan - Patata o boniato - Frutos secos en polvo - Aguacate - Semillas de girasol/calabaza - Pasta de sésamo (Tahini) - Crema de garbanzos (hummus) 	<ul style="list-style-type: none"> - Leche o leche en polvo - Queso batido, rallado o en polvo - Huevo duro - Carne o pescado triturados



Tipo de alimento o plato	Más energía (más calorías)	Más proteína
Pastas y arroces	<ul style="list-style-type: none"> - Aceite de oliva virgen extra - Picada de frutos secos 	<ul style="list-style-type: none"> - Carne picada / pollo troceado/ jamón/ atún - Queso rallado o en polvo
Segundos platos (carne, pescado, tortillas)	<ul style="list-style-type: none"> - Aceite de oliva virgen extra - Salsas caseras a base de verduras y aceite de oliva 	<ul style="list-style-type: none"> - Queso rallado - Leche o leche evaporada



Idea de menú diario¹⁶

	Alimentos aconsejados	Ejemplo
Desayuno / Media mañana / Merienda	<p>Lácteos: leche entera, yogur natural/griego/enriquecido en proteína, quesos</p> <p>Cereales: pan, tostadas, cereales de desayuno, galletas</p> <p>Porción proteica: jamón cocido, jamón serrano, pavo, huevo, atún en lata</p> <p>Frutas</p> <p>Frutos secos (naturales y sin sal)</p> <p>Aceite de oliva virgen extra</p>	<p>Desayuno Leche entera, tostada de jamón serrano, aguacate y aceite de oliva</p> <p>Media mañana Yogur griego con frutos secos y miel</p> <p>Merienda Batido de frutas con leche o suplemento nutricional (si pautado)</p> <p>Resopón Lácteo enriquecido</p>
Comida / Cena	<p>Hidratos de carbono complejos: pan, pasta, arroz, patata, bonito, legumbres</p> <p>Verduras y hortalizas</p> <p>Proteínas: carnes blancas (pollo, pavo, conejo), pescado blanco (merluza, bacalao, rape...) y azul (sardinas, salmón, atún, caballa), huevos</p> <p>Frutas</p> <p>Aceite de oliva virgen extra</p>	<p>Comida 1º plato: estofado de lentejas 2º plato: pollo asado con patatas. Fruta. Pan integral</p> <p>Cena 1º plato: crema de verduras y patata enriquecida con quesitos 2º plato: lenguado al horno con arroz. Fruta. Pan integral</p>

Si tiene poco apetito es aconsejable empezar con el segundo plato, o hacer un plato único completo (que incluya proteínas, hidratos de carbono y verduras)¹⁶.



5.2. Malabsorción

La malabsorción se refiere a la dificultad para asimilar o absorber los nutrientes de los alimentos y es una complicación que puede aparecer en personas con este tipo de cáncer. Puede ocurrir por muchos motivos entre los que destacan: la obstrucción de los conductos que liberan las secreciones digestivas necesarias para la digestión de los alimentos, la pérdida de las células que se encargan de su producción, la alteración de la anatomía digestiva normal que provoca que los alimentos no se mezclen adecuadamente con ellas... siendo especialmente frecuente tras determinadas cirugías^{16,20}.

La **insuficiencia pancreática exocrina (IPE)** es una causa común de malabsorción en estos pacientes ya que el páncreas es el encargado de producir ciertas enzimas digestivas. Tanto por la propia enfermedad como por las operaciones que pueden realizarse (especialmente al resear parcial o totalmente el páncreas) la producción de estas enzimas puede ser insuficiente y esto puede provocar problemas para asimilar las grasas de los alimentos²¹.

¿Cómo identificarla?

Uno de los síntomas más característicos de la IPE es la esteatorrea: eliminación de heces grasas, amarillentas, abundantes y que flotan, a menudo con olor rancio. Otros síntomas comunes de malabsorción incluyen diarrea, meteorismo (distensión abdominal, gases) y pérdida de peso. Un análisis de heces puede ayudar a su detección²².

¿Qué consecuencias puede tener?

