

COMPLICACIONES DIGESTIVAS EN PACIENTE ONCOLÓGICO

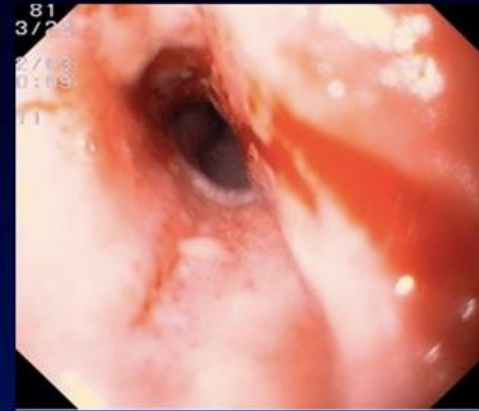
DRA JESSICA MEDINA SOTOMAYOR
MEDICO GASTROENTEROLOGA

Complicaciones digestivas en paciente oncológico

- Esofagitis
- Náuseas y vómitos
- Diarrea
- Estreñimiento
- Proctitis por radiación

Esofagitis

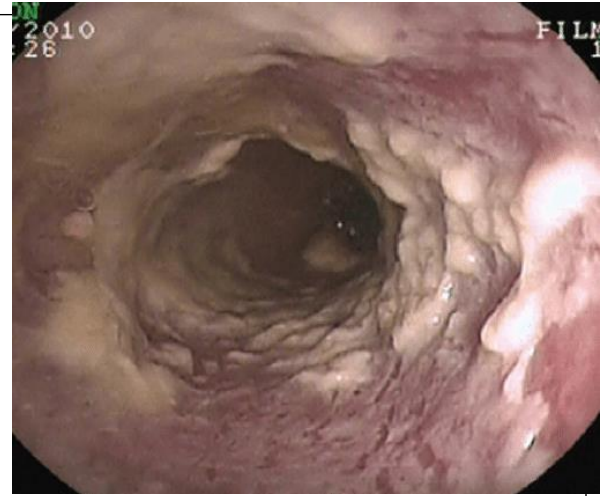
- Por efectos citotóxicos de QT o RT o por infección con organismos virales, fúngicos o bacterianos
- Efecto directo sobre Epitelio basal → adelgazamiento de la mucosa → Denudación de mucosa. Efecto agudo
- Inflamación y cicatrización de capa muscular → Estenosis. Efecto tardío



ESTENOSIS ESOFAGICA
POSTRADIOTERAPIA

Esofagitis

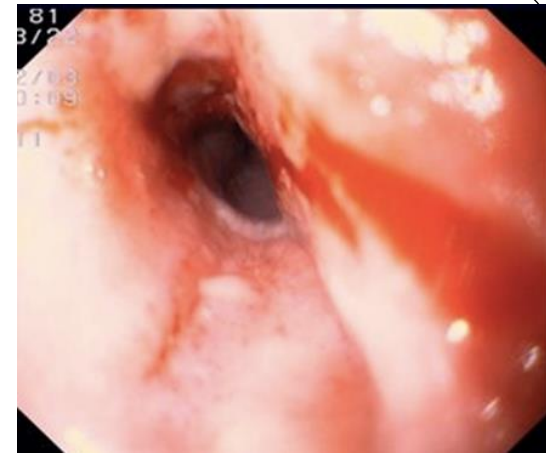
- Infecciones micóticas:
 - Candidiasis albicans: odinofagia y/o disfagia
 - EDA: lesiones blancas en forma de placa con eritema circundante que cubre las paredes del esófago.
 - Tratamiento: Fluconazol (100–200 mg diarios durante 14–21 días)



Esofagitis

- Infección vírica:
 - Herpes simple (HSV), citomegalovirus (CMV), virus varicela-zoster (VZV)
 - Síntomas: odinofagia, disfagia, y con menos frecuencia náuseas, vómitos.
- Tratamiento:
 - HSV y VZV → aciclovir
 - CMV → ganciclovir

Esofagitis



- Esofagitis por radiación
 - Tratamiento con radiación cáncer de pulmón y esófago
 - Gravedad aumenta con dosis y QT doxorubicina, bleomicina, ciclofosfamida y cisplatino
 - Síntomas: odinofagia, disfagia, dolor de pecho
 - Tratamiento: lidocaina, IBP, si hubiera estenosis dilatación endoscópica

Nauseas y vómitos

- Mas frecuentes : 80% de pacientes
- Implicados estímulos centrales y periféricos
- Emesis aguda
- Emesis retardada
- Emesis anticipatorias
- Vómitos refractarios

Nauseas y vómitos

- Factores que influyen:
 - Quimioterapéutico

Tabla 1. Potencial emetógeno de los fármacos quimioterápicos.

