

## CASO CLÍNICO

# EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA POSTERIOR A ESOFAGECTOMÍA TOTAL

## EVALUATION AND TREATMENT OF DYSPHAGIA AFTER TOTAL ESOPHAGECTOMY



**Autoras:** Lic. Camila Magrassi (1), Lic. Rocío Oxance (2), Dra. María del Carmen Campos (2)

(1) (2) Lic. en Fonoaudiología. Residente de fonoaudiología de tercer año. Unidad de Internación de Fonoaudiología. HIGA Gral. San Martín de La Plata.

(3) Dra. en Fonoaudiología. Jefa de Unidad de Internación de Fonoaudiología. HIGA Gral. San Martín.

Contacto de correspondencia: [mariadelcarmen\\_campos@yahoo.com.ar](mailto:mariadelcarmen_campos@yahoo.com.ar)



Recibido: mayo 2023  
Aceptado: septiembre 2023

## RESUMEN

La deglución es un proceso complejo en el que intervienen numerosas estructuras músculo-esqueléticas que están bajo el control neurológico de diversos pares craneales. La coordinación neuromuscular necesaria para una deglución normal puede verse afectada por múltiples estados patológicos, incluidas enfermedades tumorales como el cáncer de esófago, cuyo tratamiento, la esofagectomía, continúa siendo la terapéutica de elección, la cual presenta una elevada frecuencia de complicaciones y morbi-mortalidad en los pacientes. La literatura ha descrito interurrencias en los pacientes que han recibido tratamiento quirúrgico, mencionando fugas anastomóticas, estenosis por fibrosis en

el proceso de cicatrización, inflamación inducida por radiación, traumatismos del tubo endotraqueal, adherencia del tubo gástrico a la tráquea, denervación mecánica e inflamación de las vías nerviosas como el nervio neumogástrico, el plexo faríngeo y/o las asas cervicales. Las complicaciones post quirúrgicas mencionadas contribuyen al déficit funcional de la deglución.

**PALABRAS CLAVE:** Disfagia - Evaluación y tratamiento - Cáncer de esófago - Esofagectomía - Fonoaudiología.

## EVALUATION AND TREATMENT OF DYSPHAGIA AFTER TOTAL ESOPHAGECTOMY

### ABSTRACT

Swallowing is a complex process involving numerous musculoskeletal structures that are under the neurological control of various cranial nerves. The neuromuscular coordination necessary for normal swallowing can be affected by multiple pathological states, including tumor diseases such as esophageal cancer, whose treatment, esophagectomy, continues to be the therapy of choice, which presents a high frequency of complications and morbidity and mortality. in the patients. The literature has described complications in patients who have received surgical treatment, mentioning anastomotic leaks, stenosis due to fibrosis in the healing process, radiation-induced inflammation, endotracheal tube

trauma, adherence of the gastric tube to the trachea, mechanical denervation, and inflammation of the trachea. nerve pathways such as the pneumogastric nerve, the pharyngeal plexus and/or the cervical loops. The mentioned post-surgical complications contribute to the functional deficit of swallowing.

**KEYWORDS:** *Dysphagia - Evaluation and treatment - Esophagus cancer - Esophagectomy - Speech and language therapy.*

### INTRODUCCIÓN

El cáncer de esófago es un tumor de comportamiento agresivo, que se diagnostica frecuentemente en una etapa avanzada. Es la octava neoplasia maligna más frecuente en todo el mundo y, entre las del tracto gastrointestinal, ocupa el tercer lugar. (1)

Con respecto a la terapéutica de esta enfermedad, la esofagectomía continúa siendo el tratamiento de elección, la cual presenta una elevada frecuencia de complicaciones y morbi-mortalidad en los pacientes. (2)

Una de las complicaciones más frecuentes que pueden diagnosticarse en pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por cáncer de esófago, o incluso que recibieron tratamiento radioterápico, es la disfagia.