La malabsorción es un factor de riesgo para la desnutrición y la pérdida de peso, pero específicamente la malabsorción de grasas además puede hacer que puedan aparecer déficits o falta de vitaminas liposolubles (A, D, E y K), magnesio, calcio, ácidos grasos esenciales y otros nutrientes. Por ello su equipo médico le realizará analíticas para vigilar que no tenga falta de ninguna vitamina ni de minerales²².



¿Qué debo hacer si tengo esteatorrea?

Es importante no comer menos para “evitar tener diarrea” porque esto puede hacer que se desnutra o que pierda peso. Lo que tiene que hacer es consultar con el equipo médico referente. Su equipo médico, después de hacerle las pruebas necesarias, le dirá si tiene insuficiencia pancreática exocrina, y en ese caso, le empezaría tratamiento con²:

- **Preparados comerciales de enzimas pancreáticas (Kreon®):** Se deben tomar con los alimentos ya que ayudan a digerirlos y asimilar los nutrientes que contienen. Aunque la dosis es variable e individualizada, generalmente se utilizan entre 25.000 y 100.000 unidades por comida (pero puede aumentarse hasta que no se presente esteatorrea). Las dosis pueden repartirse durante la ingesta y al finalizarla. Después de una pancreatectomía total (cirugía donde extraen todo el páncreas) deben iniciarse tan pronto como se reinicie la alimentación. El uso de medicamentos que disminuyen la acidez estomacal puede mejorar la acción de estas enzimas^{2,3}.
- **Aceite con triglicéridos de cadena media (aceite MCT):** Este aceite es una fuente alternativa de energía que nuestro cuerpo puede asimilar sin necesidad de secreción pancreática. Se puede usar crudo como aliño, o para saltear o asar en horno (máximo 160-180°C) o como suplemento de energía añadido a cremas/purés... No debe usarse para freír².





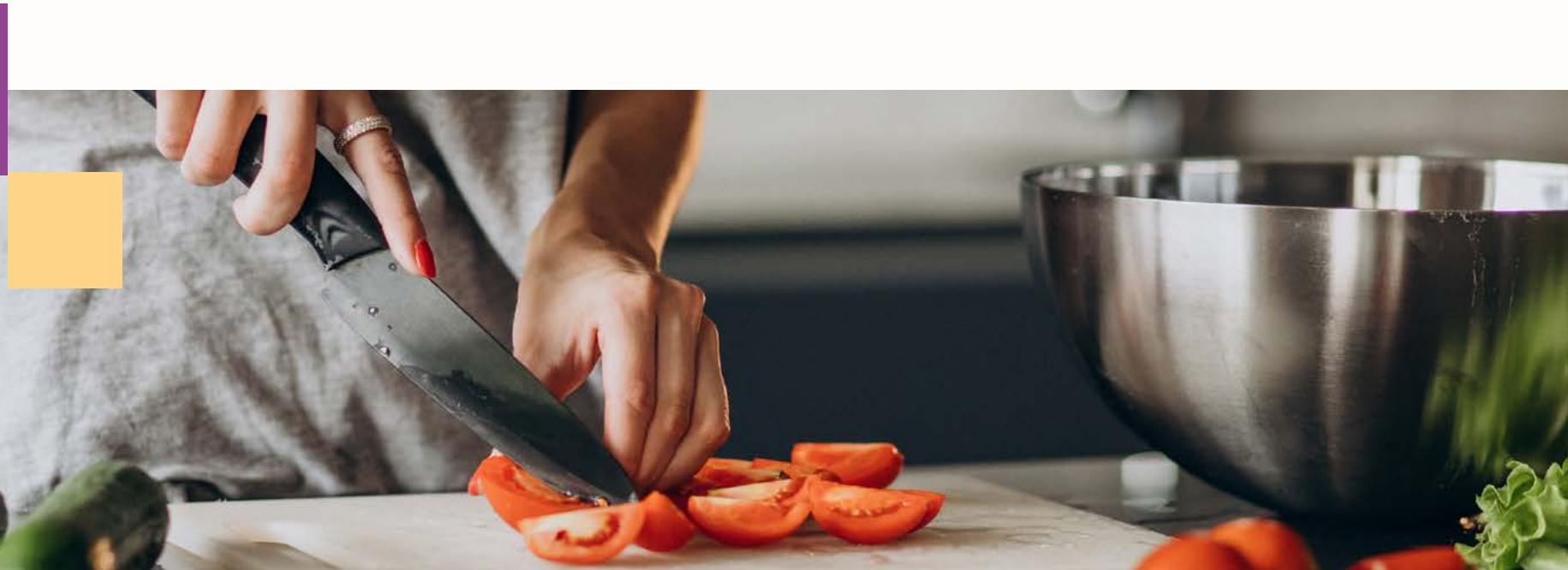
Recomendaciones Específicas para pacientes con Malabsorción