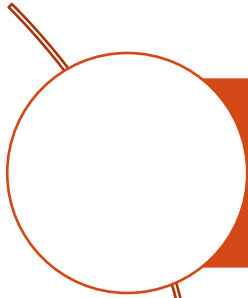
Riesgo alto	Riesgo Intermedio	Riesgo bajo
Cisplatino	Docetaxel	Vinorelbina
Carboplatino	Etopósido	Vincristina
Ciclofosfamida	Irinotecán	Fluorouracilo
Doxorrubicina	Paclitaxel	Vinblastina
Epirrubicina	Topotecán	Metotrexate
Ifosfamida	Gemcitabina	Bleomicina

- Factores de riesgo: edad, sexo, alcoholismo, RT concomitante, antecedente de QT, emesis en embarazo

Diarreas

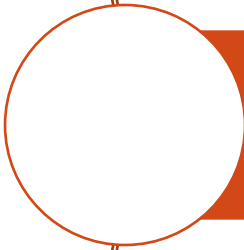
- Inducida por QT:
 - 5-FU aumenta si se adición de leucovorina, oxaliplatino. Irinotecan diarrea de inicio temprano.
- Inducida por RT:
 - Empeora cuando se combina RT y QT

Consecuencias



Disminución de absorción de

- Grasas, carbohidratos, sales biliares, B12



Pérdida de agua, electrolitos y proteínas



Sobrecrecimiento bacteriano

Diarreas

- Tratamiento
 - Rehidratación oral agresiva
 - Reemplazo de electrolitos
 - Loperamida
 - Octeotride

ESTREÑIMIENTO

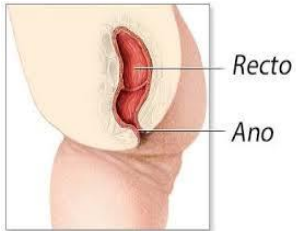
- Ingesta oral deficiente
- Disminución de la actividad física
- Analgésicos opioides
- Antieméticos

RETRASAN EL TRÁNSITO
DEL INTESTINO.

