



Disfagia y traqueostomía

Dra. Ana Isabel Sánchez Marcos

Médico adjunto de Endocrinología y
Nutrición. Unidad de Disfagia y Aspiración.
Complejo Asistencial de Salamanca

Caso
clínico

14



Índice

01 Presentación

02 Historia clínica

03 Anamnesis

04 Exploración física
y pruebas complementarias

05 Diagnóstico y tratamiento

06 Seguimiento y evolución

07 Conclusiones

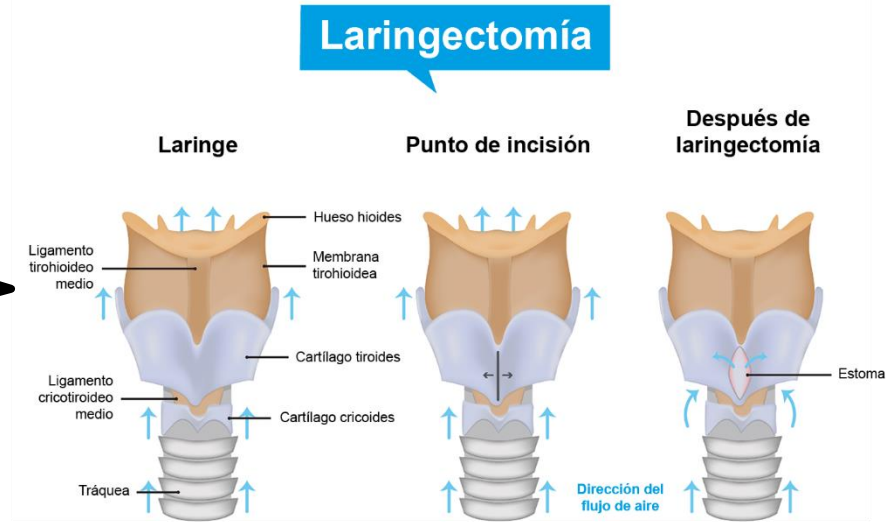
08 Bibliografía



01 Presentación

Perfil del paciente

- ▶ **Laringectomía:** un 40% de los pacientes sufrirá disfagia.
- ▶ **Distintos tipos de laringectomía:** distinto riesgo de disfagia (parcial, completa).
- ▶ **Radioterapia:** empeoramiento de las posibilidades de padecer disfagia.
- ▶ **Estenosis** (posradioterapia).
- ▶ **Disfagia:** primer síntoma de una recidiva muchas veces en el periodo de seguimiento.

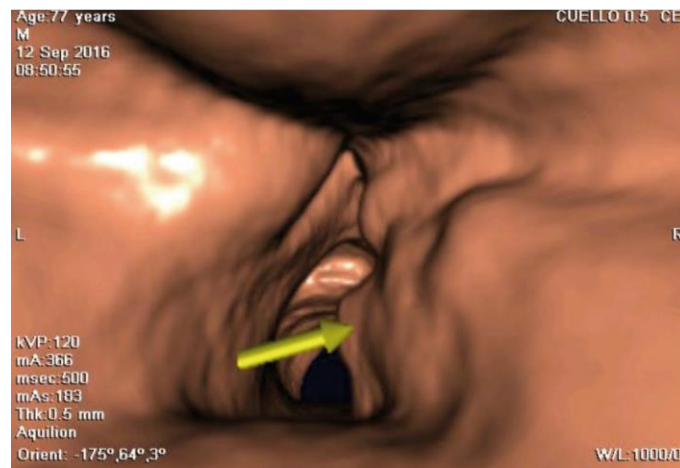




02 Historia clínica

Motivo de consulta

- ▶ Varón de 77 años.
- ▶ **Consulta en ORL:** disfonía, disfagia para sólidos y líquidos + pérdida de peso (de 4 meses de evolución).
- ▶ **Diagnóstico:** carcinoma escamoso de laringe.
- ▶ **Tratamiento quirúrgico:** laringectomía frontolateral derecha que precisa traqueostomía y SNG en el postoperatorio inmediato.
- ▶ En ese momento se remite a la Unidad de Disfagia para su valoración.



Reconstrucción 3D de la imagen de la TC del paciente con cáncer de laringe (flecha amarilla).



