

Evaluación de la Disfagia en Niños

Dr. Reinaldo Pierre Alvarez

Gastroenterólogo Pediatra

Unidad Docente – Asistencial de Exploraciones Integrales Razetti, Clínica Razetti de Barquisimeto.

Past President Sección de Gastroenterología Pediátrica, Sociedad Venezolana de Gastroenterología (SVG).

Director Endoscopia, Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SLAGHNP).

La deglución constituye un proceso extremadamente complejo cuya seguridad y eficacia dependen de factores anatómicos, sensoriales, neuromotores y funcionales. La alta complejidad del mecanismo deglutorio lo hace al mismo tiempo altamente sensible y vulnerable.

Se describen al menos tres fases para la deglución normal: 1) Fase oral: incluye masticación, formación del bolo, sello palato-gloso, propulsión del alimento y sello naso-palatino; 2) Fase faríngea: comienza con el cierre ó sello naso-palatino e incluye además contracción faríngea y cierre de la epiglotis, y; 3) Fase esofágica: es tal vez la fase de la deglución con la cual está más familiarizado el Gastroenterólogo. Se inicia con la apertura del esfínter esofágico superior. Cualquier alteración en las diferentes fases o de algunos de los múltiples factores involucrados puede derivar en un cuadro de disfagia, el cual dependiendo de la fase afectada podría clasificarse como oro-faríngea, esofágica o mixta.

Tal y como establecen los autores del artículo "Experiencia en la evaluación diagnóstica y terapéutica de la disfagia oro-faríngea y esofágica en niños" publicado en el presente número, la evaluación de estos pacientes se inicia con la identificación de factores de riesgo tales como presencia de anomalías anatómicas congénitas, antecedentes de prematuridad, ventilación mecánica, intubación endotraqueal, nutrición con sonda naso-enteral, enfermedades sistémicas degenerativas o de carácter autoinmune, traumatismo craneoencefálico, neoplasias, tratamiento con quimioterapia, trastornos neurológicos tipo parálisis cerebral o trastorno neuromotor central no progresivo (más del 60% de estos pacientes presentan algún tipo de trastorno deglutorio), trastornos del espectro autista y otros. Cualquier individuo con antecedentes similares a los mencionados constituye un paciente de riesgo para el desarrollo de trastornos deglutorios y por lo tanto debe ser vigilado ante la posible aparición de síntomas sutiles ó inespecíficos de disfagia.

Otro aspecto muy importante a precisar es el riesgo aspirativo. La aspiración recurrente y sus consecuencias sobre la función respiratoria comprometen la calidad de vida y la evolución a largo plazo de estos pacientes. Diferentes sistemas clínicos de puntuación ó "scores" han sido diseñados para la evaluación del riesgo aspirativo. Algunos manejan variables que sugieren "alto riesgo aspirativo" tales como presencia de neumopatía recurrente asociada con aspiración ó penetración, cianosis ó desaturación durante la alimentación, etc., y variables que sugieren un "riesgo aspirativo moderado" tales como esfuerzo respiratorio aumentado durante la alimentación, presencia de síntomas respiratorios inespecíficos intermitentes, etc. La higiene dental adecuada constituye un aspecto fundamental en la prevención de infecciones respiratorias en el paciente con disfagia y alto riesgo aspirativo.

Ahora bien, ¿cuáles son los síntomas que pueden hacer sospechar un posible trastorno deglutorio en niños con factores de riesgo ó sin ellos?. Los síntomas más frecuentes son: sialorrea importante y persistente, formación inadecuada del bolo alimentario, regurgitación naso-faríngea, imposibilidad o retardo en el inicio del proceso deglutorio con retención del alimento en boca (sugiere posible trastorno sensorial), síntomas de deglución atípica (posturas anómalas durante la deglución), tos, carraspeo y ahogos frecuentes, disfonía, tiempo de ingesta prologando, sintomatología respiratoria recurrente (sugiere aspiración recurrente) e impactación de alimentos.

