

# Transtornos del Mecanismo Succión Deglución

Navas CX

Publicado en el Libro Enfermedades Digestivas en Niños 2003: 120-122

Revista GASTROHNUP 2003;5(1): 73-75

La fonoaudiología es una disciplina que implica en su práctica profesional la prestación de servicios humanos con base en su objetivo: la comunicación humana y sus desórdenes. La clasificación de estos servicios se da a partir de sus áreas específicas como el lenguaje, el habla, la voz, la deglución, la audición y el aprendizaje. Por lo tanto la práctica del fonoaudiólogo debe implicar una aplicación consciente, sistemática y eficiente de las teorías, principios y explicaciones que ofrece la ciencia para facilitar en las personas su bienestar<sup>1</sup>. Siendo la deglución un área nueva en la prestación de servicios de fonoaudiología, es de gran importancia su intervención, ya que se ha adquirido el conocimiento de las estructuras que intervienen en el mecanismo de la deglución y del habla, funciones que comparten estructuras comunes<sup>2</sup> aunque estos mecanismos sean totalmente diferentes. El fonoaudiólogo debe adquirir una educación formal en el área de deglución para la evaluación y tratamiento del paciente disfágico.

## TRASTORNOS DEL MECANISMO SUCCIÓN DEGLUCIÓN DEL LACTANTE

La deglución es una actividad neuromuscular en la cual intervienen una secuencia de reflejos y contracciones neuromusculares que trasladan el alimento desde la cavidad oral hasta el estómago. El neonato al nacer debe tener presente seis reflejos orales y faríngeos: de búsqueda, de succión, de la lengua, de mordedura y de arco. La existencia de estos reflejos sirven como mecanismo de defensa del neonato durante la alimentación. Los procesos involucrados en la terapia de la deglución incluyen técnicas para la estimulación del reflejo, mejoramiento del transporte faríngeo y protección de la vía aérea; así como también las técnicas utilizadas para las fases preparatoria y oral. El reflejo de la deglución inicia alrededor de la doceava semana de vida intrauterina y como las áreas corticales del cerebro son muy inmaduras en ese momento, se piensa que únicamente el tronco es esencial para la deglución<sup>3</sup>.

## FASES DE LA DEGLUCIÓN<sup>4</sup>

**Anticipatoria.** En esta fase se regula la cantidad y duración de nuestras comidas; ocurre antes de que el alimento ingrese a la cavidad oral y es aquí donde intervienen los siguientes factores:

• *Claudia Ximena Navas.  
Fonoaudióloga. Hospital  
Universitario del Valle  
"Evaristo García".  
Grupo de Investigación en  
Gastroenterología,  
Hepatología y Nutrición  
Pediátrica  
GASTROHNUP. Cali,  
Colombia.*

receptores orales, olfato, temperatura, calor del alimento; factores que varían de acuerdo a las experiencias gustativas adquiridas durante el transcurso de la vida por lo tanto se consideran innatas y que se pueden ir modificando a través del tiempo de acuerdo al medio ambiente en que se desenvuelva.

**Preparatoria.** Preparación del bolo para ser deglutido a expensas de la masticación y la secreción de saliva. Los aferentes sensoriales complejos como el gusto, tacto, temperatura y propiocepción ayudan a determinar la actividad requerida por el tamaño y la consistencia del alimento. Ésta varía de acuerdo a la consistencia del material que va a ser deglutido y la cantidad de manipulaciones orales que use el individuo para saborear el alimento en particular. Cuando el alimento se coloca en la boca hay un sellado labial que impide que el alimento sea derramado.

**Oral.** La lengua empieza a deslizar el bolo hacia atrás contra el paladar, juega un papel importante la presión negativa creada a expensas del espacio de Donders<sup>5</sup>.

**Faríngea.** Se inicia cuando se dispara el reflejo y de allí en adelante no se puede llevar un control sobre la deglución ya que son fases involuntarias. La información sensitiva del reflejo de la deglución es transmitida por los nervios: trigémino, facial, glosofaríngeo e hipogloso.

**Esofágica.** Comprende tránsito del alimento desde el esfínter cricofaríngeo hasta la unión gastroesofágica cuando entra al estómago, la respiración inhibida durante las dos fases anteriores vuelve a ser funcional y las estructuras de la cavidad oral retoman su posición inicial de reposo.

## DISFAGIA

Clínicamente se define disfagia a la dificultad en el proceso normal del acto de comer que va desde la cavidad oral, pasando por la faringe, laringe y esófago hasta llegar al estómago. La disfagia debe distinguirse de otros síntomas que se relacionan con la deglución como son: la afagia, que es la obstrucción esofágica completa debido al esclavamiento del bolo; la odinofagia que es una deglución dolorosa; el bolo o globo itisterico que es la sensación de tener masa alojada en la garganta y la fagofagia que es el miedo a la deglución y rechazo a la deglución. El proceso de la deglución lo determinan fases voluntarias e involuntarias, éstas etapas son interdependientes, presentan alta sinergia y por eso requieren movimientos rápidos y coordinación de los músculos involucrados en el proceso. Los trastornos del mecanismo succión deglución pueden darse en cualquiera de estos niveles en forma aislada y combinada. La sintomatología va desde sialorrea, regurgitación nasal, aspiración, reflujo y obstrucción hasta

ingesta lenta de alimentos y pérdida de peso. Existen dos grandes categorías de trastornos que originan la disfagia: los mecánicos que son ocasionados por un bolo de gran tamaño o por estrechamiento de la luz y los neuromusculares, que son la falta de coordinación y debilidad de las contracciones peristálticas o secundarios a una inhibición deglutoria alternada debido a enfermedades de los músculos estimados afectando la faringe, el esfínter esofágico superior y la porción del esófago. Las entidades clínicas más comunes en los infantes se muestran en el Cuadro 1. Sus complicaciones pueden ser físicas como atragantamiento y aspiración y psicosociales como aislamiento y vergüenza. Los desórdenes de la deglución de acuerdo a la fase son descritos en el Cuadro 2. Las principales características de la escala de la severidad funcional para la disfagia se resumen en la Cuadro 3.