Disfagia y traqueostomía

Antecedentes personales y familiares

- ▶ Fumador de 20 cigarrillos diarios desde los 22 años (IPA 55).
- ▶ Hipertensión arterial (HTA) de 20 años de evolución en tratamiento con antagonistas de los receptores de la angiotensina II sin repercusión cardiorrenal.
- ▶ Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de 12 años de evolución, sin complicaciones crónicas conocidas, en tratamiento antidiabético oral con 2 fármacos.
- ▶ Obesidad de grado 1.
- ▶ Madre con DM2. Padre fallecido por un ictus a los 78 años. Un hermano varón también tiene HTA.

Tratamiento habitual

- ▶ Valsartán 160 mg/día en el desayuno.
- ▶ Linagliptina/metformina 2,5/1.000 mg: 1 comp./12 h.





03 Anamnesis

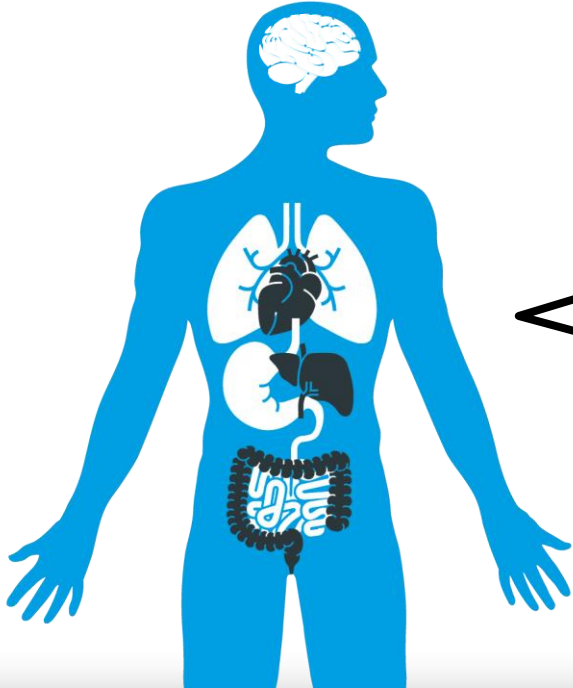
- ▶ Disfagia (para sólidos y líquidos). Atragantamientos. Odinofagia ocasional.
- ▶ No presenta fiebre ni clínica infecciosa.
- ▶ Sin síntomas gastrointestinales.
- ▶ Glucemias estables; no presenta hipoglucemias o clínica de complicaciones crónicas de DM.
- ▶ Presión arterial (PA) controlada, pero presentó un ortostatismo en el último mes. Palpitaciones con esfuerzos.
- ▶ Disnea de moderados esfuerzos sin estridor.
- ▶ Sin síntomas urinarios.
- ▶ Cefalea ocasional.

- ▶ Historia ponderal: peso premórbido 80 kg (peso habitual); peso mínimo: el actual (62 kg).
- ▶ Recordatorio de 24 horas: dieta en 4 tomas diarias (desayuno, comida, merienda y cena) de perfil mediterráneo, salvo poca fruta y poco pescado; ingesta calculada aproximada de 1.500 kcal.
- ▶ Astenia importante que dificulta el ejercicio. Debilidad de cinturas escapular y pelviana.
- ▶ Cribado nutricional:
 - Mini Nutritional Assessment (MNA) 14 (malnutrición).
 - Valoración Subjetiva Global (VSG) 5 (riesgo nutricional severo).





04 Exploración física y pruebas complementarias



- ▶ Peso: 62 kg; talla: 156 cm; índice de masa corporal (IMC): 25,4 kg/m²; perímetro de cintura, 90 cm; pliegue tricípital (PT): 8 mm (p25); perímetro o circunferencia braquial (CB): 220 mm (p25); perímetro muscular del brazo (CMB): 194,8 mm (p20); dinamometría de mano: 22 kg (p20).
- ▶ PA en sedestación: 132/76 mmHg; en bipedestación: 102/61 mmHg; frecuencia cardiaca: 64 lpm; signo del pliegue presente.
- ▶ Xerostomía, piel descamativa, palidez. No presenta bocio palpable. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos. Abdomen sin masas ni megalias; ruidos intestinales normales. Extremidades con mínimos edemas y sin fóvea bimalears.



