

II Jornada de DISFAGIA en Castilla la Mancha.

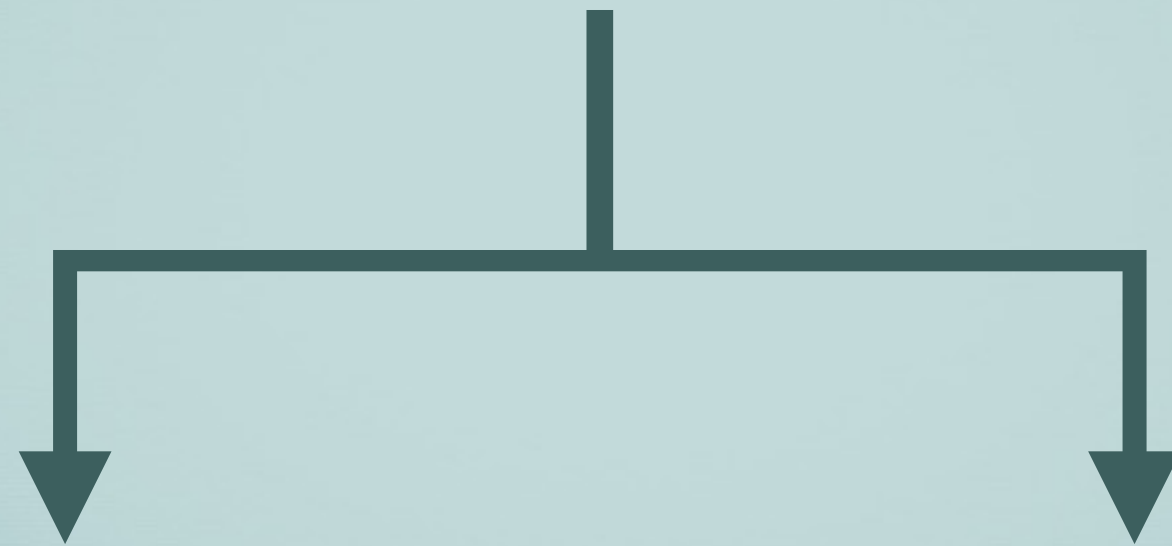


**Métodos clínicos
e instrumentales
en el diagnóstico
de la disfagia**

Rebeca de la Fuente Cañibano. FEA ORL HGUCR

OBJETIVOS DE LA DEGLUCION

NUTRICION DEL INDIVIDUO:



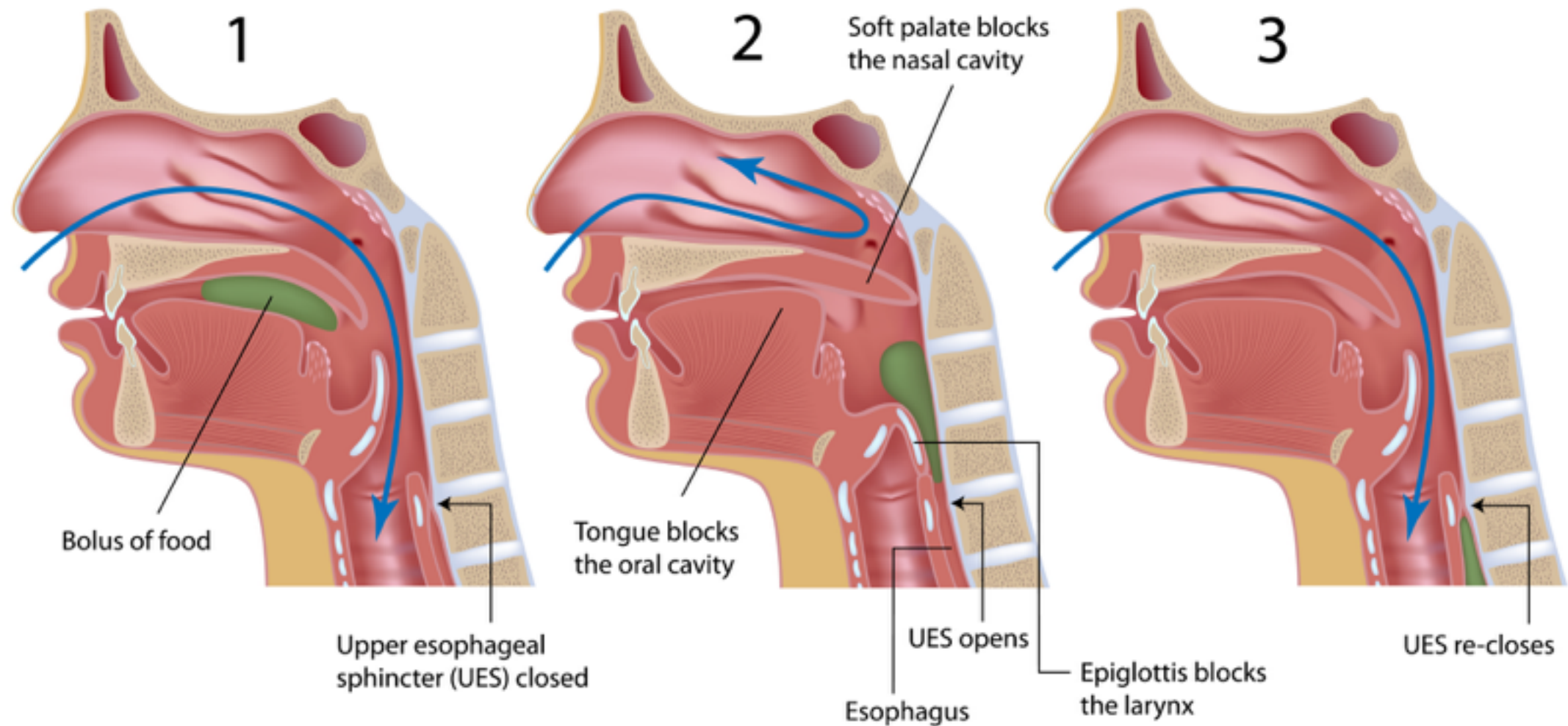
EFICAZ

SEGURA

RECUERDO ANATOMICO

Fases de la Deglución

Swallowing



ETIOLOGIA DE LA DISFAGIA

1. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	• Accidente cerebrovascular (ictus vertebrobasilar o hemisféricos extensos). • Enfermedades extrapiramidales: párkinson, Huntington, Wilson. • Tumores del tronco del encéfalo. • Traumatismo craneoencefálico. • Demencia. • Esclerosis lateral amiotrófica. • Esclerosis múltiple (bulbar). • Síndrome de Guillain-Barré. • Poliomielitis.
2. ENFERMEDADES MUSCULARES	• Polimiositis. Dermatomiositis. • Distrofias musculares (Steinert, Duchenne, oculofaríngea). • Síndrome paraneoplásico. • Miopatías metabólicas (tirotoxicosis, mixedema, Cushing, amiloidosis). • Conectivopatías.
3. ENFERMEDADES ORGÁNICAS (OBSTRUCTIVAS)	• Divertículo cervical de Zenker. • Neoplasias (esófago, tiroides, mediastínicas, pulmonares). • Absceso retrofaríngeo. • Membranas (Plummer-Vinson). • Compresión extrínseca (osteofitos cervicales, bocio).
4. CAUSAS IATROGÉNICAS	• Fármacos, cirugías, radiación.
5. ENFERMEDADES INFECCIOSAS	• Bacterianas, víricas, candidiasis. • Sífilis, tuberculosis. • Botulismo.
6. ALTERACIONES FUNCIONALES	• Acalasia cricofaríngea. • Disinergia del esfínter esofágico superior.

METODOS DIAGNOSTICOS DE LA DISFAGIA

1. Screening no disponible

- Anamnesis y sintomatología de alarma

2. Screening disponible

- MECV-V (Nutrición)
- Videoendoscopia de la Deglución (ORL)
- Videofluoroscopia (Radiología)