TRATAMIENTO

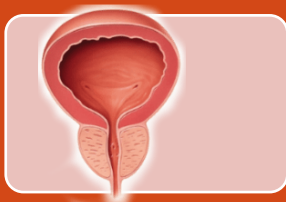
Laxantes, bisacodilo, polietilenglicol

Proctitis por radiación

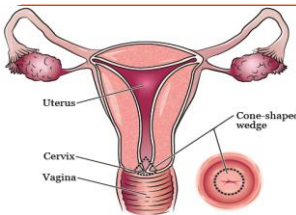


Digestivos

- Ano
- Recto

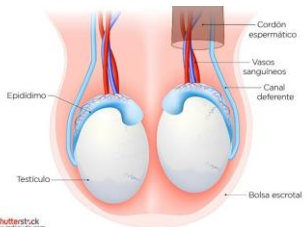


Próstata



Ginecológicos

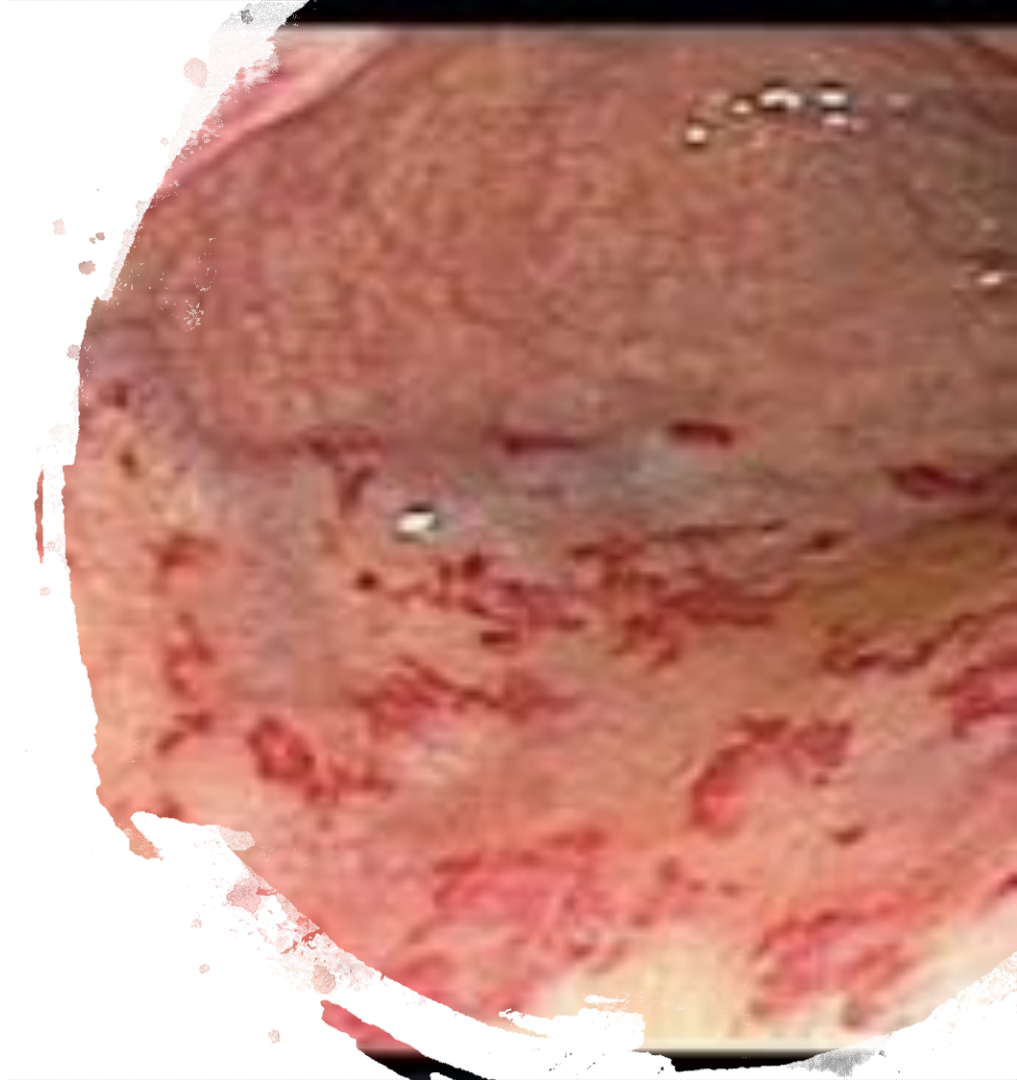
- Cérvix
- Útero



Testicular

Proctitis post radiación

- Aguda: es causada por el daño directo de la mucosa expuesta a la radiación. Ocurre dentro las 6 semanas de Rt
- Crónica: es el resultado de la atrofia y la fibrosis epiteliales progresivas asociadas con la endarteritis obliterante y la isquemia mucosa crónica. Ocurre a los 9 a 14 meses post Rt



Proctitis post radiación

Aguda

- Diarrea, secreción de moco, urgencia, tenesmo y, con poca frecuencia, sangrado.

Crónica: 2 a 20%

- Sangrado importante, defecación obstruida debido a estenosis con estreñimiento, dolor rectal, urgencia. Fístulas



Diagnóstico

Endoscópico

- Agudo: Palidez, Friabilidad, telangiectasias
- Crónica: Distensibilidad disminuida, palidez y telangiectasias
- Biopsias: no siempre requeridas, cautelosas, pared posterior o lateral

Imágenes

- TAC: en caso de sospecha de recurrencia de malignidad
- RMN: en caso de sospecha de fístula

- Tratamiento:
 - Enemas de sucralfato
 - Las terapias endoscopias:
 - Coagulación con plasma argón (APC)
 - Láser
 - Electrocoagulación bipolar
 - Crioablacion
 - Formalina

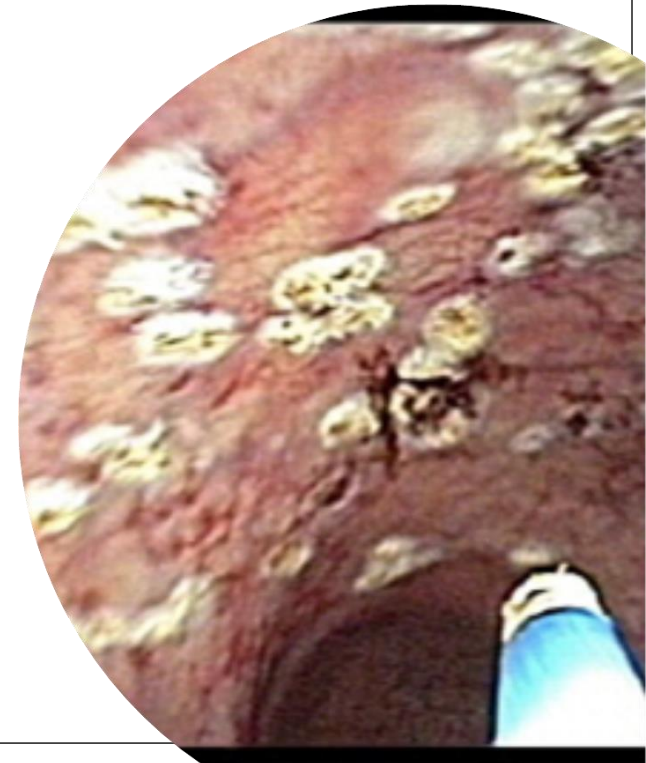
APC

- VENTAJAS

- Reduce el riesgo de perforación
- Bien tolerado por el paciente
- Limitada profundidad de penetración, mínimo riesgo de necrosis

- Desventajas

- Inefectivo con sangrado excesivo
- Sobre distensión por gas argón



GRACIAS