En poblaciones estudiadas con diagnósticos confirmados de cáncer de esófago, fue identificada la disfagia como síntoma inicial con una prevalencia del 93% en carcinoma de células escamosas y del 79% por adenocarcinoma. (3)

Las complicaciones secundarias que se atribuyen a la disfagia, en un paciente que presenta una neoplasia maligna de esófago, son: desnutrición, pérdida de peso, debilidad muscular, disminución de la masa muscular (sarcopenia) y dependencia de alimentación por vía enteral. (4)

La literatura ha descrito interurrencias en los pacientes que han recibido tratamiento quirúrgico, mencionando fugas anastomóticas, estenosis por fibrosis en el proceso de

cicatrización, inflamación inducida por radiación, traumatismos del tubo endotraqueal, adherencia del tubo gástrico a la tráquea, denervación mecánica e inflamación de las vías nerviosas como el nervio neumogástrico, el plexo faríngeo y/o las asas cervicales. Las complicaciones post quirúrgicas mencionadas contribuyen al déficit funcional de la deglución. (3) Estos pacientes completos pueden ser derivados a la unidad de cuidados intensivos (UCI) para control y seguimiento durante el tiempo post operatorio y pueden requerir asistencia respiratoria mecánica (ARM) por complicaciones de su estado clínico.

La disfagia impacta profundamente en la calidad de vida de la persona, aún más en aquellas que soportan el diagnóstico y tratamiento de una neoplasia maligna esofágica. La sintomatología de angustia, de ansiedad es referida por estos pacientes al momento de las comidas, lo que limita incluso su participación en reuniones familiares y sociales. (3)

Al evaluar la biomecánica de la deglución de estos pacientes, se logra constatar inicio tardío de la misma, inmovilidad de las cuerdas vocales, elevación hio-laríngea reducida y apertura parcial del esfínter esofágico superior. La aspiración y el residuo faríngeo fueron prevalentes. (4)

## CASO CLÍNICO

Paciente LM de sexo masculino de 65 años de edad, que cursó internación en sala de cirugía para estudio y tratamiento por formación orgánica en esófago. Como antecedente refiere intolerancia a la vía oral de 30 días de evolución, en contexto de formación orgánica esofágica que fuera diagnosticada hace 10 meses recibiendo tratamiento de radioterapia y quimioterapia.

Al ingreso de la internación se realizó tomografía computada (TC) de tórax, abdomen y pelvis con contraste, en donde se evidenciaron trazos de aspecto fibrocicatrizal en espacio peribroncovascular bilateral con probable relación al tratamiento recibido. Ausencia de derrame pleural y pericárdico. No se identifican adenomegalias mediastinales ni axilares. Se reconoce engrosamiento parietal de tercio distal del esófago, hallazgos que se interpretan en relación a enfermedad orgánica de base.

La biopsia de esófago confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma semi diferenciado.

El tratamiento de elección fue la esofagectomía total mini-invasiva según Técnica de McKewon, con reconstrucción en un tiempo y que consiste en la realización de una esofagectomía mediante toracoscopia, con movilización gástrica por vía laparoscópica y anastomosis esófago-gástrica a nivel cervical.

A partir de la cirugía requirió de intubación orotraqueal (IOT), con conexión a asistencia respiratoria mecánica (ARM) por 15 días. Al requerir IOT prolongada se decidió realizar traqueostomía (TQT) quirúrgica. Luego de diez días de TQT en conexión a la ARM se da inicio al weaning. Se logra realizar la decanulación al mes.

Durante el postoperatorio en la sala de cuidados intensivos intercorre con múltiples procesos infecciosos como así también con insuficiencia renal aguda con requerimientos de hemodiálisis. Durante este periodo de internación se realizaron interconsultas con los servicios de alimentación y soporte nutricional, para manejo del estado nutricional y nutrición enteral a través de yeyunostomía; con el servicio de Infectología por antibioticoterapia; con el servicio de gastroenterología para control endoscópico del neoesófago; con la unidad de fonoaudiología para evaluación y tratamiento de la disfagia y de la disfonía; con

la unidad de terapia ocupacional y kinesiología para manejo de la motricidad.

### **Evaluación y tratamiento fonoaudiológico:**

Al inicio del tratamiento fonoaudiológico, LM se encontraba hemodinámicamente estable, sin sedoanalgesia y en periodo de weaning. Equipado con TQT Shiley Nº 8, balón de neumotaponamiento insuflado y puerto de aspiración subglótica, recibiendo un mínimo aporte de oxígeno por tubo en T. Recibiendo nutrición e hidratación por vía enteral mediante yeyunostomía.

Los indicadores clínicos que mostraron la escala RASS, CAM-ICU y Glasgow (5) evidencian atención fluctuante, tendencia al sueño, respuesta parcial ante órdenes simples y escasa colaboración, no permitiendo completar el abordaje clínico.

La evaluación clínica de la deglución mostro el patrón motor orolingual descendido, las presiones intraorales positivas y negativas descendidas, la lengua saburral con desviación hacia la izquierda y la movilidad laríngea limitada. Clínicamente el reflejo deglutorio aparenta demorado, normorreflexia velopalatina e hiperreflexia nauseosa. Se visualizan abundantes secreciones en cavidad oral y en orofaringe.