DISFAGIA: DIFICULTAD PARA TRAGAR

Alteración de la de la eficacia



Limita el paso de alimentos



Deshidratación



Desnutrición

Alteración de la seguridad



Alimento ingresa a la vía respiratoria



Aspiración produce daño pulmonar

Diagnóstico de Disfagia



1 Historia Clínica



2 Examen físico ORL



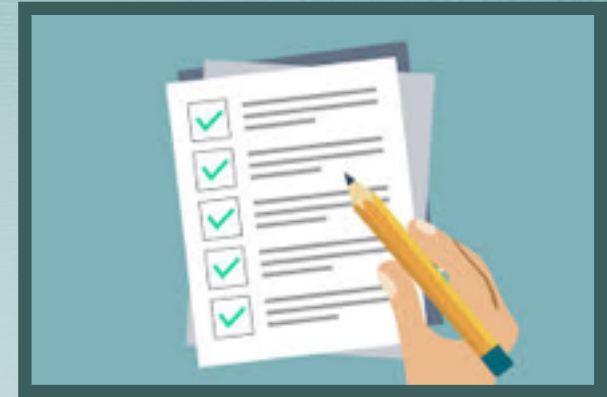
3 Videoendoscopia de deglución



4 Videofluoroscopia de deglución

Rayos X

Anamnesis

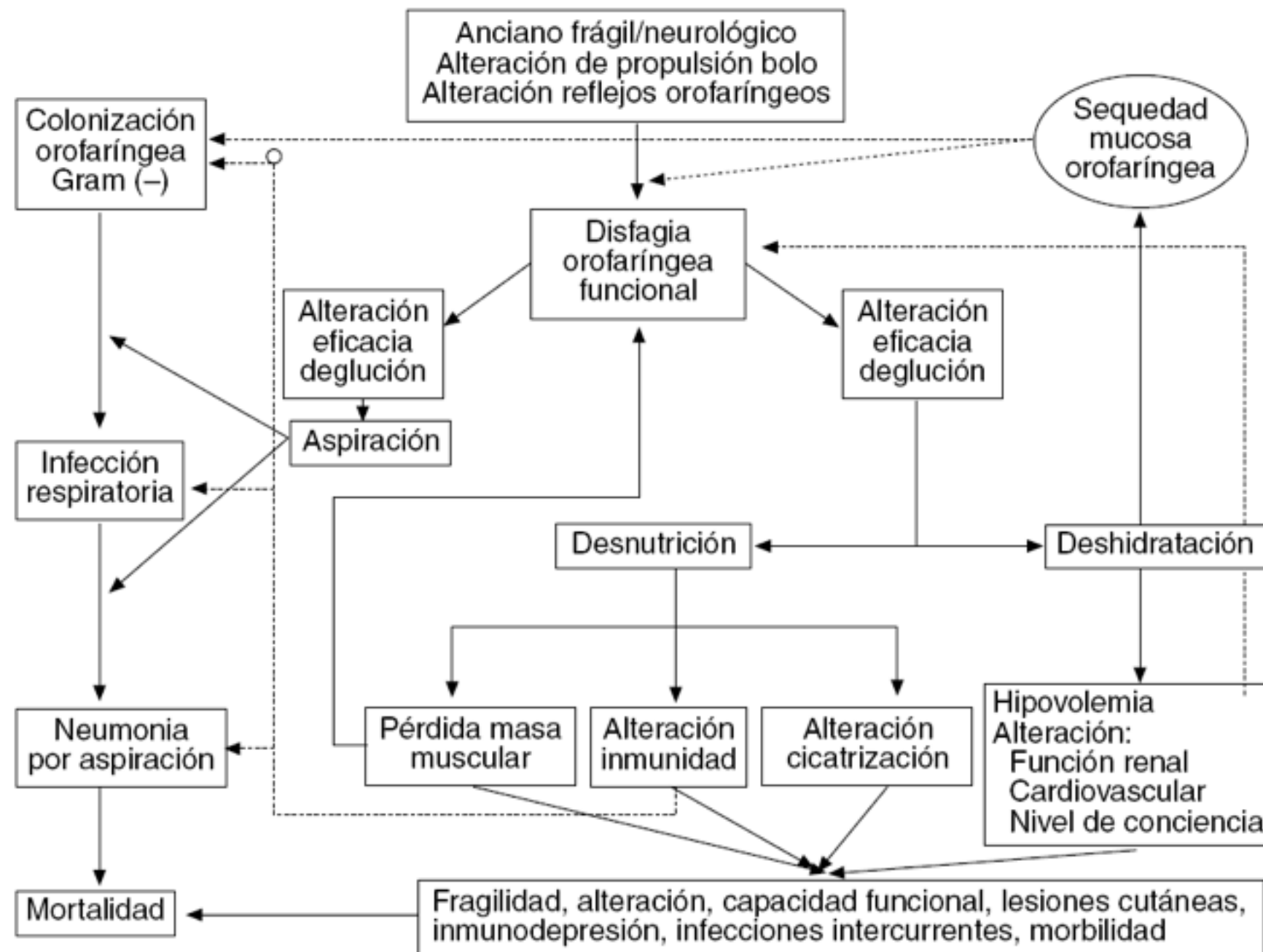


- 1. Antecedentes médico-quirúrgicos**
- 2. Ingesta de fármacos**
- 3. Sintomatología**
- 4. Síntomas conductuales y/o psicológicos**

Sintomatología de Alerta

- **Babeo**
- **Regurgitación nasal**
- **Tos**
- **Voz húmeda**
- **Degluciones fraccionadas**
- **Dificultad en la progresión del alimento**
- **Infecciones respiratorias**
- **Pérdida de peso**

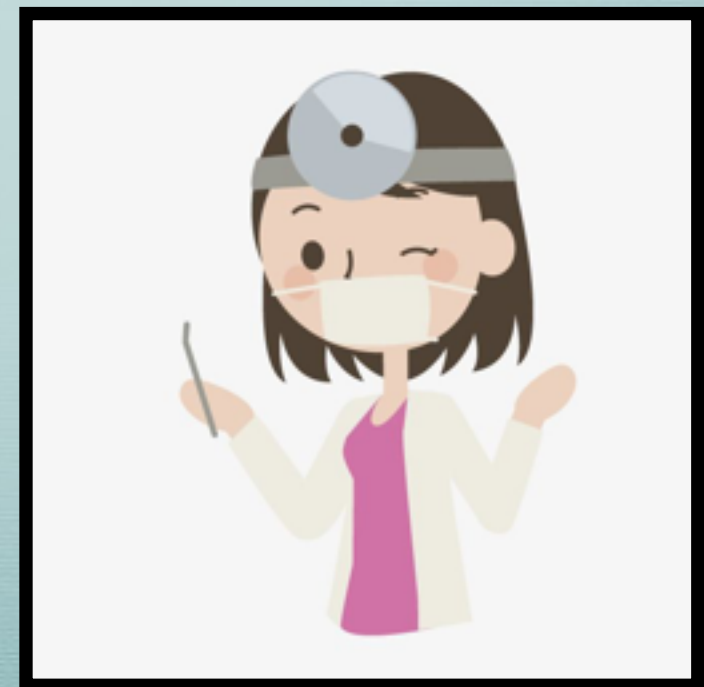




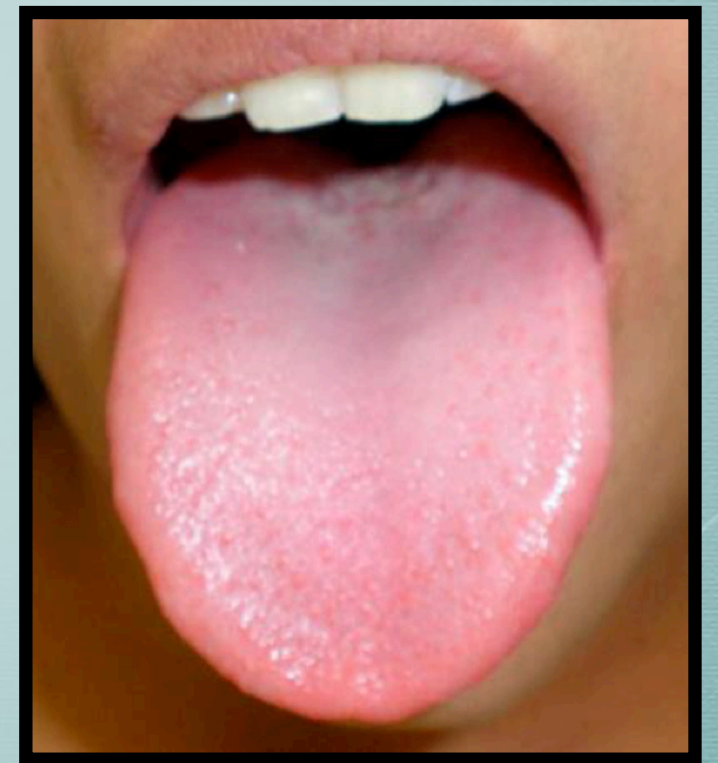
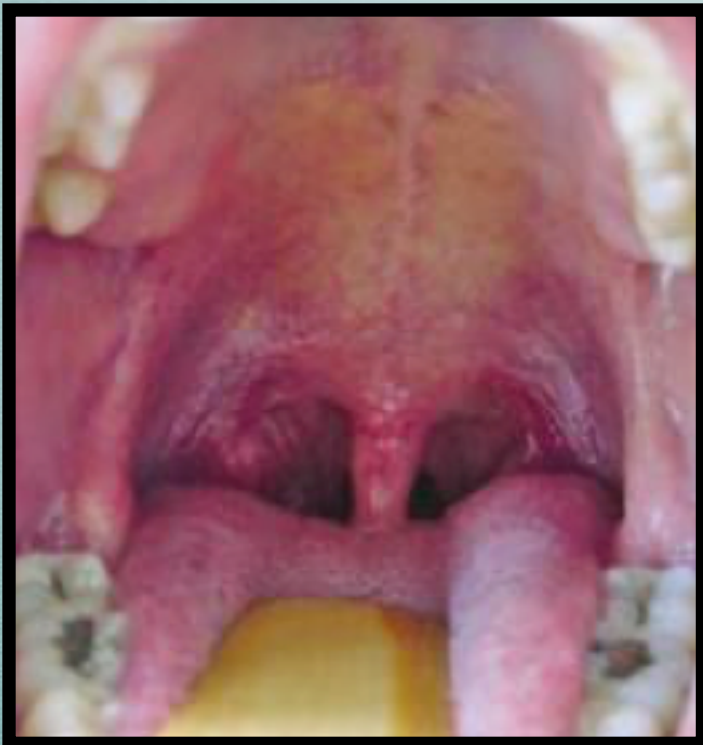
Exploración básica de las vías aerodigestivas superiores