## EVALUACIÓN

La evaluación incluye la anamnesis; el examen clínico donde se evalúan habilidades prealimenticias, se realiza el examen de Ofa y se evalúan los reflejos de tos voluntario, nauseoso, deglutorio voluntario y sin alimento, además se realiza la función deglutoria por medio de la prueba VFFD, paraclínico con prueba de bario modificada (videofluoroscopia). La evaluación de la consistencia se realiza con líquidos claros, espesos y sólidos blandos. Por medio de esta prueba se determina la severidad del problema, la etapa afectada, el riesgo de broncoaspiración, la tolerancia a la vía oral, el tipo de consistencia a suministrar y los tiempos de tránsito normales, además de qué movimientos estructurales son anormales o normales y cuál es el efecto de los cambios posteriores y de las técnicas terapéuticas seleccionadas.

## TRATAMIENTO

Para Logeman<sup>2</sup> la clave del éxito del tratamiento de disfagia es el buen entendimiento de la anatomía y fisiología de la deglución. La duración dependerá del compromiso del paciente y se realizaría intervención diaria con

### Cuadro 1. Entidades clínicas en lactantes

**Alteraciones neurológicas congénitas:** parálisis cerebral – IMOC, síndrome de Down, aneurisma

**Alteraciones neurológicas adquiridas:** anoxia – hipoxia, trauma perinatal, semiahogamiento, TCE, meningitis, encefalitis, tumores cerebrales, SIDA

**Alteraciones craneoencefálicas:** labio y paladar hendido, Treacher Collins, Pierre Robin

**Anomalías funcionales:** prematuridad – bajo peso, RGE

**Anomalías estructurales:** fistula traquea – esofágica, estenosis esofágica.

**Cuadro 2.** Desórdenes de la deglución de acuerdo a la fase<sup>2</sup>

**Fase oral – preparatoria:** poca o falta del cierre labial, reducción o incapacidad para lateralizar la lengua, sensibilidad oral reducida, movimiento mandibular reducido.

**Fase oral** (duración aproximada 1 segundo): descoordinación lingual para formar el bolo, protrusión lingual, elevación lingual reducida, descoordinación de la lengua para sostener el bolo, reducción en el movimiento anteroposterior.

**Fase faríngea** (duración aproximada 1 segundo): reflujo nasofaríngeo, latencia en la deglución, cualidad vocal húmeda, tos o atoramiento (broncoaspiración silenciosa).

**Fase esofágica** (duración aproximada 8 – 2 segundos): emesis, dolor, tos, después de la deglución

una duración de 45 a 60 minutos.

**ESTRATEGIAS FACILITADORAS**

Presentación de pequeños volúmenes de alimentos

Uso de utensilios: pitillo - jeringa

**ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS**

Diseñadas para eliminar síntomas de disfagia:

- Técnica de Mendelshon
- Maniobras de valsalva
- Vocalizaciones tensas
- Técnica supraglótica
- Degluciones múltiples
- Rotaciones y flexiones de cuello
- Cambios posturales: pueden ir combinados con estrategias compensatorias y maniobra de la deglución
- Ejercitación de Ofa.

El pronóstico dependerá del compromiso del paciente y

**Cuadro 3.** Características de la escala de severidad

**Disfagia severa:** nutrición a través del método alterno; nada vía oral; ingesta por vía oral solo para efectos terapéuticos bajo orden médica o terapeuta

**Disfagia moderadamente severa:** la nutrición por método alterno sigue siendo la vía principal; solo el terapeuta inicia nuevas consistencias o técnicas; éxito limitado y ocasional con ingesta por vía oral

**Disfagia moderada:** el método alterno se puede retirar temporalmente; confiable en la ingesta de la dieta recomendada; requiere supervisión; cambio de nuevas consistencias por terapeuta

**Disfagia leve moderada:** confiable con la consistencia recomendada; puede tener dificultad con líquidos claros o sólidos; se puede autorizar inicio de alimentación independiente siempre y cuando no haga compromiso de extremidades superiores y bajo supervisión

**Disfagia leve:** requiere uso de alguna técnica para una adecuada deglución, episodios ocasionales de tos con líquidos o sólidos; no requiere supervisión; requiere dieta regular con restricción en algunas comidas por una dificultad particular en ellas

**Deglución normal:** independiente en la alimentación por vía oral en todas las consistencias, deglución eficiente y sin riesgo

teniendo en cuenta la escala de severidad requiere justificación en cada caso.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. American Speech – language – hearing – association (1993) definition of communication disorders and variations.
2. Logemann. Evaluation and treatment of swallowing disorders pro-ed 1983, Austin Texas.
3. Bradley, R. Fisiología oral, Editorial Médica. Panamericana 1984.
4. Leopold, NA, Kagel, MC. Swallowing Ingestion and Dysphagia: A Reappraisal Arch Phys Med Rehabil, Vol. 64, 1983.
5. Segovia ML. Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología. Ed. Médica Panamericana- Segunda edición 1988.