

**LA DISFAGIA EN EL SÍNDROME DE WALLERBERG. UN PROTOCOLO DE EVALUACIÓN EN ATAQUE CEREBRO VASCULAR (ACV). REPORTE DE CASOS.**

Janeth Hernández J<sup>1</sup>.

Mario Muñoz C<sup>2</sup>.

*Servicios Neurológicos, Clínica de Marly.\**

**Resumen**

El siguiente estudio de casos es una estrategia de aplicación de un Protocolo de Evaluación en Ataque Cerebro Vascular (ACV). Siendo los infartos bulbares uno de los síndromes vasculares del territorio vertebrovasilar mejor reconocidos, causados por la oclusión de las arterias cerebelosas, que se presentan en cerca del 2% de todas las admisiones por accidente cerebro vascular agudo y por su incidencia en la función deglutoria, motivaron la realización de una breve revisión sobre el tema. La conclusión a la que llegan los autores es la importancia de la identificación temprana de la disfagia pues así se reduce el riesgo de morbilidad en los pacientes con Síndrome de Wallerberg, los déficit nutricionales, una estancia hospitalaria prolongada, el reingreso y los costos.

**Palabras Clave:** Disfagia, Síndrome de Wallerberg, Ataque Cerebro Vascular (ACV), Deglución.

**Introducción**

Los infartos bulbares son uno de los síndromes vasculares del territorio vertebrovasilar mejor reconocidos, que se presentan en cerca del 2% de todas las admisiones por accidente cerebro vascular agudo (Norrving & Cronqvist, 1991). Por tanto, la frecuencia con la cual estos ocurren y la peculiaridad de sus manifestaciones y síntomas clínicos, en particular lo que concierne a la función deglutoria, motivaron el interés de hacer una breve revisión sobre el tema, a partir de un estudio de casos.

Los infartos bulbares y del cerebelo son causados por la oclusión de las arterias cerebelosas (ver Figura 1). Los síntomas y la frecuencia con la que estos se presentan son mostrados en la Tabla 1. (Bo Norrving, 1996).

Las dificultades en la deglución son usualmente moderadas; pero en algunos pacientes pueden ser severas y requerir de un sistema alternativo de alimentación (sonda nasogástrica, orogástrica o gastrostomía).

La disfagia es común después de un ACV, afectando entre el 27% y el 50% de los pacientes (Gordon 1987; Wolfe 1993; Odderson 1995). Cerca de la mitad de los pacientes disfágicos mueren o se recuperan espontáneamente dentro de los 14 días siguientes al ACV, dejando la mitad con déficit de deglución que puede impedir significativamente la función, la recuperación y la calidad de vida (Bärer, 1989). Las complicaciones de la disfagia incluyen desde la aspiración hasta neumonía (Brin 1988; Smithard 1996; Teasell, 1996; Daniels, 1998), malnutrición, aumento en la duración de la estadía en el hospital y re-admisión al mismo (Smithard, 1993; Odderson,

<sup>1</sup> Fonoaudióloga

<sup>2</sup> Médico- Neurólogo

*Nota:* El presente texto es una versión no editada del artículo original.



Síntomas	Frecuencia (%)
Ataxia	84
Disestesia	78
Disfagia	69
Vértigo	60
Nausea	58
Disartria	49
Cefalea	44
Diplopia	34
Ronquera	30
Paresia facial	25
Hipo	23

**Tabla 1. Frecuencia de síntomas neurológicos en pacientes con Síndromes Bulbares (Bo Norrving, 1996).**

1995; Smithard, 1996). Se han descrito técnicas para el tratamiento de la disfagia, mediante estrategias directas e indirectas, generalmente administradas por terapeutas del lenguaje/ fonaudiólogos (Logeman, 1993). Las técnicas directas incluyen modificación de la consistencia de los alimentos (Logeman, 1991). Las estrategias indirectas incorporan estimulación de las estructuras oral y faríngea (Lazarra, 1986). Sin embargo, no hay evidencia disponible acerca de la eficacia de la terapia para la disfagia o si los pacientes manejados con técnicas de alimentación mejoran más que aquellos que no reciben terapia específica para la disfagia.