1. Exploración cavidad oral y orofarínge

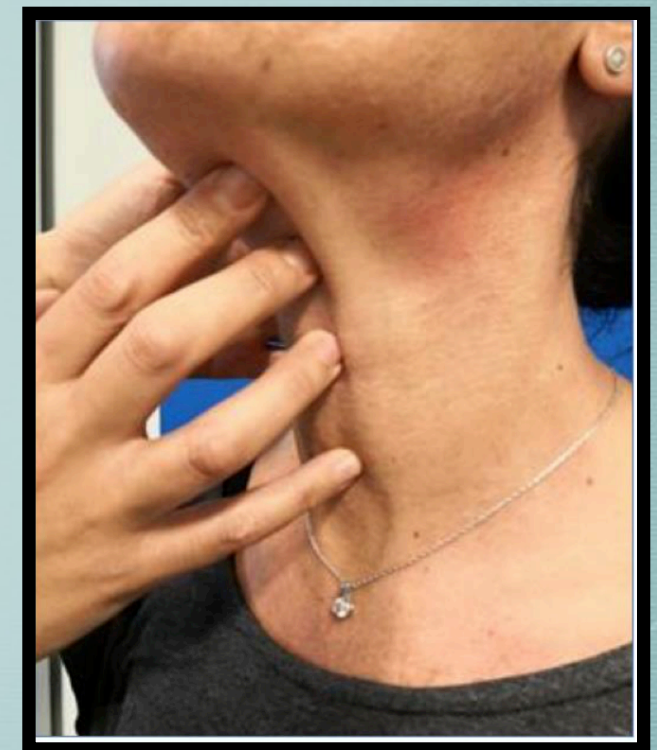
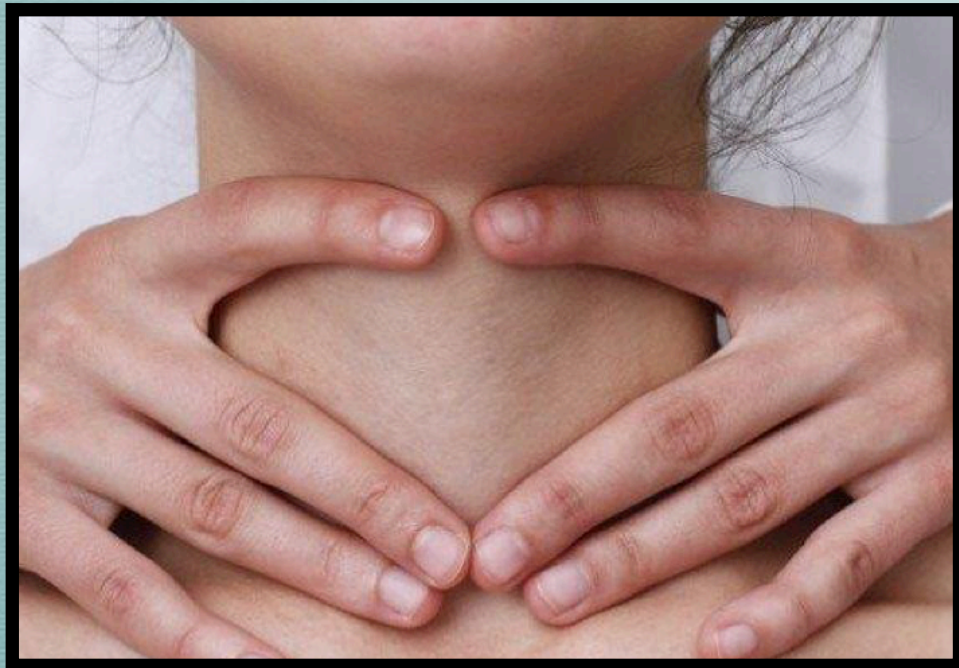
2. Exploración cervical



Exploración cavidad oral y orofaringe



Exploración cervical



**¿Cómo se diagnostica la
disfagia en el HGUCR?**



Nutrición

ORL

Radiología

Logopedia

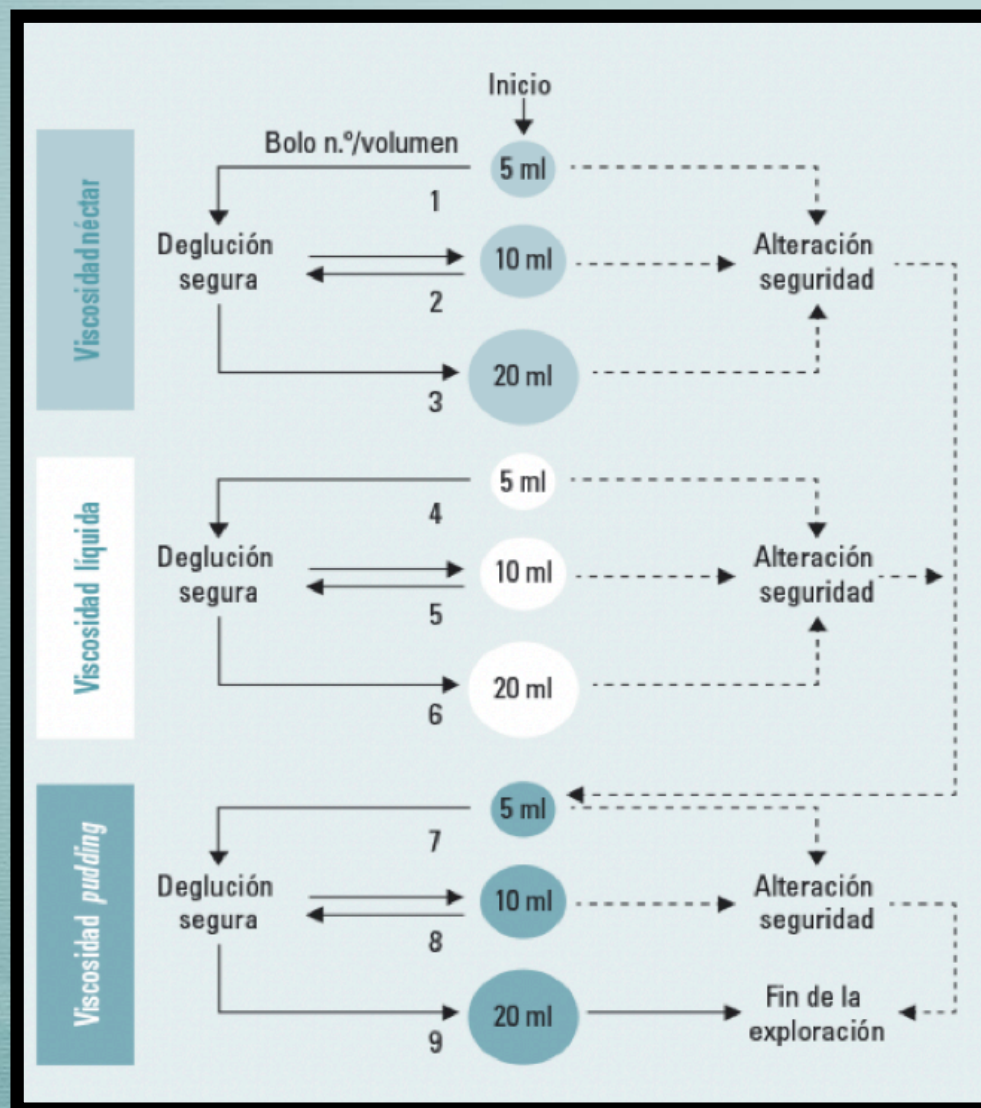
Rehabilitación

ORL

Pruebas complementarias

- 1. MECV-V**
- 2. Videoendoscopia de la deglución**
- 3. Videofluoroscopia**

MECV-V



MECV-V POSITIVO



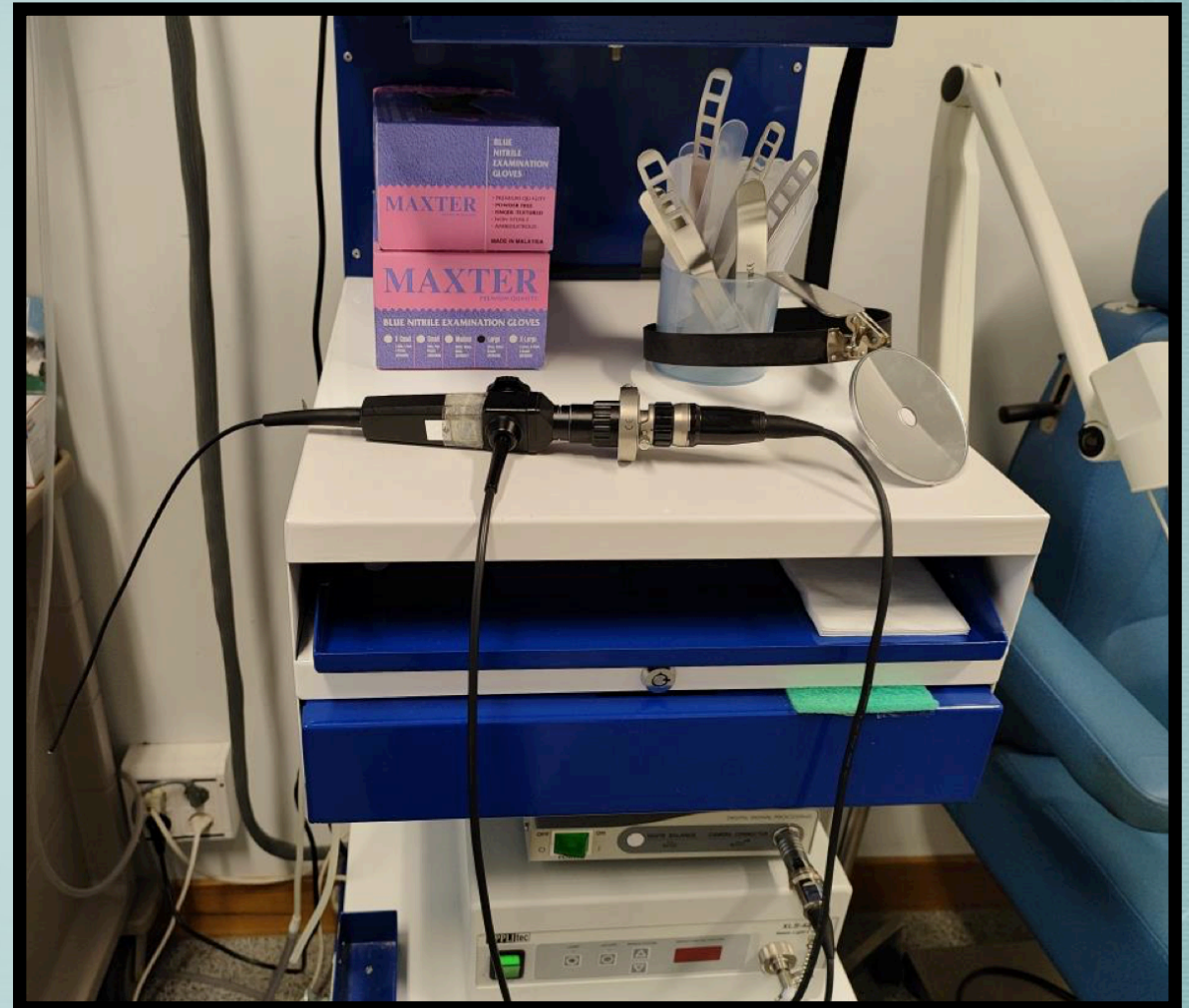
1. Tos
2. Voz húmeda
3. Disminución $>3\%$ de la saturación de Oxígeno