No evitar grasas en la dieta si se tiene tratamiento con enzimas: Si se le ha prescrito tratamiento con enzimas pancreáticas, no es necesario seguir una dieta baja en grasas "para siempre". De forma progresiva y según la tolerancia digestiva, se pueden introducir alimentos saludables con mayor aporte de grasa².

Vitaminas y minerales: Su equipo médico revisará los niveles de diversas vitaminas y oligoelementos, prestando especial atención a las vitaminas liposolubles ya que no se absorben adecuadamente si las grasas no están presentes en la dieta o si no se digieren bien. Podrían ser necesarios suplementos, pero no deben tomarse por cuenta propia, ya que algunas de estas vitaminas pueden acumularse en el organismo con consecuencias negativas para la salud^{2,5}.

Tolerancia a la lactosa: Si presenta gases, hinchazón o dolor abdominal al consumir leche puede tener intolerancia a la lactosa. En estos casos en lugar de eliminar este grupo de alimentos es preferible sustituirlos por productos sin lactosa o usar comprimidos de lactasa¹⁶.

Técnicas culinarias: Utilice técnicas de cocción sencillas y de fácil digestión como cocidos, al vapor, a la plancha, asados (en horno o papillote), estofados ligeros, rehogados o salteados con poco aceite¹⁶.





Las siguientes son recomendaciones para una dieta de fácil digestión y de bajo contenido en grasas durante las primeras semanas tras la cirugía o hasta la instauración del tratamiento enzimático. La tolerancia mejora con el tiempo permitiendo la reintroducción progresiva de más alimentos¹⁶.

Grupo de Alimentos	Aconsejados	Desaconsejados
Lácteos	Leche sin lactosa, yogurt sin lactosa, queso fresco, requesón...	Postres lácteos (flan, natillas...), nata, quesos curados...
Carnes, pescados y huevos	Carne blanca (conejo, pavo, pollo), jamón cocido, clara de huevo (cocida, tortilla, revuelto), pescado blanco (merluza, dorada, bacalao, rape)...	Carne roja o grasa (cordero, pato, salchichas, butifarra, morcilla, bacon), embutidos grasos (chorizo, fuet, longaniza), pescados azules (atún, salmón, emperador) en conserva (especialmente escabeche) o crudos (sushi), huevo frito...
Cereales y tubérculos	Arroz blanco, patata, pasta, pan tostado o biscuits no integrales...	Productos integrales (pan, pasta, arroz...)
Legumbres	Iniciar con pequeñas cantidades (trituradas) y acompañado de hidratos con los que ya presente buena tolerancia (patata, arroz...) para ir poco a poco aumentando	



Grupo de Alimentos	Aconsejados	Desaconsejados
Verduras y hortalizas	Verduras inicialmente hervidas o en puré eliminando la piel (zanahoria, calabacín, calabaza...) e ir incorporando poco a poco verduras crudas	Verduras crudas (lechuga, escarola, pimientos, tomate, ajo...) o fibrosas (alcachofas, brócoli, remolacha, espárragos...)
Frutas	Fruta sin piel (manzana, pera, melocotón...), en almíbar o con preparación (cocida, al horno, compota casera...)	Frutas poco maduras, secas o muy ácidas (limón, naranja, fresas, mango, piña...)
Alimentos grasos	Aceite de oliva	Repostería industrial, mantequilla, margarina, mayonesa...