Frente al diagnóstico clínico de disfagia orofaríngea con un cuadro fisiopatológico de disfagia funcional y mecánica, se decide contraindicar la alimentación por vía oral e inicia tratamiento pre-deglutorio. Se organizó el tratamiento en cuatro sesiones semanales. Con los objetivos de recuperar la reciprocidad de las funciones de respiración/deglución (6) y restablecer la nutrición e hidratación por vía oral.

Al inicio del tratamiento se realizó higiene oral, estimulación de la vía aérea superior con flujo continuo de aire comprimido por subglotis

para favorecer el control de las secreciones, estimulación térmica y gustativa del reflejo deglutorio mediante frío y sabor ácido. Estimulación neuromuscular asistida y activa, mediante ejecución de actos motores isométricos, isotónicos e isocinéticos, generación de presiones intraorales. Posterior a la decanulación se procedió a aumentar la respuesta motora suprahiodea e infrahiodea con la ejecución de las maniobras de Shaker y Masako. También se aplicó pautas terapéuticas fonatorias.

Cuando se observó una evolución clínica favorable de los parámetros motores y sensitivos se decidió incluir en el tratamiento la refuncionalización de la vía aérea. El procedimiento se realizó en varias sesiones.

1. Como primer paso se realizó la aspiración con jeringa por puerto de aspiración subglótico y aspiración traqueal por circuito cerrado.
2. Se realizaron desinflados parciales del balón de neumotaponamiento hasta que el paciente logró tolerar el desinflado total.
3. Desinflado total del balón con posterior oclusión manual. Se observó buena tolerancia.
4. En un cuarto paso se realizó el desinflado del balón de neumotaponamiento y colocación de una válvula fonatoria. En este momento terapéutico el paciente aún requirió de un mínimo aporte de oxígeno. Se observó buena tolerancia con presencia de afonía.
5. En un quinto paso se realizó el mismo procedimiento con tapón fonatorio, hasta alcanzar un período de tiempo de 48 horas.

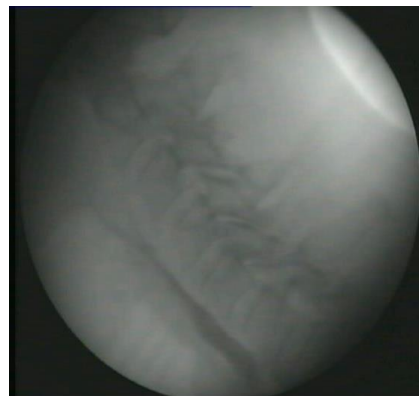
Se evaluó la seguridad del trago con Blue Test modificado de Evans, que mostró resultado negativo inmediato y positivo tardío. Al no observarse cambios clínicos en la función vocal se solicitó estudio de nasofibroscofia que evidenció parálisis completa de la cuerda vocal izquierda.

Luego de tres meses de iniciado el tratamiento fonaudiológico se realiza estudio de videofluoroscopia de la deglución (VFD) donde se evidenciaron múltiples alteraciones en la etapa oral y faríngea. En la segunda etapa oral se observa alteración en los movimientos voluntarios de propulsión y en la conformación del ramping lingual. En la etapa faríngea se constata la manifestación a tiempo del reflejo deglutorio, el patrón motor laríngeo limitado, el rebatimiento epiglótico ausente y el cierre de la vía aérea es incompleto durante el trago (Imagen 1). El clearance faríngeo se observa alterado por presencia de escasos residuos a nivel del esfínter esofágico superior (EES). Se diagnosticó disfagia orofaríngea funcional y mecánica de grado severo, al evidenciarse ingreso del contraste semisólido a la vía aérea. La manifestación del reflejo tusígeno durante el estudio no fue efectiva y no se logró compensar el riesgo para iniciar la alimentación por vía oral. Por estas razones se indicó continuar con alimentación enteral e incorporar durante el tratamiento bolo de estimulación de consistencia semisólida con volumen de 3 ml.