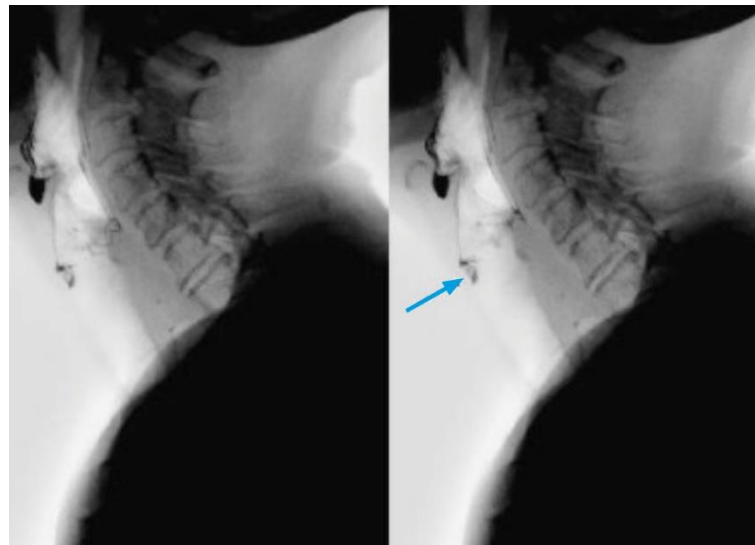
Disfagia y traqueostomía

▶ Fibroendoscopia de la deglución.

Deglución segura con textura miel en todos los volúmenes. Aspiración con líquidos.

▶ Esofagograma baritado. Se confirma la aspiración con líquidos.

▶ **Analítica.** Glucosa: 124 mg/dL; hemoglobina glicosilada: 6,2%; creatinina: 0,61 mg/dL; filtrado glomerular >90 mL/min; calcio, fósforo, magnesio, sodio, potasio y transaminasas normales. Proteína C reactiva: 2,63 mg/dL; proteínas: 6,2 g/dL; albúmina: 3,9 g/dL; prealbúmina: 18 mg/dL; transferrina: 201 mg/dL; ferritina: 268 ng/mL; vitamina B₁₂ y folato: normales; vitamina D₃: 16 ng/mL. Hemograma normal.



Esofagograma baritado. Se aprecia el paso de contraste líquido a la vía respiratoria (flecha).



05 Diagnóstico y tratamiento

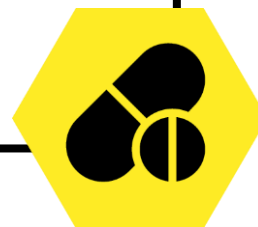
Diagnóstico

- ▶ Disfagia moderada para sólidos y líquidos en un paciente con laringectomía frontolateral derecha.
- ▶ Desnutrición grave por reducción de la ingesta e inflamación.
- ▶ Sarcopenia.



Tratamiento

- ▶ Líquidos espesados con textura miel con Resource® Espesante Clear.
- ▶ Dieta triturada.
- ▶ Cálculo de requerimientos diarios (Harris-Benedict para actividad ligera $\times 1,3 = 1.531$ kcal/día). Suplementación nutricional oral para paciente diabético con disfagia: 2 suplementos diarios de Resource® Diabet Dense.
- ▶ Ejercicio de fuerza en lo posible.





06 Seguimiento y evolución



- ▶ SUPLEMENTACIÓN ORAL
- ▶ RECUPERACIÓN



- ▶ RECIDIVA TUMORAL



- ▶ LARINGECTOMÍA TOTAL
- ▶ TRAQUEOSTOMÍA
- ▶ RADIOTERAPIA



- ▶ ESTENOSIS ESOFÁGICA
- ▶ PEG



Disfagia y traqueostomía

- ▶ Suplementación oral: recuperación antropométrica (+10 kg, PT, CB y CMB en p50, circunferencia de pantorrilla: 33 cm) y funcional (dinamometría 30 kg, mejora la capacidad aeróbica; desaparición de la astenia y del ortostatismo; normalización de la analítica).
- ▶ 14 meses tras la primera cirugía: recidiva local derecha.
- ▶ Laringectomía total + vaciamiento radical derecho seguido de radioterapia.
- ▶ Traqueostomía permanente. SNG sólo postoperatoria (4 semanas).

- ▶ No presenta aspiración (exclusión laríngea), pero persiste la disfagia (falta de propulsión, coordinación de reflejos). Mantiene la mejoría antropométrica y funcional.
- ▶ 12 meses tras el fin de la radioterapia: disfagia severa. Imposibilidad de manejo de secreciones por estenosis faríngea posradioterapia + quirúrgica.
- ▶ Dilatación endoscópica con balón de 8 mm exitosa.
- ▶ Reparación de la estenosis a las 6 semanas: PEG.
- ▶ Se suspende el suplemento nutricional oral en textura miel: nutrición enteral completa por afagia.