5.3. Hiperglucemia/diabetes

La **hiperglucemia** (niveles elevados de glucosa en sangre, coloquialmente denominado “azúcar”) puede estar presente, pero es especialmente frecuente en pacientes con cáncer de páncreas y se debe a una alteración en la producción de insulina por parte de éste. Puede presentarse como una diabetes de nueva aparición o empeoramiento del control de una diabetes conocida^{2,21}.

¿Por qué se produce?

Entre sus causas, se encuentra la cirugía (con la extirpación parcial o total del páncreas), así como tratamientos asociados a la enfermedad (como quimioterapia y corticoides)².

¿Cómo identificarla?

Los signos de alarma que pueden hacerle sospechar hiperglucemia son la aparición de sed continua, aumento de orina y pérdida de peso. Debería consultar con su médico si aparecen. Sin embargo, en muchos casos la hiperglucemia no da síntomas pero es posible detectarlo con una analítica de sangre sencilla⁵.

¿Cómo sabré si después de la cirugía voy a tener diabetes?

Después de una pancreatectomía total (resección total del páncreas) se desarrolla siempre diabetes por falta de insulina. La frecuencia de aparición de diabetes en el resto de casos es variable, con mayor probabilidad cuando existe una mayor afectación y mayor resección del páncreas².

¿Necesitaré insulina?

Después de una pancreatectomía total será necesario el tratamiento con insulina con varias dosis al día. Para el resto de cirugías donde se preserve todo o parte del páncreas, debe valorarse de forma individual, pero si se desarrolla hiperglucemia es posible que pueda necesitarla².