La evaluación del paciente con disfagia constituye un reto para el Gastroenterólogo y especialmente para el Gastroenterólogo Pediatra. Como parte del protocolo de estudio, particularmente cuando se sospecha por clínica disfagia oro-faríngea, se sugiere realizar algunos de los siguientes procedimientos: 1) Observación de la alimentación espontánea preferiblemente con saturometría para evaluar posible evento aspirativo: permite determinar en muchos casos la fase de la deglución afectada y tipificar la disfagia; 2) Test de volumen/viscosidad: test clínico en el cual se administran en secuencia volú-

menes crecientes de viscosidades néctar, líquido y pudín permitiendo evaluar el proceso deglutorio y detectar posibles alteraciones de la seguridad ó eficacia del mismo; 3) Auscultación cervical: es un método no invasivo muy útil que permite la detección de patrones sonoros sugestivos de disfagia ó aspiración. 4) Videofluoroscopia y videodeglutoscopia: considerados los "gold standard" en la evaluación del paciente con disfagia. Permiten evaluar el proceso deglutorio e identificar posibles alteraciones tales como reflujo laringo-faríngeo, penetración, aspiración, etc. En el paciente con sospecha de disfagia esofágica es necesario descartar trastornos motores primarios ó secundarios y obstrucción mecánica secundaria a estenosis, anillos, membranas u otros. La endoscopia juega un rol importante en el descarte de esofagitis infecciosa, péptica (ERGE) o eosinofílica (EEo). Esta última representa hoy por hoy una de las principales causas de disfagia esofágica en el adolescente y adulto joven y debe ser considerada en cualquier paciente que consulte por disfagia ó impactación de alimentos.

La intervención en el paciente con disfagia debe siempre y en primer lugar ser de carácter multidisciplinario. Se requiere de especialistas en gastroenterología, neurología, fonoatría, terapia de lenguaje, nutrición, genética entre otros para el manejo de estos casos.

Entre los objetivos principales del tratamiento se encuentran: 1) Mejorar el manejo de sólidos y semi-sólidos a mediano y largo plazo; 2) Preservar el estado nutricional y, 3) Reducir el riesgo aspirativo. Cuando por clínica se observan retención del alimento en boca, preferencia por sabores fuertes y síntomas de aspiración silente se debe sospechar un posible trastorno sensorial y la terapéutica debe ir orientada entonces a mejorar este aspecto del proceso deglutorio. Las estrategias terapéuticas para el manejo de la disfagia oro-faríngea en niños incluyen terapia de modificación de conducta, rehabilitación postural, modificaciones dietéticas, biofeedback, ejercicios de reforzamiento motor-oral, estimulación sensorial y otros. El aspecto nutricional es fundamental especialmente en el paciente neurológico con disfagia o trastorno deglutorio. Es necesario valorar en cada caso el estado nutricional y realizar encuesta nutricional y estimación de requerimientos. La terapia de suplementación nutricional se inicia evaluando en base a las características de cada caso la factibilidad de la ingesta por vía oral y la capacidad del paciente de satisfacer sus necesidades calóricas. Cuando el compromiso nutricional es muy importante y la ingesta calórica por vía oral está muy comprometida la gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) realizada por un Gastroenterólogo Pediatra entrenado es una opción segura, válida y muy efectiva. En el caso del paciente con disfagia esofágica el tratamiento médico-endoscópico dependerá de la etiología del cuadro.

Referencias bibliográficas

1. Arvedson JC. Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: clinical and instrumental approaches. *Developmental disabilities research reviews* 2008;14(2):118-127.
2. Prasse JE, Kikano GE. An overview of pediatric dysphagia. *Clin. Ped.* 2009;48(3):247-251.
3. Ferrero Lopez MI, Castellano Vela E, Navarro Sanz R. Utilidad de implantar un programa de atención a la disfagia en un Hospital de Media y Larga Estancia. *Nutr. Hosp.* 2009;24(5).
4. Leslie P, Drinnan MJ, Zammit-Maempel I, Coyle J, Ford G, Wilson J. Cervical auscultation synchronized with images from endoscopy swallow evaluations. *Dysphagia* 2007;22(4):290-8.
5. García G, Salazar F, Lopez K, Navarro D, Arrieta A, Durango R, Manzano A, Quintero M, Belandria K, Perez A. Videodeglutoscopia en la evaluación y manejo de trastornos deglutorios en niños. *Gen* 2011;65(1).
6. Merrey C, Kushki A, Sejdic E, Berall G, Chau T. Quantitative classification of pediatric swallowing through accelerometry. *J Neuroeng Rehabil* 2012;9:34.
7. Arvedson JC. Feeding children with cerebral palsy and swallowing difficulties. *Eur J Clin Nutr* 2013;67:s9-s12.