La deglución involucra los actos conductuales, sensoriales y motores que permiten la identificación, percepción, colocación y el adecuado manejo del alimento desde la boca hasta el estómago. Es el resultado de cuatro fases sucesivas del bolo alimenticio desde la cavidad oral al esófago. El primer estadio corresponde a la preparación oral, donde tiene lugar la masticación del alimento, proceso por el cual se consigue una consistencia apropiada para la deglución. Durante la masticación, los labios se cierran y se produce el movimiento lateral de la mandíbula y la lengua. En la preparación, el paladar blando impulsa el alimento hacia la parte posterior de la boca. Finalmente, el alimento es subdividido por la lengua y convertido en un bolo de fácil deglución. Los líquidos y cierto tipo de alimentos no requieren masticación, por lo cual el paladar genera directamente la conducción de los mismos hacia el segmento posterior de la cavidad oral.

La información sensorial del movimiento de la lengua es enviada de los núcleos del tracto solitario en el tallo cerebral y la corteza señalando la necesidad de disparar la fase faríngea de la deglución, aunque su naturaleza exacta aún no es bien entendida. Sin embargo, es claro que la acción de la lengua estimula los receptores sensoriales propioceptivos.

El componente neuromotor de la fase faríngea es programado en el núcleo ambiguo (porción inferior) de la médula en el tallo cerebral. El componente motor de la etapa faríngea incluye la elevación y el movimiento anterior del hueso hioides y la laringe. Cuando el alimento pasa, el velo del paladar cierra la cavidad nasofaríngea para prevenir que este penetre allí. Las vías aéreas también se cierran para evitar que el alimento se desplace hacia la tráquea.

La apertura del esfínter esofágico está acompañada de la relajación del músculo cricofaríngeo, que habilita el movimiento anterior de la laringe, particularmente del cartilago cricoide. Finaliza allí el proceso de deglución.

#### *Material y Métodos*

En nueve casos consecutivos de pacientes con SW y disfagia, durante el último año, el promedio de edad fue de 66.75 años, con razón de 8:1 a favor de los varones, y la estancia hospitalaria de  $x=23.7$  días. Todos alcanzaron deglución competente a los seis meses, y no hubo ataxia residual que impidiera la deambulación con apoyo. Cuatro requirieron un estudio radiológico de la deglución y cinco gastrostomía.

Fue seleccionado un grupo de ocho pacientes (7 hombres, 1 mujer, con de edad promedio de  $X=56$  años), hospitalizados durante el último año, diagnosticados con SW acompañado de disfagia. Durante la hospitalización se realizaron exámenes paraclínicos, tales como resonancia magnética y tomografía axial computarizada, que señalaban infarto bulbar.

La valoración de la función oral- faríngea de los sujetos en los tres días siguientes al ingreso indicó alteración del reflejo deglutorio, reducción en la contracción velo-palatina, con desplazamiento lateral (asimétrico) de la úvula; desviación lateral de la lengua; compromiso de grdo diferente del reflejo nauseoso (levemente, inhibido, ausente); disartria; disfonía leve, acompañada de hipernasalidad; pobre control de saliva; obstrucción de vía aérea alta por acumulación de secreciones; tos voluntaria anormal; y dificultad para el manejo de alimentos de consistencia sólida y de líquido ligero. Además de los signos de disfagia observados en la evaluación, se observó hipo en seis de los casos. Los indicadores listados permitieron predecir una disfagia mixta de moderada a severa (ASHA, 1998). Las imágenes radiológicas del segmento esófago- cervical señalaron incoordinación del cierre glótico, con paso de entre el 40 y 90% del medio de contraste hacia la tráquea. Por lo tanto, se realizó gastrostomía percutánea endoscópica (GPE, técnica invasiva con inserción de un tubo de alimentación a través de la pared anterior abdominal, que ha demostrado reducir la mortalidad y los fracasos de tratamiento y mejorar el estado nutricional de los pacientes - Cochrane, 1999 -).