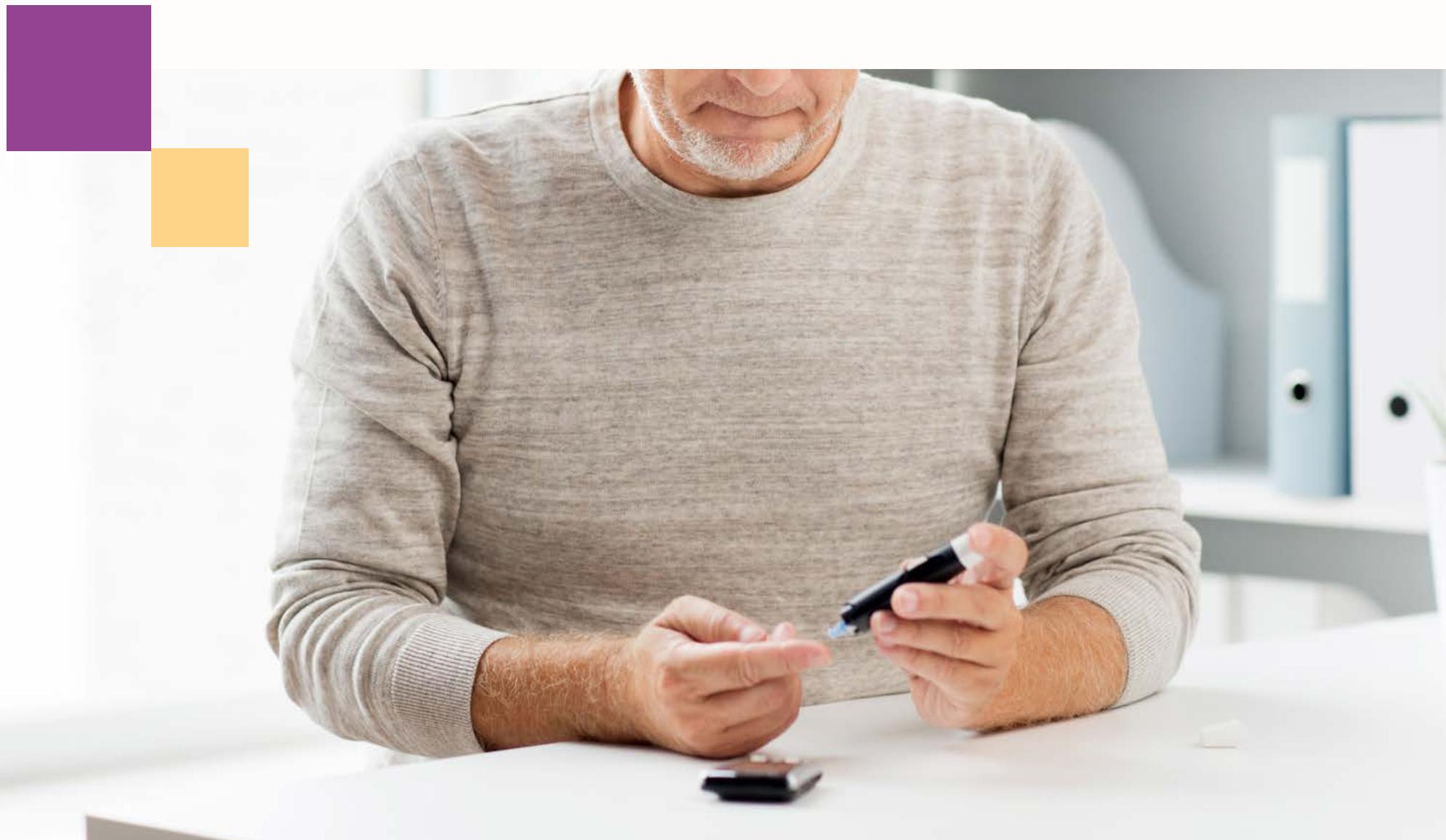


¿Cómo puedo llevar el control de la diabetes?

En caso de ser diagnosticado de diabetes, es posible que deba controlar sus niveles de glucosa en sangre con un aparato llamado glucómetro, con la frecuencia que le indique su equipo médico/enfermería²¹.

¿Por qué cuesta tanto el control de la glucosa en mi caso?

La absorción de algunos nutrientes que influyen en los niveles de glucosa (especialmente los hidratos de carbono) puede verse afectada con la cirugía, requiriendo un manejo y tratamiento por un equipo especializado en diabetes².





Recomendaciones dietéticas específicas para la hiperglucemia:

Evite/reduzca el consumo de azúcares simples (azúcar, miel, bollería industrial, bebidas y zumos azucarados...). Si desea endulzar algún alimento, consulte con su equipo sobre el uso de edulcorantes. Puede cocinar bollería casera sin añadir azúcar en su preparación^{2,16}.

Reparta el consumo de **hidratos de carbono complejos** (pan, pasta, arroz, patata, legumbres) a lo largo del día. Permitirá mantener niveles estables de azúcar y prevenir hipoglucemias (bajadas de glucosa). Especialmente si está en tratamiento con insulina rápida, debe incluir siempre hidratos de carbono complejos con su administración².



Idea de menú diario²

	Alimentos aconsejados	Ejemplo
Desayuno / Media mañana / Merienda	<p>Lácteos: leche semidesnatada, yogures no azucarados, quesos frescos o tiernos</p> <p>Cereales (preferiblemente integrales): pan, tostadas, cereales de desayuno, galletas sin azúcar</p> <p>Porción proteica: jamón cocido, jamón serrano, pavo, huevo, atún en lata</p> <p>Frutas (evitar zumos)</p> <p>Frutos secos (naturales y sin sal)</p> <p>Aceite de oliva virgen extra</p>	<p>Desayuno Leche semidesnatada, tostada de pan integral con jamón cocido y aceite de oliva</p> <p>Media mañana Yogur natural sin azúcar con frutos secos</p> <p>Merienda Fruta</p>
Comida / Cena	<p>Hidratos de carbono complejos: pan, pasta, arroz, patata, boniato, legumbres</p> <p>Verduras y hortalizas</p> <p>Proteínas: carnes blancas (pollo, pavo, conejo), pescado blanco (merluza, bacalao, rape...) y azul (sardinas, salmón, atún, caballa), huevos</p> <p>Frutas (evitar zumos)</p> <p>Aceite de oliva virgen extra</p>	<p>Comida 1º plato: arroz 2º plato: pollo a la plancha con verduras. Fruta.</p> <p>Cena 1º plato: crema de verduras 2º plato: merluza al horno con patatas. Fruta</p>

En caso de diarreas disminuir los alimentos ricos en fibra¹⁶.

