



Imagen videofluoroscópica.
1: Boca. 2: Faringe. 3: Aspiración
(paso de contraste a tráquea).

Disfagia **neurógena**

La disfagia se define como una alteración de la deglución caracterizada por la dificultad en la preparación oral del bolo alimenticio o en su desplazamiento desde la boca hasta el estómago.

La deglución normal consta de tres fases durante las cuales el alimento se transporta de la boca al estómago. La primera es la fase oral, en la que se produce la preparación voluntaria del bolo alimenticio y éste se transfiere de la cavidad oral a la faríngea por acción de la lengua. Sigue la fase faríngea, que se inicia cuando el bolo pasa entre los pilares faríngeos y se provoca el reflejo deglutorio, produciéndose de forma coordinada el cierre de la laringe (para evitar el paso de comida a la tráquea) y la apertura del esfínter esofágico superior, lo que permite el paso del bolo a través del esófago (fase esofágica) hasta el estómago. Cualquier alteración en alguna de estas fases dará lugar a disfagia.

Una deglución requiere el correcto funcionamiento de todos los elementos que intervienen en cada una de las fases deglutorias y depende de un control neural muy complejo en el que intervienen diversas estructuras cerebrales que podrán verse alteradas en múltiples patologías neurológicas. Entre ellas tenemos el ictus y el **traumatismo craneoencefálico**, en las cuales la disfagia aparece de una forma muy prevalente en la fase aguda, pero que en general con un manejo terapéutico adecuado tendrán una buena evolución y se recuperará la capacidad de seguir una alimentación oral normal en la mayoría de los casos. En otras patologías degenerativas como la **esclerosis múltiple**, la **enfermedad de Parkinson** o la **esclerosis lateral amiotrófica (ELA)**, la disfagia podrá aparecer durante

el curso evolutivo de la enfermedad (siendo más severa en la ELA); estos pacientes precisarán seguimientos periódicos y adecuación progresiva del tratamiento.

Clínicamente, la disfagia podrá manifestarse dando lugar a alteraciones nutricionales (pérdida de peso, deshidratación) y/o infecciones respiratorias (neumonía por aspiración y paso a la vía respiratoria de contenido alimenticio).

Para su diagnóstico disponemos de un conjunto de exploraciones que se basan en la exploración clínica de la deglución, la exploración videofluoroscópica y otras exploraciones como la fibroendoscopia y la manometría esofágica.

Con la **exploración clínica** detectaremos una serie de signos que permiten sospechar la existencia de disfagia, como son: 1) Tos en relación con la deglución. La respuesta fisiológica a la aspiración es la tos refleja, que es el mecanismo de defensa que permite expulsar el alimento que entra a la vía respiratoria. Es importante destacar que existe un grupo de pacientes con enfermedades neurológicas que no presentan esta tos refleja: son los llamados aspiradores silentes, los cuales tendrán un alto riesgo de desarrollar neumonías. 2) Cambios en la calidad de la voz después de la deglución. 3) Salida de comida por la nariz o por la cánula de traqueotomía. 4) Antecedentes de neumonías (que pueden ser secundarias a aspiración).

La exploración videofluoroscópica es una exploración radiológica en la que el paciente deglute un contraste radiológico y se recoge toda una secuencia deglutoria en una cámara de video. Esta prueba nos permite evaluar la seguridad y eficacia de la deglución, definir las alteraciones en la fase oral y faríngea de la deglución (como son alteración de la función lingual, aspiración, residuo faríngeo, alteración en la apertura del esfínter esofágico superior...) y seleccionar estrategias específicas de tratamiento y evaluar su utilidad.

Una vez diagnosticado el problema exacto de la deglución pasaremos a prescribir el programa terapéutico específico para cada caso, con el objetivo de conseguir una alimentación segura y eficaz siempre que sea posible por vía oral.

En aquellos casos de disfagia severa en los que la alimentación oral esté contraindicada se indicará la colocación de una sonda nasogástrica o de gastrostomía, para asegurar una correcta nutrición e hidratación, remarcando que éstas no siempre son indicaciones definitivas y que siempre que sea posible autorizaremos un parte de ingesta por vía oral.

El tratamiento incluye diversas estrategias, entre las cuales las más utilizadas son:

HEstrategias compensadoras, variando las características de la dieta. En general las viscosidades más espesas y los bolos más pequeños son más seguros (tienen menos riesgo de ser aspirados). Aquí serán muy útiles los espesantes farmacológicos para modificar la viscosidad de los líquidos.

HManiobras posturales, como la flexión cervical que favorece el cierre de la vía respiratoria durante la deglución y protege de la aspiración.

HManiobras deglutorias y ejercicios deglutorios específicos para potenciar estructuras concretas, con el objetivo de mejorar su funcionamiento. Precisan de una colaboración activa del paciente, lo que limita su utilidad en casos seleccionados.

Avances recientes en el tratamiento de la disfagia introducen técnicas de estimulación neuromuscular con el objetivo de potenciar músculos implicados en la fisiología deglutoria y que ayudarán a complementar las terapias clásicas

Rosa Terré

Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
Unidad de Daño Cerebral Institut Guttmann



LA MÉS ÀMPLIA EXPOSICIÓ DE PRODUCTES A BARCELONA

- Cadires de rodes:
 - Manuals
 - Elèctriques
- Llits i mobiliari adaptat a la llar
- Grues de transferència
- Caminadors i bastons
- Ajudes de bany:
 - Cadires
 - Barres
- **Servei d'adaptació de productes.**

- Línea infantil:
 - Cadires de rodes
 - Caminadors
 - Trones
- Coixins i matalassos anti-escapes
- Ajudes per les activitats domèstiques:
 - Ajudes menjar
 - Ajudes vestir
- Ajudes per a la comunicació
- Adaptació de vehicles
- **Servei d'assistència tècnica.**



C/ Entença n° 165, 08029 Barcelona ● TEL. 93 490 26 29 ● FAX. 93 490 75 73 ● www.gracare.com