

CURRICULUM VITAE : En archivo adjunto

TITULO DE LA CONFERENCIA:

DISFAGIA OROFARINGEA: CONCEPTO.PREVALENCIA FISIOLOGIA DE LA DEGLUCION. ETIOLOGIA Y COMPLICACIONES

RESUMEN DEL TEXTO DE LA MISMA:

La deglución orofaríngea es un complejo mecanismo fisiológico que consta de tres fases perfectamente articuladas en las que participan respuestas reflejas voluntarias e involuntarias. Estas tres fases son: la fase oral preparatoria, la fase oral de transporte y la fase faríngea (1).

Fase oral preparatoria. Consta del reconocimiento sensitivo, la manipulación y formación del bolo. El sellado labial es fundamental para que el bolo quede en la cavidad oral. La saliva y los movimientos linguales forman el bolo, manteniéndolo en posición de copa con el sellado de la punta y los lados de la lengua contra el paladar duro y los alvéolos laterales. La lengua y mandíbula realizan un movimiento de rotación lateral durante la masticación hasta conseguir reducir la viscosidad del alimento y lograr una consistencia fácil de tragar. En esta fase la vía aérea está normalmente abierta. La existencia de algún derrame prematuro del bolo en la faringe se considera normal durante la masticación.

Fase oral de transporte. Comienza una vez formado un bolo cohesionado. La lengua lo impulsa hacia la faringe mediante movimientos progresivos de presión en un proceso que dura aproximadamente 1 – 1,5 segundos en función de la viscosidad del bolo. Esta fase y la anterior están sujetas al control neuronal cortical.

Fase faríngea. Esta fase se cree que está controlado por un centro sensorial localizado en la médula. Los estímulos sensitivos de la orofaringe y de los receptores propioceptivos linguales se cree que son decodificados por el núcleo del tracto solitario y enviados al núcleo ambiguo que inicia los movimientos de deglución faríngea. Esta se activa cuando el bolo pasa por cualquier punto entre los arcos anteriores palatinos y el borde inferior de la rama mandibular. Una vez activada la deglución faríngea, se ponen en marcha varios mecanismos: el cierre de la puerta velofaríngea, la elevación y movimiento anterior del complejo hiolaríngeo, el cierre laríngeo a nivel de las cuerdas vocales, pliegues y la epiglotis, así como la inclinación anterior de los cartílagos aritenoides, el movimiento posterior de la base lingual y la contracción de la pared faríngea y por último la apertura del esfínter esofágico superior (EES). La duración de esta fase es de 1 segundo o menos. Una vez que el bolo pasa el EES comienza la fase esofágica de la deglución.

La deglución tiene dos características fundamentales: la *eficacia de la deglución*, es decir, la posibilidad de ingerir los nutrientes y el agua necesarios para una correcta nutrición e hidratación y, la *seguridad de la deglución*, que consiste en la capacidad de ingerir esas sustancias sin presentar complicaciones respiratorias (2).

DISFAGIA OROFARÍNGEA

Concepto.

Se define la disfagia como la sensación subjetiva de dificultad para que el alimento pase desde la boca al estómago (2). La disfagia orofaríngea es un trastorno de la motilidad orofaríngea que afecta a cualquiera de las tres primeras fases de la deglución: la fase oral preparatoria, la fase oral de transporte y la fase faríngea.

En la fase oral preparatoria, la dificultad o imposibilidad para realizar los movimientos linguales y labiales de una forma coordinada puede afectar al comienzo de la secuencia deglutoria. Es lo que se conoce como apraxia de la deglución: dificultad, retraso o imposibilidad en iniciar la fase oral (3). Esto ocurre con frecuencia en los ictus de la corteza frontal izquierda y en la enfermedad de Alzheimer (4). También la disminución del sellado lingual afecta a esta fase de la deglución.

En la fase oral de transporte, la afectación de la movilidad de la lengua impide una adecuada propulsión posterior del bolo hacia la faringe.

En la fase faríngea cualquier alteración sensitiva o motora afectará a la deglución, de forma que un retraso en la activación de la deglución faríngea puede provocar el paso del bolo a la vía aérea antes de que se haya iniciado el cierre de la misma. Cualquier alteración en los mecanismos que se ponen en marcha en esta fase y que han sido previamente expuestos puede ser responsable de la aparición de disfagia.

Prevalencia y etiología.

Un estudio reciente (5) demuestra que una de cada nueve personas mayores con buena calidad de vida, presentan síntomas de disfagia orofaríngea, estando los síntomas depresivos asociados de forma independiente. En nuestro país, el grupo de Serra-Prat ha encontrado una prevalencia de signos de disfagia orofaríngea del 27,2% en una cohorte de 254 pacientes de 70 años o más con vida independiente al realizarse un test deglutorio de volumen-viscosidad. El 20,5% mostraban signos de afectación de la eficacia de la deglución, el 15,4% de la seguridad deglutoria y un 6,7% signos de aspiración (6). Su presencia en personas con enfermedades neurológicas es mucho más elevada, de forma que podemos encontrar datos de disfagia orofaríngea en más del 30% de los pacientes que han sufrido un ictus, en el 52-82% de los pacientes con enfermedad de Parkinson, hasta el 84% de los pacientes con Alzheimer, 60% de los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica y así un largo etcétera (7).

Múltiples causas pueden provocar disfagia orofaríngea (1). La tabla 1 muestra un resumen de las mismas, destacando en nuestro medio las relacionadas con los trastornos neurológicos.

Complicaciones: desnutrición y neumonías.

La disminución de la eficacia de la deglución conduce a la desnutrición y/o deshidratación del paciente (8). Clavé y cols. encuentran desnutrición hasta en un tercio de los ancianos ingresados por disfagia y hasta en un 25% de los pacientes con disfagia neurógena (9). Además la desnutrición conduce a una pérdida de tejido magro, lo que disminuirá aún más la fuerza de los músculos deglutorios, empeorando aún más la capacidad deglutoria de estos pacientes.

La presencia de disfagia orofaríngea constituye un factor de riesgo para el desarrollo de neumonías en pacientes ancianos, siendo además un indicador de la severidad de la neumonía y un factor de riesgo para la mortalidad derivada de la misma (10, 11). La principal causa de mortalidad de los pacientes con disfagia orofaríngea se debe a las complicaciones respiratorias (9) de forma que hasta un 50% de los pacientes con aspiraciones desarrollan neumonías por aspiración que alcanza una mortalidad del 50% (12). Muchos de estos pacientes presentan aspiraciones asintomáticas. Además los gérmenes que colonizan la orofaringe en estos grupos de pacientes suelen ser más patógenos al tratarse en muchos casos de pacientes con uso de antibióticos previos que seleccionan la flora, mala higiene dental, desnutrición y deshidratación, tabaquismo, presencia de sondas nasogástricas, etc. (9).