Si está en tratamiento con insulina, el equipo médico le puede ayudar en una correcta distribución de cantidades de hidratos de carbono durante el día².



Referencias cáncer colorrectal

1. Siegel RL, et al. Cancer statistics, 2025. CA Cancer J Clin. 2025 Jan-Feb;75(1):10-45.
2. Las cifras del cancer en España 2025. www.seom.org.
3. Fleming M, et al. Colorectal carcinoma: Pathologic aspects. J Gastrointest Oncol. 2012 Sep;3(3):153-73.
4. Burden ST, et al. Nutritional status of preoperative colorectal cancer patients. J Hum Nutr Diet. 2010 Aug;23(4):402-7.
5. Obaid R, et al. Malnutrition and nutrition impact symptoms in kuwaiti colorectal cancer patients: Validation of PG-SGA Short Form. Nutrients. 2025 Aug;17(17):2770.
6. Arends J, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. Clin Nutr. 2017 Oct;36(5):1187-1196.
7. Ionescu VA, et al. Colorectal cancer: from risk factors to oncogenesis. Medicina (Kaunas). 2023 Sep;59(9):1646.
8. Rosenthal G, et al. Colorectal cancer: epidemiology, risk factors, and prevention. Cancers (Basel). 2024 Apr;16(8):1530.
9. Holtedahl K, et al. Symptoms and signs of colorectal cancer, with differences between proximal and distal colon cancer: a prospective cohort study of diagnostic accuracy in primary care. BMC Fam Pract. 2021 Jul;22(1):148.
10. Tonini V, et al. Why is early detection of colon cancer still not possible in 2023? World J Gastroenterol. 2024 Jan;30(3):211-224.
11. Valderrama-Treviño AI, et al. Hepatic metastasis from colorectal cancer. Euroasian J Hepatogastroenterol. 2017 Jul-Dec;7(2):166-175.
12. Pallan A, et al. Postoperative complications of colorectal cancer. Clin Radiol. 2021 Dec;76(12):896-907.
13. Silaghi A, et al. A Review of postoperative complications in colon cancer surgery: the need for patient-centered therapy. J Mind Med Sci. 2025;12(1):21.



Referencias cáncer colorrectal

14. Lawrie TA, et al. Interventions to reduce acute and late adverse gastrointestinal effects of pelvic radiotherapy for primary pelvic cancers. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Jan;1(1):CD012529.
15. Helissey C, et al. Chronic inflammation and radiation-induced cystitis: molecular background and therapeutic perspectives. Cells. 2020 Dec;10(1):21.
16. Aprile G, et al. Treatment-related gastrointestinal toxicities and advanced colorectal or pancreatic cancer: A critical update. World J Gastroenterol. 2015 Nov;21(41):11793-803.
17. Cervantes A, et al. Metastatic colorectal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2023 Jan;34(1):10-32.
18. Jafari MD, et al. Immediate adjuvant chemotherapy in non-metastatic colon cancer: phase i trial evaluating a novel treatment protocol. Clin Colorectal Cancer. 2022 Jun;21(2):114-121.
19. Feeney G, et al. Neoadjuvant radiotherapy for rectal cancer management. World J Gastroenterol. 2019 Sep;25(33):4850-4869.
20. Carethers JM. Systemic treatment of advanced colorectal cancer: tailoring therapy to the tumor. Therap Adv Gastroenterol. 2008 Jul;1(1):33-42.
21. González-Montero J, et al. Predictors of response to immunotherapy in colorectal cancer. Oncologist. 2024 Oct;29(10):824-832.
22. Han CJ, et al. Chemotoxicity and associated risk factors in colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. Cancers (Basel). 2024 Jul ;16(14):2597.
23. Fundació Alícia, & Institut Català d'Oncologia. (2018). Comer durante el tratamiento del cáncer: Recomendaciones dietético-culinarias durante el tratamiento del cáncer colorrectal. Recuperado de https://www.fundaciocatalunya-lapedrera.com/sites/default/files/2020-04/Guia_5_esp_cancer_colorectal.pdf.



