

**CURRICULUM VITAE** : En archivo adjunto

**TITULO DE LA CONFERENCIA:** Enfoque clínico-diagnóstico: técnicas diagnósticas. Evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea: presentación de casos clínicos.

**RESUMEN DEL TEXTO DE LA MISMA:**

#### HISTORIA CLINICA

Ante todo paciente que consulta por disfagia, nos debemos de hacer una serie de interrogantes. 1) ¿Se trata de una disfagia orofaríngea o esofágica?; 2)¿Se sospecha de un trastorno funcional ?; 3) ¿Existe alguna enfermedad subyacente causante de la disfagia o relacionada con ella? . Para responder a estas preguntas es esencial la realización de una historia clínica exhaustiva, insistiendo en algunos datos clave.

Localización: la localización de los síntomas puede ayudar a diferenciar una disfagia orofaríngea de la esofágica. Ante un paciente que refiera la sensación de disfagia por debajo del hueco supraesternal sospecharemos de disfagia esofágica; sin embargo la localización cervical del síntoma tiene escasa especificidad y per se no ayuda a diferenciar causas orofaríngeas de causas esofágicas.

Síntomas asociados: la existencia de síntomas asociados como dificultad para el inicio de la deglución, regurgitación nasal, tos o carraspera durante la ingesta, disfonía o disartria se observan en la disfagia orofaríngea; en la esofágica estos síntomas suelen estar ausentes.

Consistencia del alimento: La consistencia del alimento que provoca las molestias tiene , en general, escaso valor para el diagnóstico diferencial entre ambos tipos de disfagia: en la orofaríngea , la dificultad para deglutir líquidos es mayor que para los sólidos, mientras que en la esofágica la disfagia es igual o mayor para sólidos que para líquidos. Sin embargo, este dato puede ser útil a la hora de diferenciar lesiones estructurales de funcionales, ya que las alteraciones orgánicas comienzan típicamente con disfagia para sólidos que conforme progresa la lesión y obstruye el tubo digestivo, termina siendo más tarde para líquidos.

Duración: La duración y constancia de los síntomas es importante. Una disfagia de instauración brusca asociada a síntomas neurológicos apunta a un ACV. La presencia de disfagia progresiva y de corta duración orienta a la existencia de enfermedad neoplásica de base, sobre todo si hay importante pérdida de peso asociado. Si la evolución es lenta, las causas más probables son miopatía inflamatorias y degenerativas.

Fármacos o tratamiento previo quirúrgico /Radioterápico: sería importante también investigar si el paciente toma medicamentos potencialmente cáusticos para el esófago o algunos que causan extrapiramidalismo; así mismo investigar la presencia de antecedentes personales de enfermedad en la región orofaríngea así como su tratamiento ( cirugía cabeza-cuello, radioterapia, quimioterapia).

EXPLORACIÓN FÍSICA: la exploración física además de informar sobre las consecuencias de la disfagia ( estado nutricional, complicaciones pulmonares), puede revelar signos neurológicos, musculoesqueléticos, cutáneos o endrocrinometabólicos a la hora del enfoque etiológico. Por ejemplo la existencia de exoftalmos, taquicardia, temblor y sudoración puede orientar a la existencia de un hipertiroidismo; o la evidencia de alteraciones cutáneas como eritema en alas de mariposa , teleangiectasias o púrpura obliga a descartar conectivopatías. Debe incluir la

inspección de la cavidad oral y la orofaringe, así como la inspección y palpación de la cabeza y cuello, y una exhaustiva exploración neurológica.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

#### **TEST VOLUMEN VISCOSIDAD (Método de exploración clínica Volumen –Viscosidad(MECV-V):**

Esta técnica, implementada por el grupo del Dr. Clavé, es una técnica de criba que nos permite identificar a los pacientes con disfagia orofaríngea y seleccionar a los pacientes que se debe estudiar mediante videofluoroscopia. En manos de personal adecuadamente entrenado, la sensibilidad diagnóstica del MECV-V para las alteraciones de la seguridad y la eficacia de la deglución son del 88,1 y el 89,8%, respectivamente. Consiste en administrar al paciente diversos bolos en un espectro de volumen de 5 a 20 ml y tres viscosidades diferentes ( líquido, néctar y pudding). Este método informa de las alteraciones de la seguridad ( no pasa a la vía aérea) y eficacia ( eficaz para cumplir su objetivo), y además ofrece información muy valiosa acerca del tipo de bolo más adecuada para cada paciente. Los signos de seguridad que valoran son: tos, cambios de voz y desaturación de oxígeno. Los signos de eficacia que valoran son: sello labial, residuo oral, deglución fraccionada y residuo faríngeo. Las limitaciones son que no informan de aspiraciones silentes ni de la eficacia de los tratamientos. Es importante recalcar que un paciente en el que se sospeche especialmente una alteración de la seguridad de la deglución debe ser estudiado mediante videofluoroscopia.

**VIDEORADIOLOGIA DE LA DEGLUCION o VIDEOFLUOROSCOPIA (VFS):** Técnica que graba en video una serie de degluciones de material de diferentes volúmenes y consistencias, hidrosoluble, tanto en proyección lateral como en anteroposterior. Se considera el patrón oro en el estudio de la disfagia orofaríngea. Además de detectar lesiones estructurales proporciona información fundamental del proceso de la deglución y permite evaluar el riesgo de aspiración en estos pacientes, a la vez que posibilita la toma de decisiones terapéuticas con mayor seguridad.