Videoendoscopia de la deglución

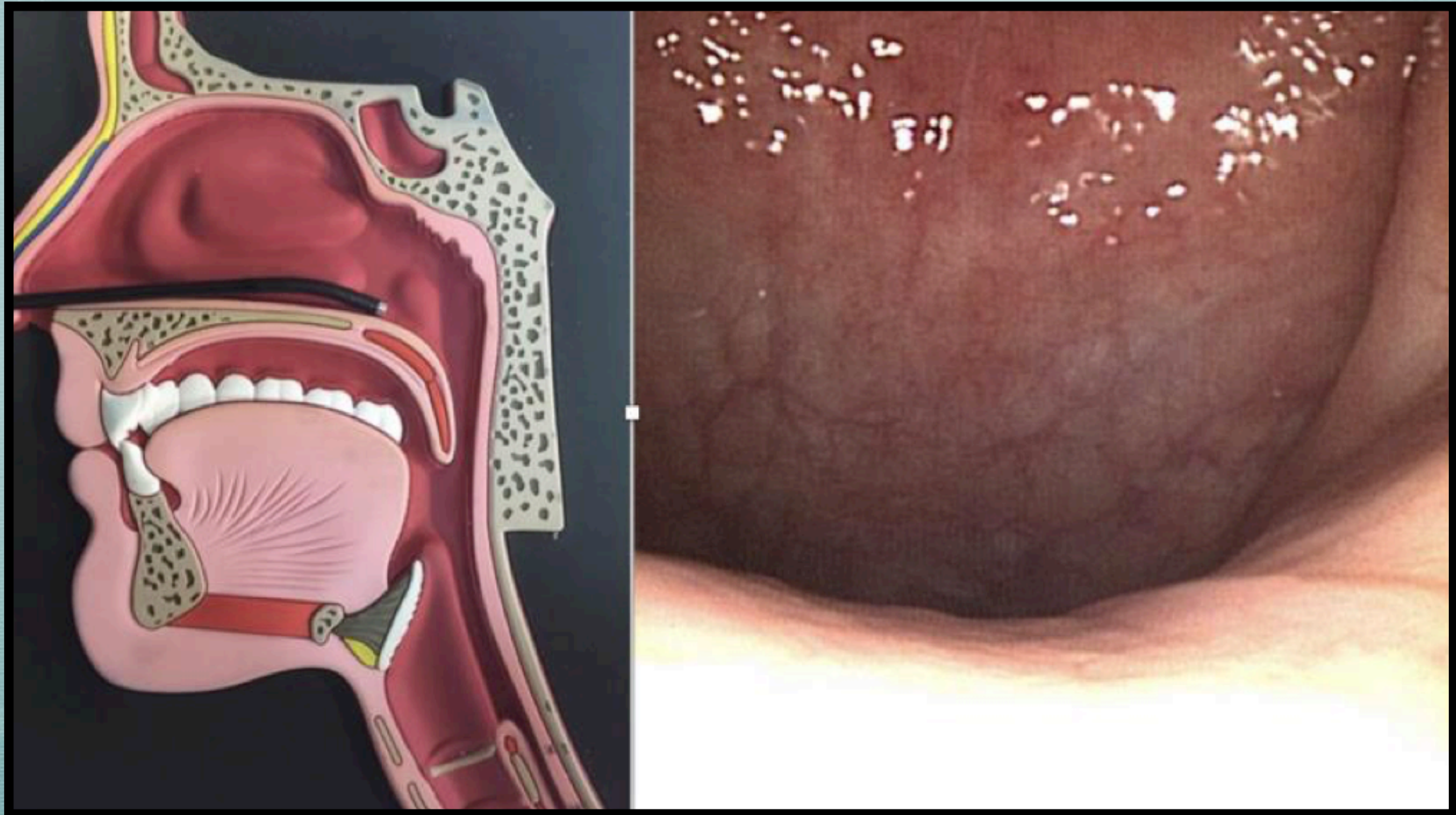
¿Cuándo realizar screening?

1. **Población de riesgo** 
2. **Discrepancia entre signos y síntomas**
3. **Aumento del tiempo de ingesta**
4. **Confirmación diagnóstica**
5. **Debut con complicaciones**
6. **Candidato a tratamiento rehabilitador**

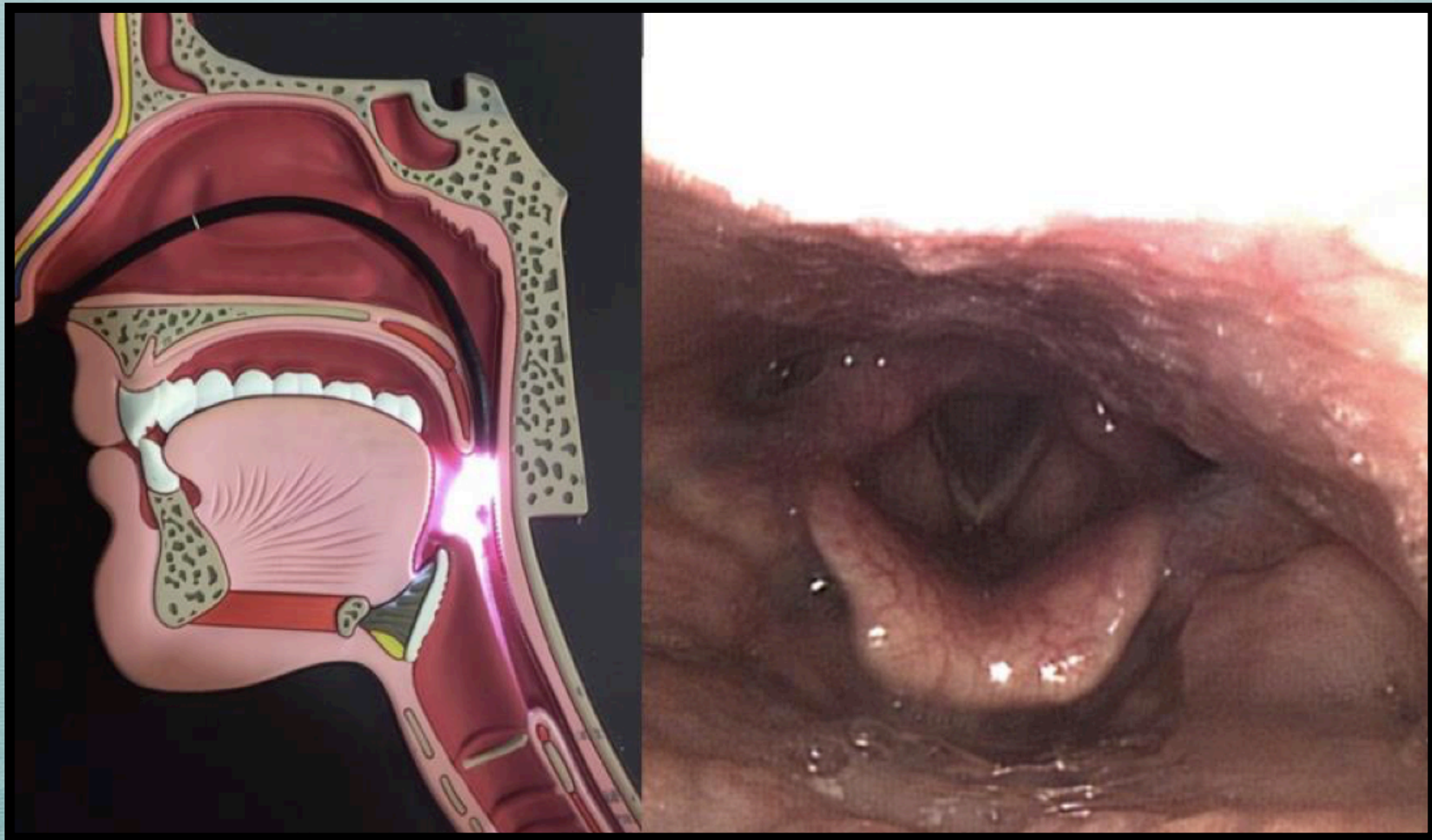
- ◆ **Permite grabar secuencias de la deglución.**
- ◆ **Alimentos de distintas consistencias teñidos con los colorantes**
- ◆ **Método fiable, seguro, bien tolerado, repetible y barato**