Referencias cáncer esofagogastrico

1. Asociación española contra el cácer (AECC). La anatomía del esófago. Disponible en: <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-esofago>
2. Sociedad Española de Oncología Médica. Cáncer gástrico. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/estomago?showall=1&showall=1>.
3. Puhr HC, et al. Viennese risk prediction score for Advanced Gastroesophageal carcinoma based on Alarm Symptoms (VAGAS score): characterisation of alarm symptoms in advanced gastro-oesophageal cancer and its correlation with outcome. ESMO Open. 2020 Mar;5(2):e000623
4. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cácer en España 2024. Disponible en: <https://seom.org>.
5. Obermannová R. et al. Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis,treatment and follow-up. Ann Oncol. 2022 Oct;33(10):992-1004.
6. Shitara K. et al. Pan-Asian adapted ESMO Clinical Practice Guidelines for the diagnosis, treatment and follow-up of patients with gastric cancer. ESMO Open. 2024 Feb;9(2):102226.
7. Yang X, et al. Smoking and alcohol drinking in relation to the risk of esophageal squamous cell carcinoma: A population-based case-control study in China. Sci Rep. 2017 Dec 8;7(1):17249.
8. Xie SH, et al. Risk factors for oesophageal cancer. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2018 Oct-Dec;36-37:3-8.
9. Jacobs G, et al. Polymorphisms in the 3'-untranslated region of the CDH1 gene are a risk factor for primary gastric diffuse large B-cell lymphoma. Haematologica. 2011 Jul;96(7):987-95.



Referencias cáncer esofagogastrico

10. Mizukami T. et al. Role of nutritional care and general guidance for patients with advanced or metastatic gastric cancer. Future Oncol. 2021 Aug;17(23):3101-3109.
11. Fontes F. et al. patient-reported outcomes after surgical, endoscopic, or radiological techniques for nutritional support in esophageal cancer patients: a systematic review. Curr Oncol. 2024 Oct 14;31(10):6171-6190.
12. Kimura Y. et al. Nutritional management during chemotherapy and chemoradiotherapy for advanced esophageal cancer. Esophagus. 2025 Jul;22(3):279-288. Oct 14;31(10):6171-6190.
13. Serra F. et al. Nutritional support management in resectable gastric cancer. Drugs Context. 2022 Oct 24;11:2022-5-1.
14. Wang Y, et al. Esophageal Cancer. 2024 Aug 17. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 29083661.
15. Tratamiento nutricional de las neoplasias de estómago y de la unión esofagogástrica. Documento de consenso. Disponible en: https://www.seen.es/ModulGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/3302/150222_041208_3685429582.pdf
16. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. La dieta ya la nutrición durante el tratamiento contra el cáncer. Disponible en: <https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/nutrition-during-treatment-esophageal-cancer>.
17. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN). Recomendaciones dietéticas en síndrome de dumping. Disponible en: https://www.seen.es/modulgex/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/1754/161120_052033_4813931164.pdf.



Referencias cáncer hepatobilíopancreático

1. Conroy T, et al. Pancreatic cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 2023 Nov 1;34(11):987–1002. Supplementary material.
2. Cáncer de páncreas, alimentación, calidad de vida. Disponible en; <https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/cancer-de-pancreas-alimentacion-y-calidad-de-vida.pdf>. Último acceso octubre 2025.
3. Conroy T, et al. Pancreatic cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 2023 Nov 1;34(11):987–1002.
4. Carnie LE, et al. Prospective Observational Study of Prevalence, Assessment and Treatment of Pancreatic Exocrine Insufficiency in Patients with Inoperable Pancreatic Malignancy (PANcreatic Cancer Dietary Assessment-PanDA). *Cancers (Basel)*. 2023 Apr 13;15(8):2277.
5. Páncreas. Guía para pacientes y familiares. Disponible en: https://www.gepac.es/multimedia/gepac2016/pdf/GU%C3%8DA_P%C3%81NCREAS-con-portada.pdf. Último acceso octubre 2025.
6. Vogel A, et al. Biliary tract cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2022 Nov 3;S0923-7534(22)04699-3.
7. ¿Qué es el cáncer de vías biliares? Disponible en : <https://dam.esmo.org/image/upload/ES-Cancer-de-Vias-Biliares-Guia-para-Pacientes.pdf>. Último acceso octubre 2025.
8. Casadio M, et al. Setup of multidisciplinary team discussions for patients with cholangiocarcinoma: current practice and recommendations from the European Network for the Study of Cholangiocarcinoma (ENS-CCA). *ESMO Open* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2025 May 2];7(1). Available from: [https://www.esmoopen.com/article/S2059-7029\(21\)00339-2/fulltext](https://www.esmoopen.com/article/S2059-7029(21)00339-2/fulltext)