1. Fase oral: analiza la masticación, la formación del bolo, la contención oral y el inicio de deglución o transferencia del globo hacia la faringe. Los principales signos videofluoroscópicos de la *falta de eficacia* de la fase oral son la falta de sello labial, la apraxia ( dificultad, retraso o imposibilidad para iniciar la fase oral) y la disminución del control ( imposibilidad de formar el bolo ) y de la propulsión lingual del bolo ( responsable del residuo oral o en la vallécula).El principal signo de la falta de seguridad en la fase oral es la insuficiencia del sello palatogloso( lengua –paladar blando ), disfunción muy grave que origina la caída del bolo a la hipofaringe antes del disparo de patrón motor deglutorio orofaríngeo y mientras la vía respiratoria esta todavía abierta, lo que provoca una aspiración predeglutoria.

2. Fase faríngea: Valora la progresión del bolo hacia el EES, la regurgitación nasofaríngea, el paso a vía respiratoria y la existencia de residuo faríngeo tras la deglución. Los principales signos videofluoroscópicos de la *falta de eficacia* de la fase faríngea son el residuo hipofaríngeo, la regurgitación nasofaríngea y las alteraciones de la apertura del EES. Un residuo hipofaríngeo simétrico en ambos senos piriformes es debido a una contracción faríngea débil, muy frecuente en los pacientes con enfermedades neurodegenerativas, y predispone a aspiraciones postdeglutoria. Los pacientes con ACV pueden presentar un residuo unilateral con como consecuencia de una parálisis faríngea unilateral. Los signos videofluoroscópicos de la *falta de seguridad* en la fase faríngea son la lentitud o incoordinación del patrón motor deglutorio orofaríngeo, las penetraciones y las aspiraciones. La lentitud en el cierre del vestíbulo laríngeo y la lentitud en la apertura del EES son los parámetros más

relacionados con la posibilidad de una aspiración. La existencia de residuo orofaríngeo se correlaciona estrechamente con la fuerza de propulsión lingual que determina la velocidad y la energía cinética del bolo.

3. La apertura del EES permite el paso fácil del bolo hacia el esófago.

Además, la VFS permite valorar el efecto de las modificaciones en el contenido y consistencia de la ingesta, las maniobras de compensación y las técnicas facilitadoras para la corrección de la disfunción conservada, y toma de decisión previa a retirar una sonda de gastrostomía o sonda nasogástrica.

La VFS se considera el método más completo y directo para el diagnóstico funcional de la deglución, pero no está exento de limitaciones: mayor coste que la FEES, la radiación, no es portátil, no colaboración del paciente, no valora las secreciones. La escasez de estudios aleatorizados hace difícil comparar la VFS con la FEES, y por tanto, la decisión clínica de cual utilizar en cada caso. Ambos métodos ofrecen más información que la exploración clínica, pero ningún es superior al otro en términos de resultados en el paciente, ni en el nivel de sensibilidad para detectar aspiración.

**VIDEOENDOSCOPIA DE LA DEGLUCIÓN o FEES ( siglas en ingles Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing):** Consiste en valorar de forma directa, mediante un nasofibroscopio flexible, la capacidad de deglución del paciente. Esta técnica consta de tres partes: valoración anatómica-funcional, test sensitivo y valoración deglución. En la valoración anatómica funcional destaca: Movilidad lingual-simetría, competencia velopalatino, cierre velofaríngeo( valorar si reflujo nasal ), configuración faríngea, epiglotis ,laringe- cuerdas vocales( abducción-aducción). Es fundamental la valoración de acumulación de secreciones que se correlaciona con el riesgo de aspiración. En el test sensitivo, descrito por el grupo de Aviv, a través del nasofibroscopio se introducen pulsos de aire a una velocidad y presión determinados, y se produce una adducción de los repliegues vocales, cuya información es importante dado su valor pronóstico. La valoración de la deglución se realiza a volúmenes crecientes ( 3,5,10,15, y 20 cc) y en texturas pudding, néctar, líquida y sólida, valorando el paso del alimento a la hipofaríngea, la penetración y la aspiración, tanto sintomática como silente, así como la capacidad del paciente para liberar los residuos de la vía respiratoria. Es una técnica con una sensibilidad 80% y especificidad del 90% si la comparamos con la videorradiología de la deglución. Los inconvenientes de esta técnica es que no evalúa fase oral ni EES. Es un procedimiento seguro con muy pocas complicaciones ( epistaxis 0.6%,reacción vasovagal 0.06% y laringoespasma 0.03% ).

**ESTUDIOS BARITADOS:** el valor fundamental del esofagograma baritado es la investigación de lesiones orgánicas que pueden ser difíciles de valorar mediante endoscopia como el divertículo de Zenker, membranas situadas en el esófago superior...

**EXPLORACION ENDOSCOPICA :** La visualización endoscópica de la orofaríngea, laringe y esófago superior, es el mejor método para descubrir lesiones orgánicas que cursan con disfagia orofaríngea.

**MANOMETRIA FARINGOESOFAGICA:** Sirve para cuantificar la fuerza de contracción faríngea, evaluar la relación del esfínter esofágico superior y estudiar la coordinación de estos dos eventos. Se define como anormal la relajación del EES, si no alcanza el nivel subatmosférico y /o la presión residual supera los 10-15 mmHG.

TECNICAS DE NEURORRADIOLOGIA: TAC, RNM CRANEAL.

ELECTROMIOGRAFIA -BIOPSIA MUSCULAR -PRUEBAS DE LABORATORIO