Los pacientes fueron entrenados en los primeros días de estancia hospitalaria en maniobras directas e indirectas de deglución.

El cuadro de evolución posterior señaló una mejoría en la función deglutoria y en el estado general de los pacientes.

El manejo terapéutico incorporó el entrenamiento en maniobras de deglución controlada, que consistió en la prolongación de las fases deglutorias; la manipulación de la posición corporal; y la adopción de estrategias para alcanzar una aproximación firme de las cuerdas vocales, ya que se produce aspiración de alimento por la reducción de presiones del cierre glótico, la modificación de la consistencia, frecuencia y cantidad de la ingesta, la estimulación térmica, entre otras. Los pacientes se mostraron hábiles en la deglución de líquidos de consistencia ligera y espesa y alimento semiblando, con disminución de los signos de disfagia tales como tos, atragantamiento, y cambio en la calidad de la voz. Sin embargo, persistieron alteraciones menores de la función oral-faríngea. Las imágenes radiográficas de control indicaron disminución en la retención y/o penetración del medio de

contraste (aproximadamente el 10%) en diferentes niveles de las vías altas.

Con el fin de establecer acuerdos acerca del manejo de los pacientes con disfagia luego de un ACV, se realizó un encuentro multidisciplinar, en el cual participaron los servicios de enfermería, nutrición, fisioterapia, neumología, gastroenterología, neurociencias y cuidados intensivos. De allí se derivó un protocolo para la valoración de la deglución, en términos de la identificación temprana, la prevención de complicaciones derivadas de la condición misma de disfagia y la oportuna selección de herramientas paraclínicas. Actualmente, el protocolo está siendo usado y evaluado en la práctica clínica de los participantes que funcionan como multiplicadores.

### Resultados principales

La identificación temprana de la disfagia reduce el riesgo de morbimortalidad en los pacientes con SW, los déficit nutricionales, una estancia hospitalaria prolongada, el reingreso y los costos.

### REFERENCIAS USADAS Y SUGERIDAS

- Gariballa SE, Parker SG, Castledon CM. A randomised controlled trial of nutritional supplementation after stroke (abstract). *Age Ageing* 1997;27(suppl 1):P66.
- Smithard D, Perez I, Kalra L. Pharmacological treatment of dysphagia in stroke (abstract). *Cerebrovasc Dis* 1997;7(suppl 4):36.
- Smithard D, Perez I, Kalra L. Pharmacological treatment of dysphagia in stroke (abstract). *Age Ageing* 1997;26(suppl 1):P40.
- Axelsson K, Asplund K, Norberg A, Eriksson S. Eating problems and nutritional status during hospital stay of patients with severe stroke. *J Am Dietetic Assoc* 1989;89:1092-1096.
- Barer D. The natural history and functional consequences of dysphagia after hemisphere stroke. *J Neurol Neurosurg Psych* 1989;52:236-241.
- Brin M, Younger D. Neurologic Disorders and Aspiration. *Otolaryngologic Clin North Am* 1988;21:691-699.
- Daniels SK, Brailey K, Priestly DH, Herrington LR, Weisberg LA, Foundas AL. Aspiration in patients with acute stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;79:14-9.
- Gariballa SE, Parker SG, Taub N, Castleden M. Nutritional status of hospitalized acute stroke patients. *Br J Nutrition* 1998;79:481-7.
- Gordon C, Langton-Hewer R, Wade D. Dysphagia in acute stroke. *Br Med J* 1987;295:411-414.
- Lazarra G, Lazarus C, Logemann J. Impact of thermal stimulation on the triggering of the swallow reflex. *Dysphagia* 1986;1:73-7.