Referencias cáncer esofagogastrico

9. Martirena A, et al. 392P Onset of symptoms prior to diagnosis of pancreatic and biliary tract cancer: Identification of areas of unmet needs for early diagnosis. Annals of Oncology. 2024 Jun 1;35:S157–8.
10. Primrose JN, et al. Capecitabine compared with observation in resected biliary tract cancer (BILCAP): a randomised, controlled, multicentre, phase 3 study. Lancet Oncol. 2019 May;20(5):663-673.
11. Vogel A, et al. Hepatocellular carcinoma: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2025 May;36(5):491-506.
12. Las cifras del cáncer en España 2025. Disponible en: https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DMC2025.pdf. Último acceso octubre 2025.
13. ESMO. ¿Qué es el carcinoma hepatocelular? Disponible en: <https://dam.esmo.org/image/upload/v1671554097/For%20patients/Patient%20Guides/Hepatocellular%20Carcinoma/ES-Carcinoma-Hepatocelular-Guia-para-Pacientes.pdf>. Último acceso octubre 2025.
14. Reig M, et al. BCLC strategy for prognosis prediction and treatment recommendation: The 2022 update. J Hepatol. 2022 Mar;76(3):681–93.
15. A. Weimann M, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. Clinical Nutrition 40 (2021) 4745-4761.
16. Comer durante el tratamiento del cáncer. Fundació Catalunya-La Pedrera, Fundació Alícia e Institut Català d'Oncologia. 2015. https://oncoalicia.com/wp-content/uploads/2023/01/1.-Guies_alicia_1-ESP.pdf
17. Mitos y creencias sobre la alimentación durante el tratamiento del cáncer. Fundació Catalunya-La Pedrera, Fundació Alícia e Institut Català d'Oncologia. 2016. https://oncoalicia.com/wp-content/uploads/2023/01/2.-Guies_alicia_2-ESP.pdf



Referencias cáncer esofagogastrico

18. Manera-Bassols, Maria, Salvador-Castell, Gemma, Agència de Salut Pública de Catalunya. Pequeños cambios para comer mejor. 2024, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3695.2/petits_canvis_menjar_millor_2024_cas.pdf?sequence=9&isAllowed=y.
19. Sánchez-Lara K, et al. Observaciones sobre la patogénesis de la anorexia asociada a cáncer y su regulación por el sistema nervioso central. Nutr Hosp 2011; 26 (4): 677-684.
20. Phillips F, et al. Are bile acid malabsorption and bile acid diarrhoea important causes of loose stool complicating cancer therapy? Colorectal Dis. 2015 Aug;17(8):730-4.
21. ESMO. Cáncer de páncreas. Guía para pacientes. Disponible en: <https://dam.esmo.org/image/upload/v1671554025/For%20patients/Patient%20Guides/Pancreatic%20Cancer/ES-Cancer-de-Pancreas-Guia-para-Pacientes.pdf>. Último acceso octubre 2025
22. Vujasinovic M, et al. Pancreatic Exocrine Insufficiency in Pancreatic Cancer. Nutrients. 2017 Feb 23;9(3):183.Comer durante el tratamiento del cáncer. Fundació Catalunya-La Pedrera, Fundació Alícia e Institut Català d'Oncologia. 2015. https://oncoalicia.com/wp-content/uploads/2023/01/1.-Guies_alicia_1-ESP.pdf