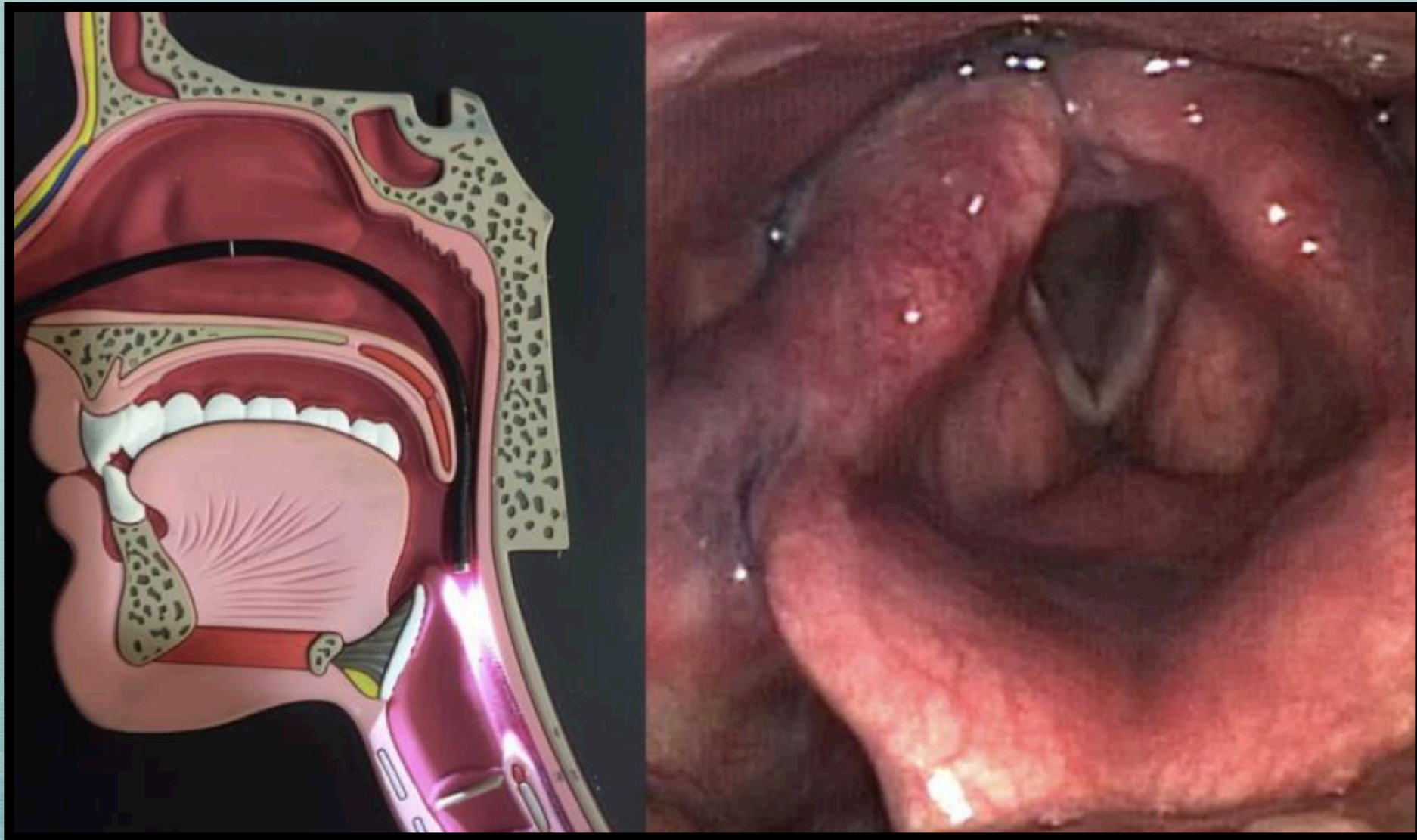
Competencia velofaríngea



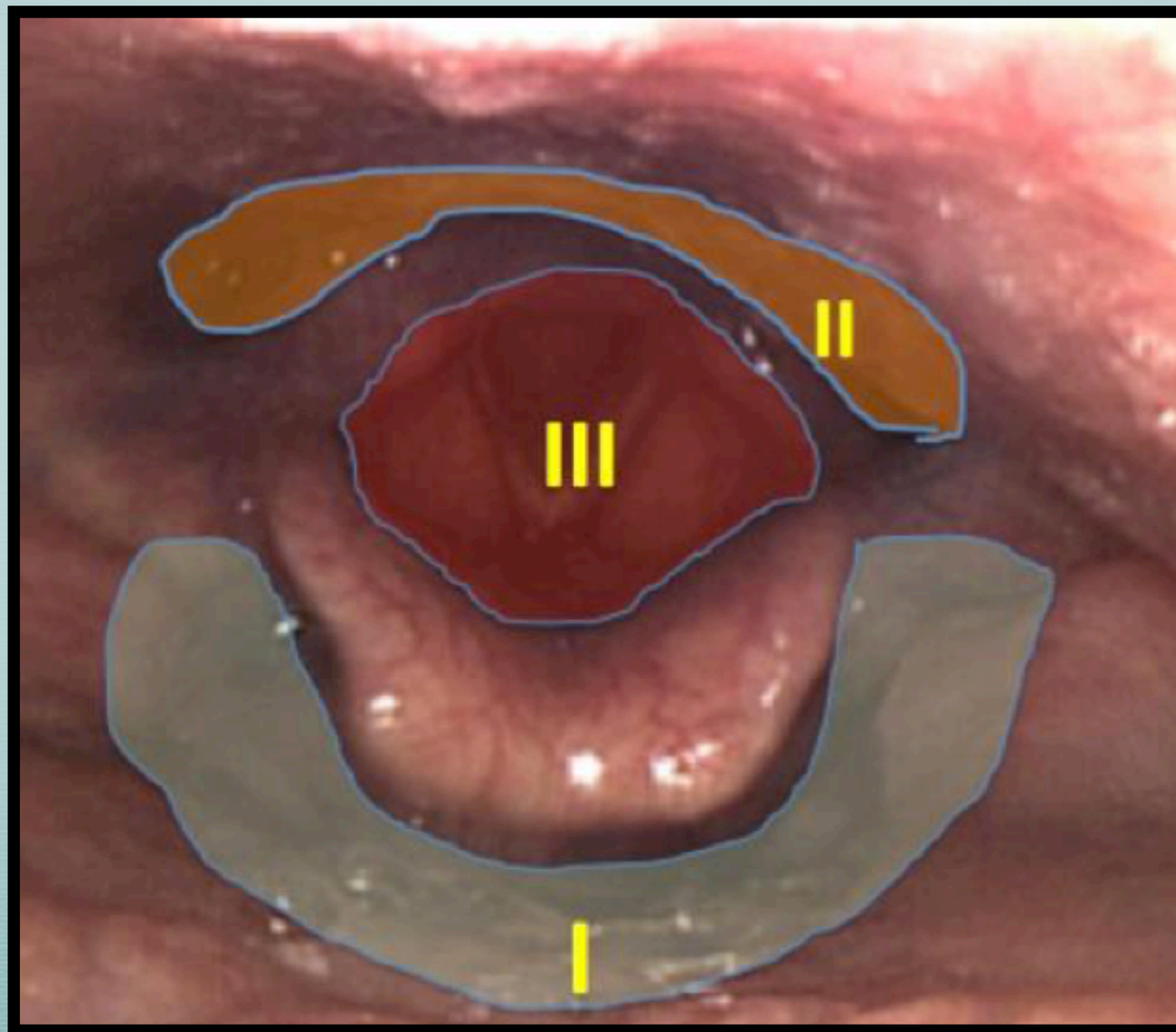
Visión “ Home”