Disfagia y traqueostomía

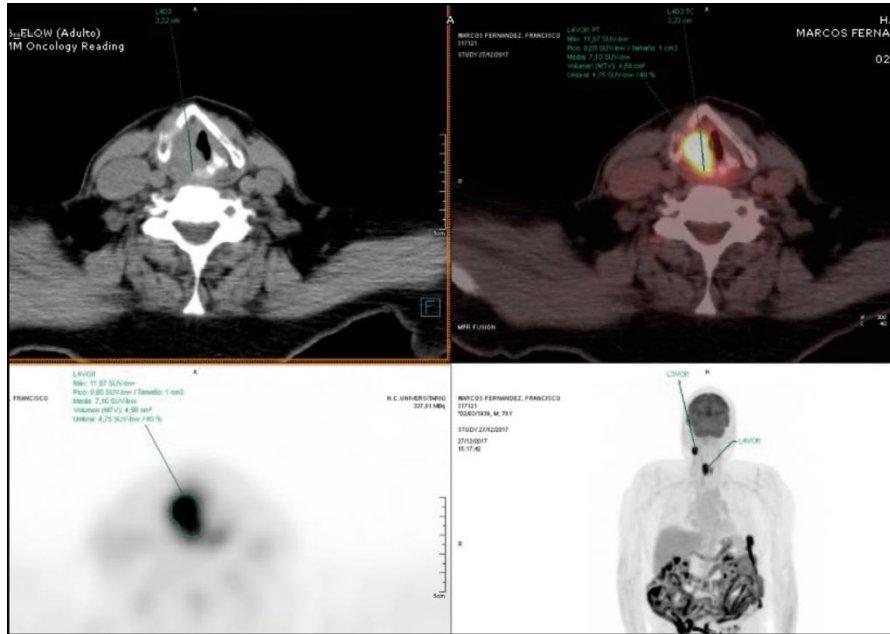


Imagen de tomografía por emisión de positrones-tomografía computarizada (PET-TC) que muestra la recidiva local en la misma zona: lesión nodular hipermetabólica en la hemilaringe derecha compatible con una neoplasia maligna conocida. Adenopatía hipermetabólica en nivel IIa derecha sugestiva de viabilidad tumoral.



Estenosis esofágica severa posradioterapia (izquierda) resuelta parcialmente mediante dilatación endoscópica con balón de 8 mm (derecha).



07 Conclusiones

Los pacientes laringectomizados registran un 40% de riesgo de presentar disfagia.

El riesgo varía en función del tipo de cirugía, las comorbilidades y los tratamientos preoperatorios y adyuvantes.

Por tanto, los pacientes sometidos a laringectomía deben ser cribados periódicamente para valorar su posible desnutrición.

La suplementación oral con textura modificada facilita el cumplimiento y la recuperación más rápida de la desnutrición en estos pacientes.

En caso de disfagia por estenosis esofágica posradioterapia, las dilataciones con balón pueden conservar un tiempo más la ingesta oral.

Aunque la laringectomía total excluya el riesgo de aspiración al separar la vía aérea de la esofágica (seguridad), no garantiza la eficacia de la deglución (insuficiente, desnutrición).



08 Bibliografía

- Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN Guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr. 2017; 36(1): 11-48.
- Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019; 48: 16-31.
- Marieke L, Speyer R, Zumach A, Kross KW, Kremer B. Supracricoid laryngectomy and dysphagia: a systematic literature review. Laryngoscope. 2015; 125(9): 2.143-2.156.
- Rodríguez Acevedo MN, González Paz T, Fernández Vázquez A. Disfagia y traqueotomía. En: Rodríguez Acevedo MN, Vaamonde Lago P, González Paz T, Quintana Sanjuas A, González Cortés MJ, eds. Disfagia orofaríngea: actualización y manejo en poblaciones específicas. Sociedad Gallega de ORL y Patología Cervicofacial. 2018; Cap. 222: 189-195.
- Sánchez Torralvo FJ, Porras N, Abuín Fernández J, García Torres F, Tapia MJ, Lima F, et al. Valores de normalidad de dinamometría de mano en España. Relación con la masa magra. Nutr Hosp. 2018; 35(1): 98-103.
- Zenga J, Goldsmith T, Bunting G, Deschler DG. State of the art: rehabilitation of speech and swallowing after total laryngectomy. Oral Oncol. 2018; 86: 38-47.