*Imagen 1:  
Disfagia  
orofaríngea  
funcional y  
mecánica de  
grado severo  
con aspiración  
no compensada.*

Por la buena evolución clínica a las 48 horas de haber tolerado tapón fonatorio, se decide en conjunto con kinesiología la decanulación. Diez días después se reevalúa con estudio de VFD, que evidenció menor compromiso motor en la etapa oral y en la etapa faríngea y mayor rango de movimiento laríngeo-epiglótico. Se diagnostica disfagia orofaríngea funcional y mecánica de grado levemente moderada, con aspiración franca y silente del contraste semisólido y líquido. Se logra compensar la aspiración traqueal con postura de mentón plegado y control del volumen del bolo (Imagen 2). La tos volitiva no se manifestó efectiva. Se inicia alimentación por vía oral, con dos colaciones diarias de nivel 4 según IDDSI, con volumen estricto del bolo de 3 ml y postura de mentón plegado.



*Imagen 2:  
Disfagia  
orofaríngea  
funcional y  
mecánica de  
grado  
levemente  
moderada,  
con aspiración  
silente  
compensada  
con flexión  
cefálica.*

Siete días después el paciente recuperó la bipedestación, lo que permitió realizar un nuevo estudio de VFD con el objetivo de visualizar la funcionalidad del neoesófago. Se evalúa la etapa esofágica con sustancia de contraste semisólida y líquida. Se observa en el tercio superior del cuerpo esofágico, una imagen compatible con fondo de saco con reservorio de contraste que permanece post deglución de líquido (Imagen 3). Se diagnostica disfagia orofaríngea esofágica funcional y mecánica de grado levemente moderada, observándose ingreso silente del contraste líquido al vestíbulo laríngeo con volumen de 7

ml. La manifestación de la tos volitiva persiste no efectiva. La penetración es compensada con postura de mentón plegado y control de volumen. Se indica iniciar alimentación por vía oral con dieta nivel 4 y líquidos nivel 0 según IDDSI con control de volumen estricto de 3 ml. Se indica durante la deglución de alimento y de saliva aplicar postura de mentón plegado. Continúa con nutrición e hidratación por vía enteral.



*Imagen 3:  
fondo de saco en  
tercio superior del  
esófago.*

Se realizó interconsulta con gastroenterología por la imagen observada en esófago en el estudio de VFD. Se realizó videoendoscopia digestiva alta (VEDA), donde se observó anastomosis esófago-gástrica de características normales sin lesiones, que permite el paso del endoscopio sin resalto.

El paciente continuó en seguimiento fonaudiológico con buena tolerancia a la ingesta indicada. Se decide con nutrición continuar con dieta de nivel 4 y progresar incluyendo algunos alimentos de nivel 5 y líquidos nivel 0 según IDDSI.

Si bien se observaron cambios favorables en la voz, el paciente continuó con disfonía.

Luego de cuatro meses de internación por presentar buena evolución clínico-quirúrgica se otorga el alta hospitalaria.

## DISCUSIÓN

La disfagia se manifiesta clínicamente en el cáncer de esófago previa al tratamiento quirúrgico y continúa posterior a este tiempo terapéutico, como una complicación secundaria con importantes consecuencias clínicas y psicosociales.

El acceso quirúrgico del esófago es un procedimiento difícil, principalmente porque se encuentra en una zona anatómica compleja, dado que compromete la zona cervical, torácica y abdominal. Sumado a esto, el esófago carece de serosa en su porción cervical y torácica, por lo cual se encuentra en una estrecha relación con los órganos adyacentes. Estas consideraciones anatómicas, constituyen un riesgo de daño en los órganos vecinos durante la disección y resección esofágica. (6)

En las publicaciones científicas que informan sobre esta disfagia funcional y estructural en esta población, no mencionan mayor frecuencia de alteraciones entre una etapa u otra. (7)

El perfil funcional de la disfagia estudiada por (VFD) en estos casos presentó: alteración y ralentización del movimiento lingual con déficit en la formación del bolo y residuos orales posterior al trago. Retraso en el inicio de la deglución faríngea con derrame prematuro del bolo a la orofaringe con residuo faríngeo posterior a la deglución. La evaluación del estudio dinámico de la deglución también reveló trayectorias hioideas alteradas, contracción faríngea reducida y disminución de la función de las cuerdas vocales. Se evidenció reducción de la apertura del esfínter esofágico superior que agrava la fisiopatología causando aspiración silente. (7) Estas observaciones son coincidentes con el caso clínico descrito que evidenció compromiso deglutorio funcional y mecánico.