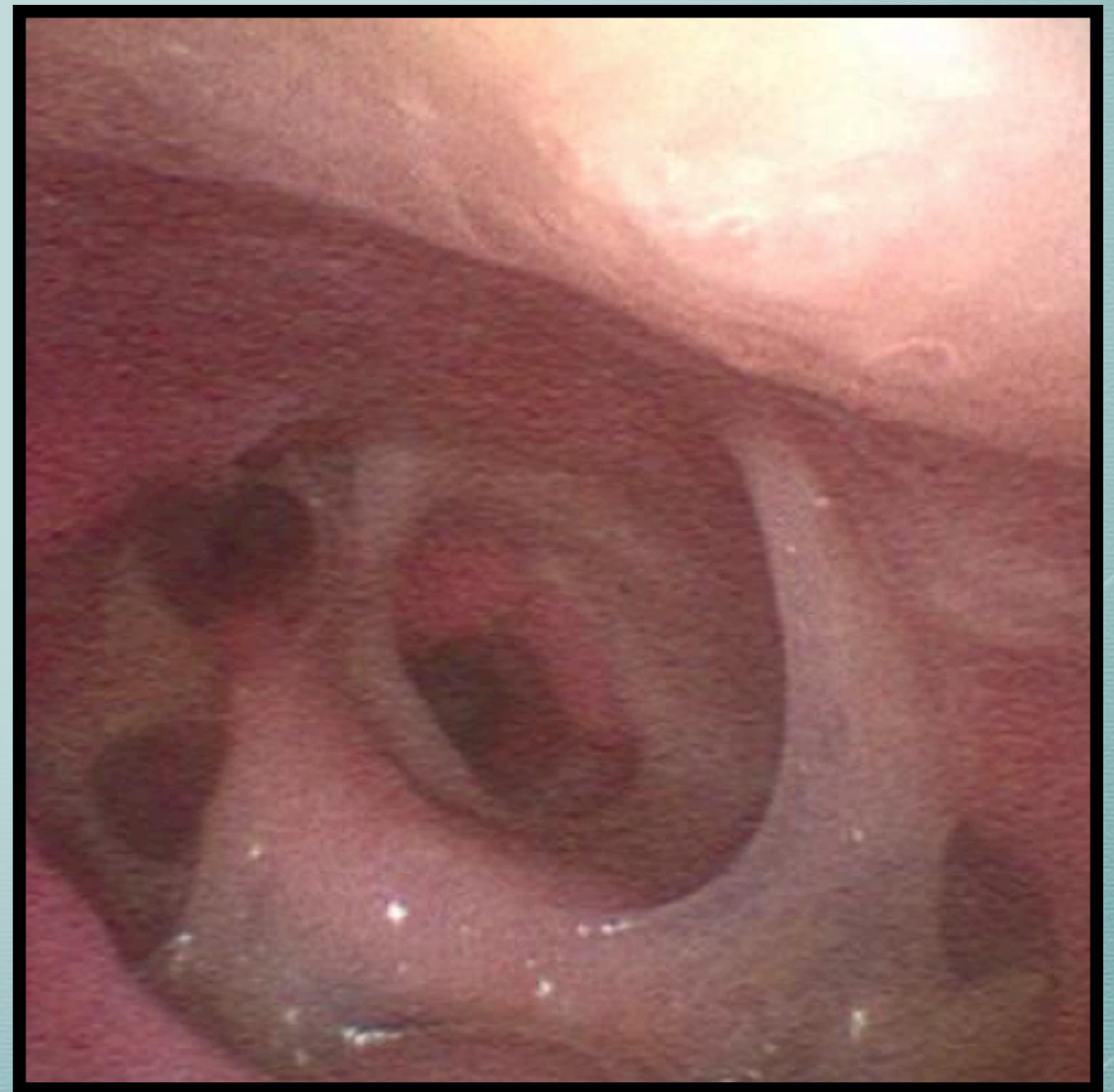


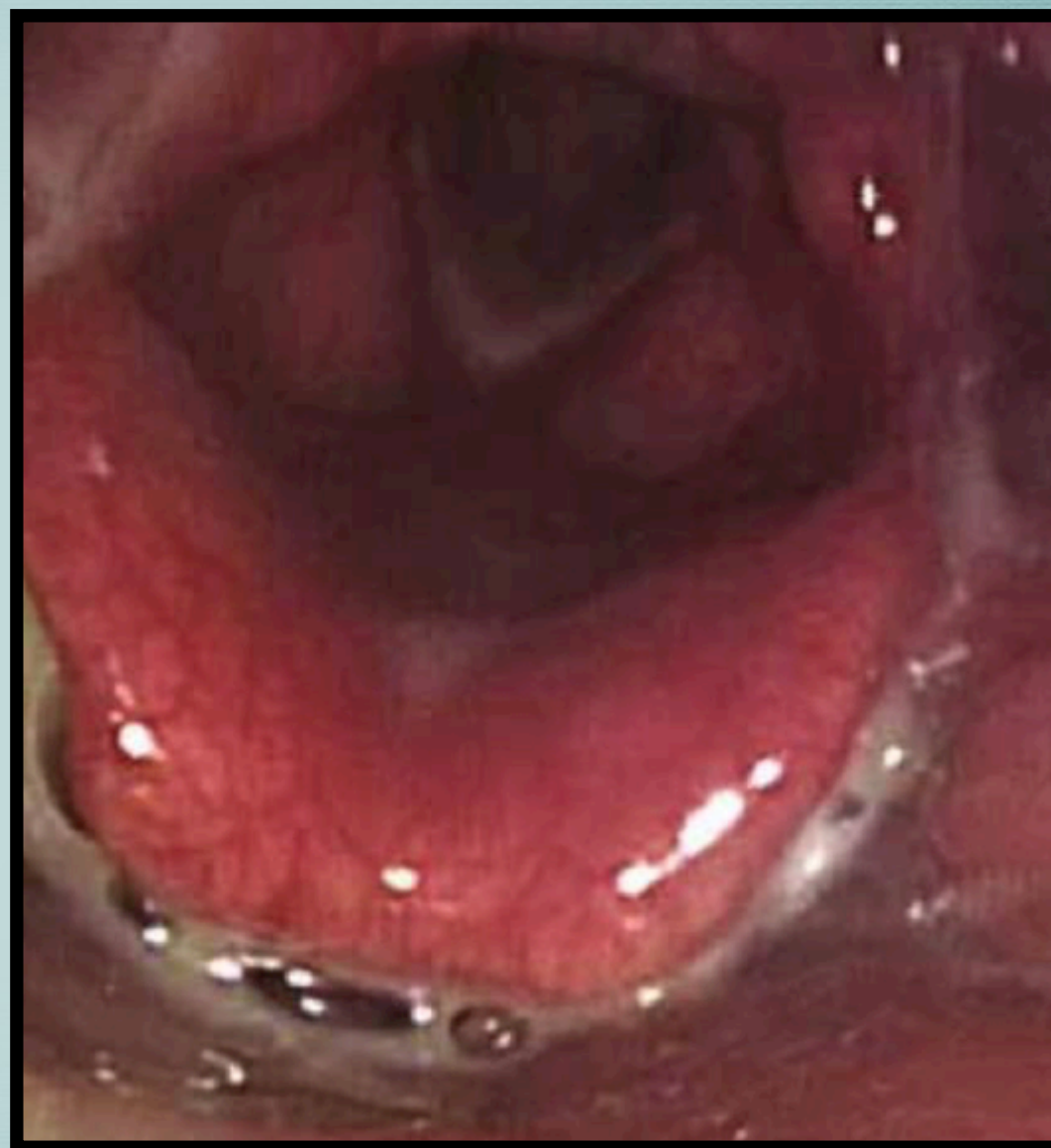
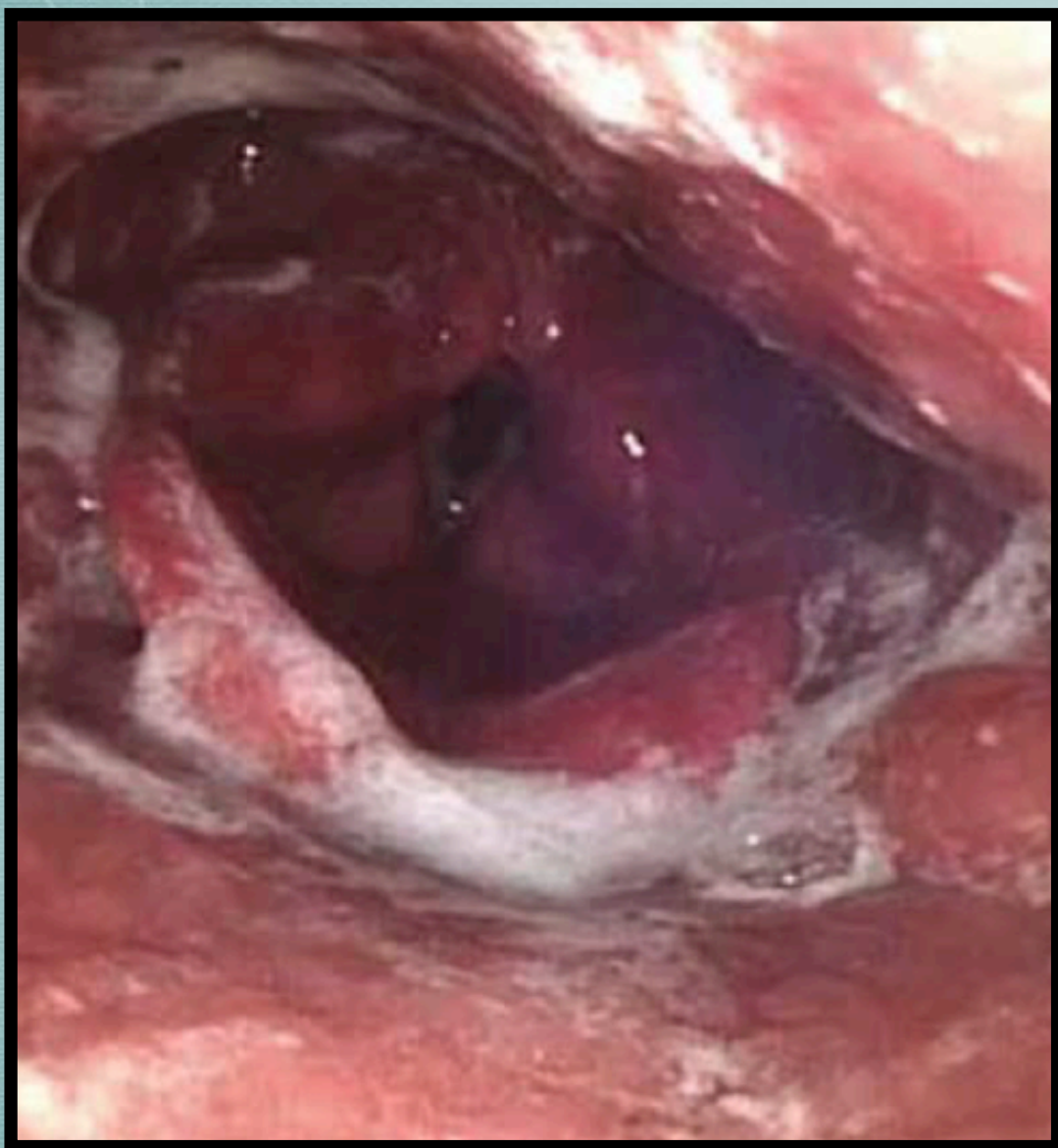
Visión “Close”

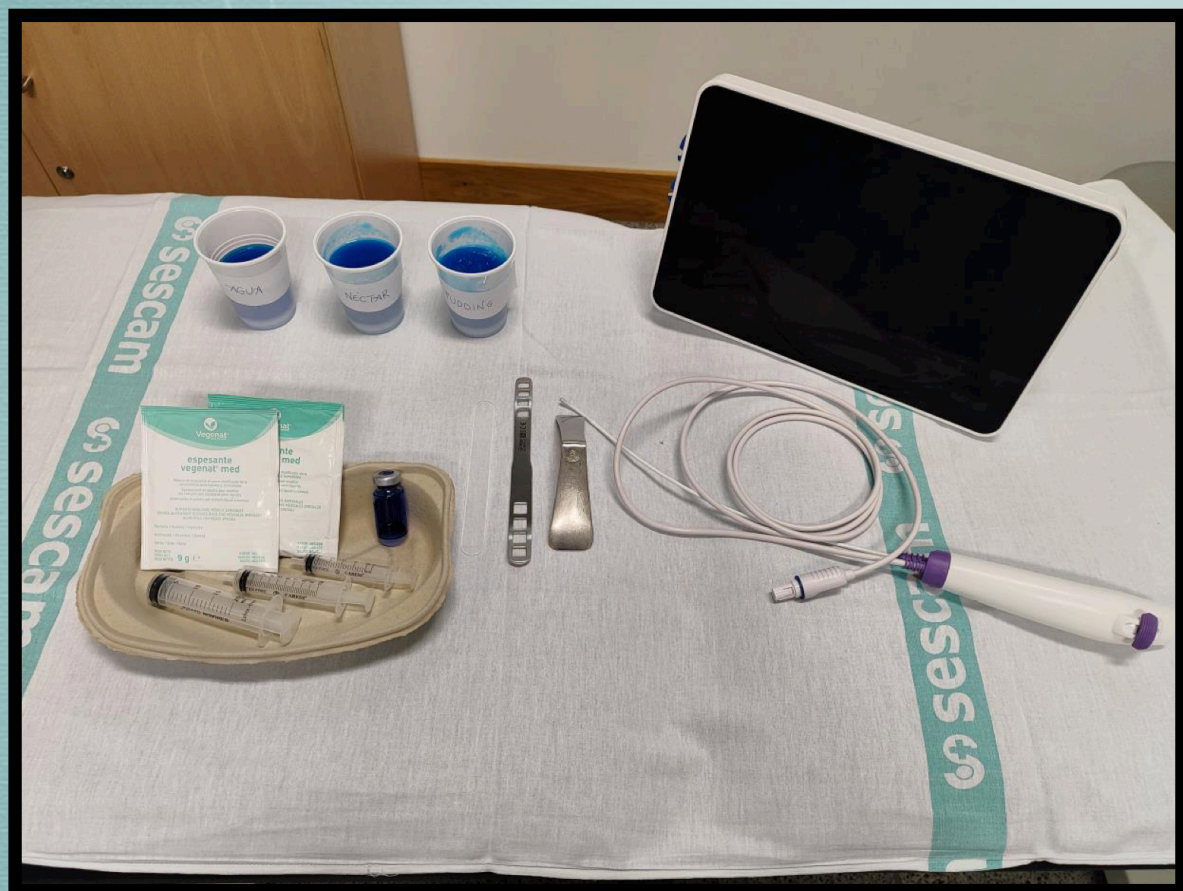


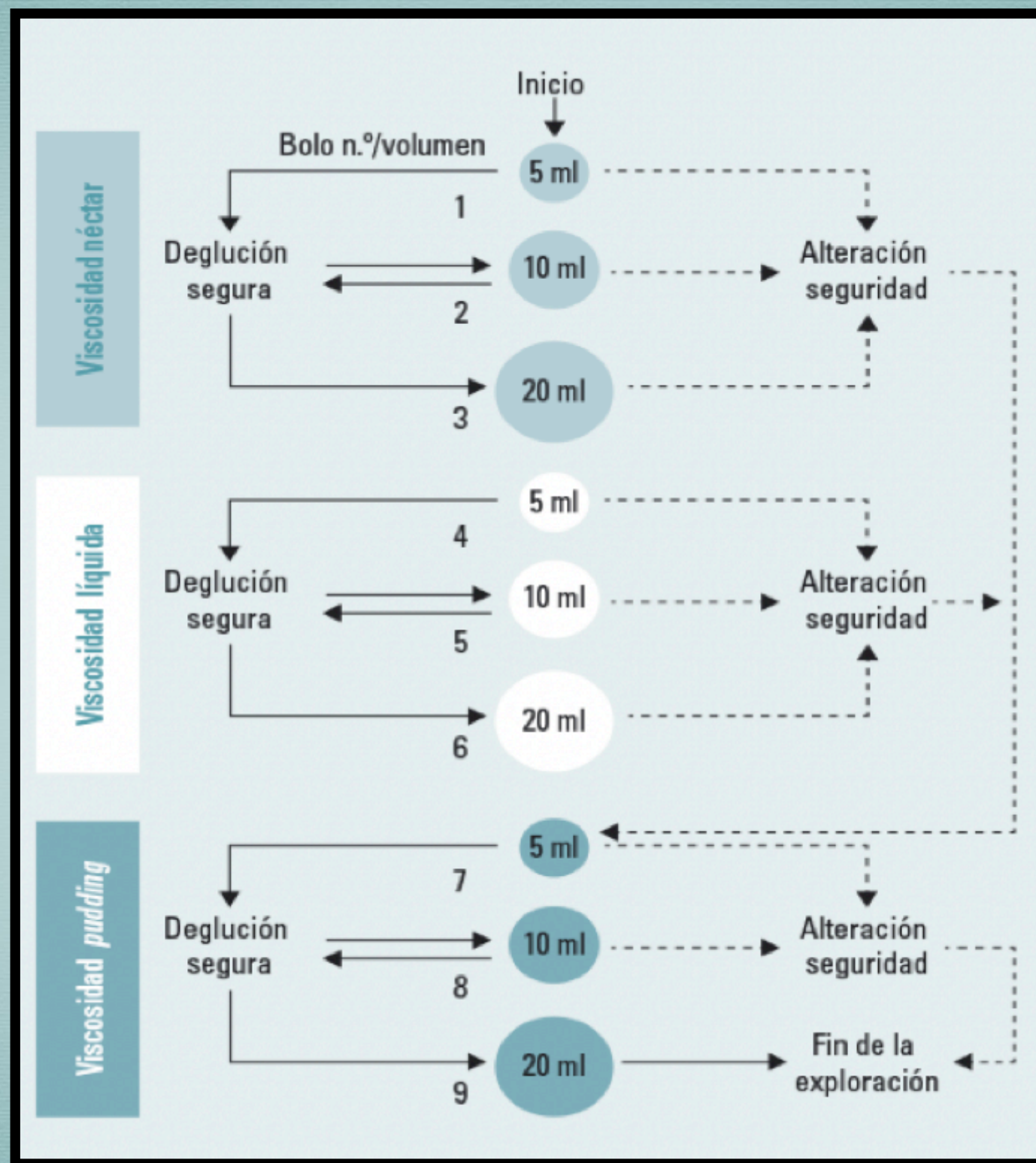
Zonas de retención de secreciones

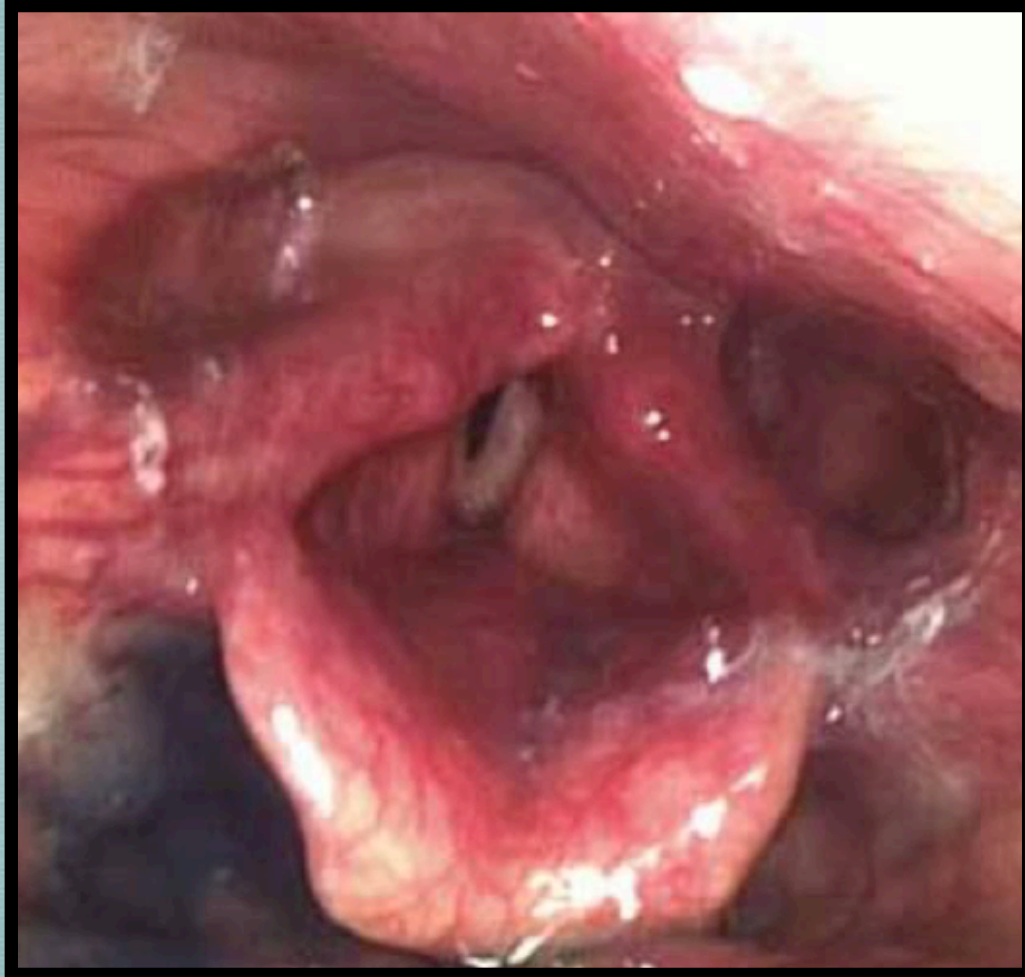


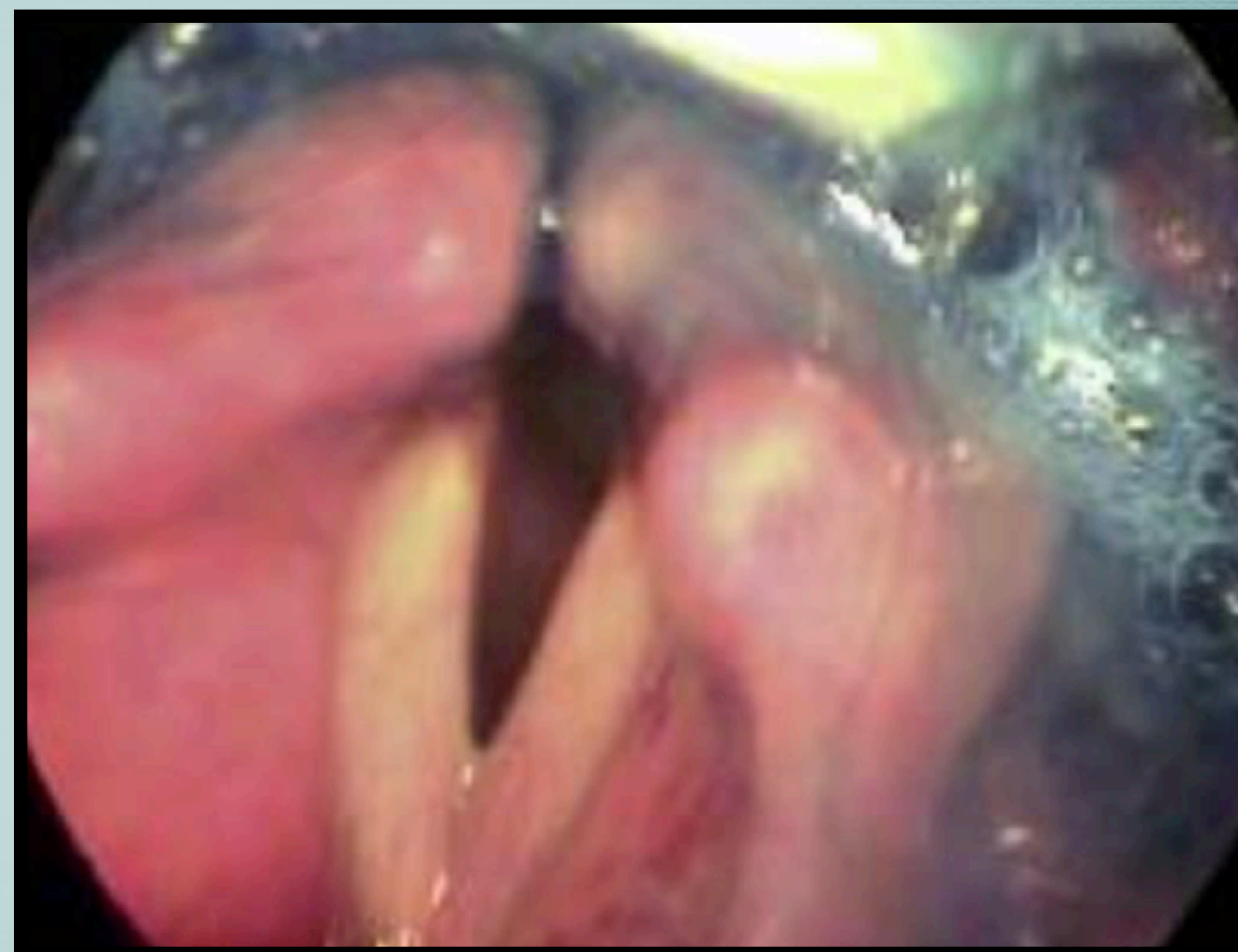
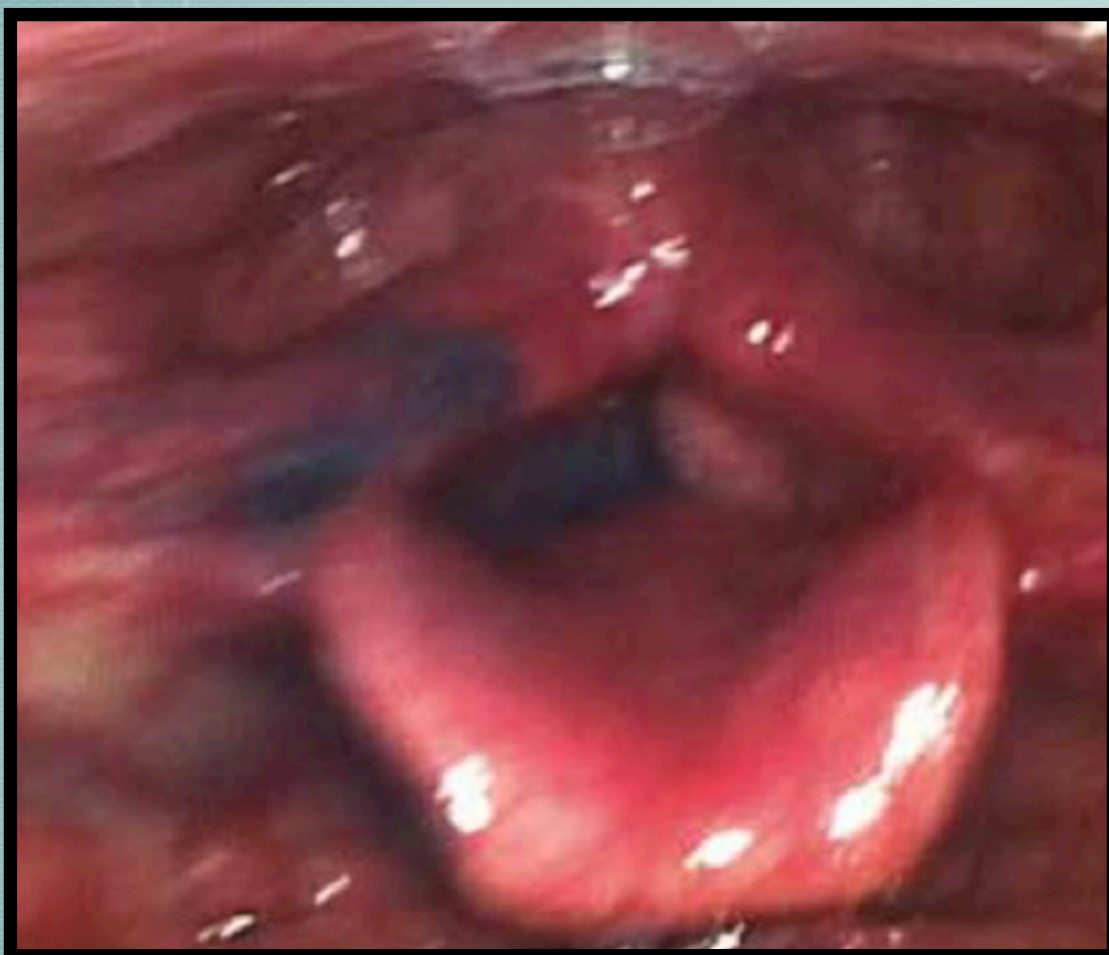












Videofluoroscopia

- 1. Técnica radiológica**
- 2. Permite grabar secuencias de la deglución**
- 3. Permite analizar la fase oral de la deglución**
- 4. Se utiliza con mayor frecuencia en pediatría**



Tratamiento de la disfagia

- 1. Rehabilitación indirecta: sin alimento**
- 2. Rehabilitación directa: con alimento**
- 3. Maniobras facilitadoras**
- 4. Maniobras posturales**
- 5. Tratamiento neuroestimulación**
- 6. Tratamiento quirúrgico**

Conclusiones

1. El diagnóstico de la disfagia requiere un abordaje multidisciplinar

2. Los objetivos son:

- **Identificación temprana del paciente con disfagia**
- **Realizar diagnóstico etiológico**
- **Caracterización de los eventos biomecánicos que producen la disfagia**
- **Diseño de las estrategias terapéuticas**

Bibliografía

1. Ciucci M, Hoffmeister J, Wheeler-Hegland K. Management of dysphagia in acquired and progressive neurologic conditions. *Semin Speech Lang.* 2019; 40(3):203–12.
2. Miller AJ. The neurobiology of swallowing and dysphagia. *Dev Disabil Res Rev.* 2008; 14(2):77–86.
3. Warnecke T, Labeit B, Schroeder J, Reckels A, Ahring S, Lapa S, et al. Neurogenic dysphagia: Systematic review and proposal of a classification system. *Neurology.* 2021; 9; 96(6):e876–89
4. López-Liria R, Fernández-Alonso M, Vega-Ramírez FA, SalidoCampos MÁ, Padilla-Góngora D. Treatment and rehabilitation of dysphagia following cerebrovascular disease. *Rev Neurol.* 2014; 16; 58(6):259–67.
5. Pfeiffer R. Chapter 15: Neurogenic dysphagia. In: Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, eds. *Bradley's neurology in clinical practice.* 7th ed. New York: Elsevier Inc. 2016; 148–57.
6. Ortega O, Martín A, Clavé P. Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia among older persons, state of the art. *J Am Med Dir Assoc.* 2017; 18(7):576–82.