Es observable en la clínica que los pacientes con cáncer de cabeza y cuello sufren disfagia a corto o largo plazo, afectando las actividades de la vida diaria. La recuperación de la deglución en esta población ha mejorado por los resultados terapéuticos favorables con repercusión en la calidad de vida. (7)

Hay investigaciones que exploran la recuperación de la deglución en el cáncer de esófago. En una revisión sistemática reciente, Kaneoka et al., 2018, mencionan cuatro estudios que evaluaron la intervención de la disfagia en esta población. Tres de estos cuatro estudios investigaron la estrategia postural de flexión del mentón para compensar un déficit durante el acto de tragar, a diferencia del conjunto de actos motores terapéuticos, cuyo objetivo es inducir mejoras a largo plazo en la función de deglución. (7)

## CONCLUSIÓN

Los desórdenes de los mecanismos de la deglución causados por patología tumoral, conforman una disfagia funcional y estructural que afecta la seguridad, eficacia, eficiencia y confortabilidad del acto de comer y beber. En el caso clínico presentado se observó la asociación entre la disfagia orofaríngea esofágica y el compromiso respiratorio, situación clínica que comprometió la vida del paciente complejizando el compromiso deglutorio. El requerimiento de instrumentar la vía respiratoria en el periodo post operatorio, expone al tracto aéreo digestivo superior a posibles lesiones instrumentales, pérdida de los gradientes de presión de las

válvulas musculo esqueléticas de la deglución, aumento de secreciones endógenas, limitaciones en la movilidad hio-laríngea, alteración del rebatimiento epiglótico, afectación del clearance faríngeo, etc. Este tratamiento respiratorio invasivo prolongado severiza el cuadro de la disfagia demandando más tiempo terapéutico para la recuperación de la deglución.

El manejo clínico y terapéutico del caso presentado con base en la evidencia científica, consideró la complejidad de la patología de base y de las complicaciones secundarias con impacto en el estado nutricional y la salud pulmonar, requiriendo de un enfoque transdisciplinario para el abordaje terapéutico y el seguimiento del paciente con profesionales competentes para garantizar intervenciones libres de riesgo. (8)

En futuras publicaciones de reporte de casos o investigaciones con otras metodologías, es importante considerar otras poblaciones con cáncer esofágico que reciben quimioterapia, tratamiento radiante o paliativo con los stents metálicos autoexpandibles para aliviar la disfagia, que frecuentemente es el síntoma principal. (9)

### Responsabilidades éticas

Las autoras declaran que en esta publicación de caso clínico se respetó la confidencialidad de los datos.

### Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De la Iglesia JE., Corral de la Callea MA., Fernández Pérez CG., Ruano Pérez R. y Álvarez Delgado A. Cáncer de esófago: particularidades anatómicas, estadificación y técnicas de imagen. Radiología. 2016. 58(5):352-365.
2. Braguetto M., Attilasa J. y Cardemil H. Complicaciones de la esofagectomía: diagnóstico, mecanismo fisiopatológico, prevención y manejo. Rev. Chilena de Cirugía. 2002. Vol 54 - Nº 5: 451-46.
3. Gillman A; Hayes M, et al. Exercise-based dysphagia rehabilitation for adults with oesophageal cancer: a systematic. BMC Cancer. 2022. p 22:53.
4. Rodríguez R; Borraez A. y col. Esofagectomía McKeown: Tiempo torácico. CIR ESP. 99 (Espec Congr 2) 2021:171.
5. Campos, M del C; Marturano, PE. Intervención fonoaudiológica preventiva y graduada de la disfagia en el paciente crítico. Fonoaudiológica. 2021. V:68 (2):38-51.
6. Arméstara, F., Mesallesa, E., Fontb, A., Arellanoc, A., Rocard, j., Klamburga, J. y Fernández, LF. Complicaciones postoperatorias graves tras esofagectomía para carcinoma esofágico: análisis de factores de riesgo. 2009. 33(5):224-32.
7. Kaneoka A., Yang S, Inokuchi H, et al. Presentation of oropharyngeal dysphagia and rehabilitative intervention following esophagectomy: a systematic review. Diseases of the Esophagus. 2018. 31, 1–11.
8. Crivelli A. Disfagia orofaríngea. RNC. 2007. Vol. 16, Nº 2: 47-56.
9. Takeshi Fujita et al. Radiological Image-Guided Placement of Covered Niti-S Stent for Palliation of Dysphagia in Patients with Cervical Esophageal Cancer. Dysphagia. 2013. 28:253–259.

### Como citar

Magrassi C, Oxance R, Campos M del C. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA POSTERIOR A ESOFAGECTOMÍA TOTAL. Fonoaudiológica.2023;70(3):5-12.

Disponible en: <https://fonoaudiologica.asalfa.org.ar/index.php/revista/article/view/140>