7. Terré-Boliart R, Orient-López E, Guevara-Espinosa D, RamónRona S, Bernabeu-Guitart M, Clavé-Civít P. Oropharyngeal dysphagia in patients with multiple sclerosis. *Rev Neurol.* 2004; 39(8):707–10.
8. Aydogdu I, Kiylioglu N, Tarlaci S, Tanriverdi Z, Alpaydin S, Acarer A, et al. Diagnostic value of “dysphagia limit” for neurogenic dysphagia: 17 years of experience in 1278 adults. *Clin Neurophysiol Off J Int Fed Clin Neurophysiol.* 2015; 126(3):634–43.

9. Labeit B, Mueller H, Muhle P, Claus I, Warnecke T, Dziewas R, et al. Predicting dysphagia with National Institute of Health Stroke Scale: Distinction between infra- and supratentorial region is essential. *Cerebrovasc Dis Basel Switz*. 2018; 46(3–4): 152–60.
10. de Souza GAD, da Silva RG, Cola PC, Onofri SMM. Pharyngeal residue in neurogenic oropharyngeal dysphagia. *CoDAS*. 2019; 31(6):e20180160.
11. Lang IM. Brain stem control of the phases of swallowing. *Dysphagia*. 2009; 24(3):333–48.
12. Oliveira DL, Moreira E a. M, de Freitas MB, Gonçalves J de A, Furkim AM, Clavé P. Pharyngeal residue and aspiration and the relationship with clinical/nutritional status of patients with oropharyngeal dysphagia submitted to videofluoroscopy. *J Nutr Health Aging*. 2017; 21(3):336–41.
13. Ney DM, Weiss JM, Kind AJH, Robbins J. Senescent swallowing: Impact, strategies, and interventions. *Nutr Clin Pract Off Publ Am Soc Parenter Enter Nutr*. 2009; 24(3):395–413.
14. Bösel J. Tracheostomy in stroke patients. *Curr Treat Options Neurol*. 2014; 16(1):274.
15. Bakheit AM. Management of neurogenic dysphagia. *Postgrad Med J*. 2001; 77(913):694–9.
16. Miles A, Allen JE. Management of oropharyngeal neurogenic dysphagia in adults. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015; 23(6):433–9.
17. Wirth R, Dziewas R. Neurogenic dysphagia. *Internist*. 2017; 58(2):132–40.
18. Terré R. Oropharyngeal dysphagia in stroke: diagnostic and therapeutic aspects. *Rev Neurol*. 2020; 70(12):444–52.



**Muchas gracias
por su atención**