

VIDEODEGLUCIÓN, TÉCNICA, INDICACIONES Y HALLAZGOS MÁS FRECUENTES

- Autores: Jaime David ARCE SOCARRÁS, Michelle SISALIMA, Laura GONZÁLEZ, Roxana ORGIAZZI, Vanessa Nataly NARANJO SÁNCHEZ, Christian Javier GUERRERO SÁNCHEZ.

Declaramos no tener conflicto de interés.

jaime_arce_s@hotmail.com



OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Caracterizar la importancia que radica su utilización como método dinámico y de sencilla interpretación.
- Simplificar la experiencia para la descripción de los hallazgos encontrados durante su realización.

REVISIÓN DEL TEMA

- La videodeglución permite visualizar desde diferentes ángulos la secuencia completa de la deglución incluyendo:
 - Elevación de hioides y laringe
 - Contracción faríngea
 - Relajación del esfínter esofágico superior
- Analizar la formación del bolo alimenticio
- Función de los diferentes grupos musculares y estructuras anatómicas
- Medir de forma exacta los tiempos de transición orofaríngea
- Diagnosticar la existencia de penetración y/o aspiración laríngea

■ INDICACIONES

● **Pacientes con disfagia.**

- Dificultad para movilización del bolo
- Atragantamiento
- Regurgitación nasal
- Aspiración
- Emisión de saliva o líquidos por la boca

● **Pacientes sin clínica de disfagia, pero con síntomas indirectos de alteración de la deglución:**

- Disminución del apetito
- Evitación de determinados alimentos
- Alargamiento del tiempo dedicado a la comida
- Tos, carraspeo
- Disfonía durante o tras la ingesta

PREPARACIÓN DE LA TÉCNICA:

- La prueba debe realizarse con el paciente en ayunas (si es portador de sonda nasogástrica se debe retirar 12 horas antes del estudio).
- Se utiliza una dilución de sulfato de bario oral, con agua, al 50%, y preparamos tres consistencias diferentes:
 - Líquido: dilución de sulfato de bario oral.
 - Néctar: dilución de sulfato de bario oral, más 3 gr de espesante.
 - Puding: dilución de sulfato de bario oral, más 8 gr de espesante.
- Se administran las preparaciones con una jeringa en dosis crecientes de 5 ml, 10 ml y 15 ml.



- El paciente se coloca en posición lateral y sentado.
- Se van administrando las diferentes preparaciones (comienza administrando una densidad intermedia- néctar).
- Se estudia mediante video fluoroscopia cada fase de la deglución.
- Se capturan imágenes sucesivas y se guardan en video.

FASES DE LA DEGLUCIÓN

1. FASE ORAL:

- Sellado labial, zona anterior de la boca y palatogloso en la región posterior, con contacto del velo del paladar con la base de lengua.
- Masticación de los sólidos y la preparación oral del bolo.
- Movilidad de la lengua y el proceso de compactación del bolo.
- Valoración de la propulsión del bolo hacia atrás, hacia la faringe, con que potencia y cuantas veces precisa para propulsar el bolo a la faringe (deglución fraccionada).
- Comprobar también la posición del resto de estructuras, laringe, esófago, etc., (configurado en posición respiratoria).

2. FASE FARÍNGEA:

- Apertura del esfínter oral posterior, desplazándose el velo desde contactar con la base de lengua hasta contactar con la pared posterior de la faringe, sellando e impidiendo el paso del bolo de la orofaringe a la rinofaringe.
- Control del hioides:
 - Desplazamiento en sentido ascendente y anterior.
 - Relación con la apertura del esfínter palatogloso y el paso del bolo a través del mismo (si se retrasa esta elevación corre el riesgo de alteraciones de seguridad).

3. FASE ESOFÁGICA:

- La epiglotis desciende y se retroflexiona para dirigir el bolo a los senos piriformes y al esfínter esofágico superior, hasta ahora cerrado y que al llegar el bolo tiene que abrirse y permitir su paso.
- Se reconfigura la vía aerodigestiva a fase respiratoria revirtiendo los procesos hasta ahora reseñados.
- En todo este proceso se controla:
 - Desplazamiento de las estructuras y los esfínteres abriéndose y cerrándose mientras el bolo progresa entre las zonas (puede quedar residuo en diversas zonas por defecto propulsivo, residuo que puede ser peligroso con riesgo de aspiración postdeglutoria).
- Identificar la presencia de penetración cuando el bolo llega a la endolaringe sin rebasar el límite de la glotis.

PATOLOGÍAS

Lesiones estructurales intrínsecas:

Tumores de cabeza-cuello
Estenosis no tumoral
Cirugía
Presencia de cuerpos extraños
Divertículo de Zenker
Afectación muscular focal
Osteofitos cervicales
Lesiones causticas
Esofagitis

Alteraciones estructurales extrínsecas:

Bocio
Vasculares
Vertebrales
Aneurismas
Cardiomegalia

Alteraciones funcionales:

Accidente cerebrovascular (ictus)
Alzheimer
Parkinson
Esclerosis lateral amiotrófica
Afectación de los pares craneales o tronco cerebral (por trauma o tumor)
Demencia
Miastenia gravis
Distrofia oculofaringeas

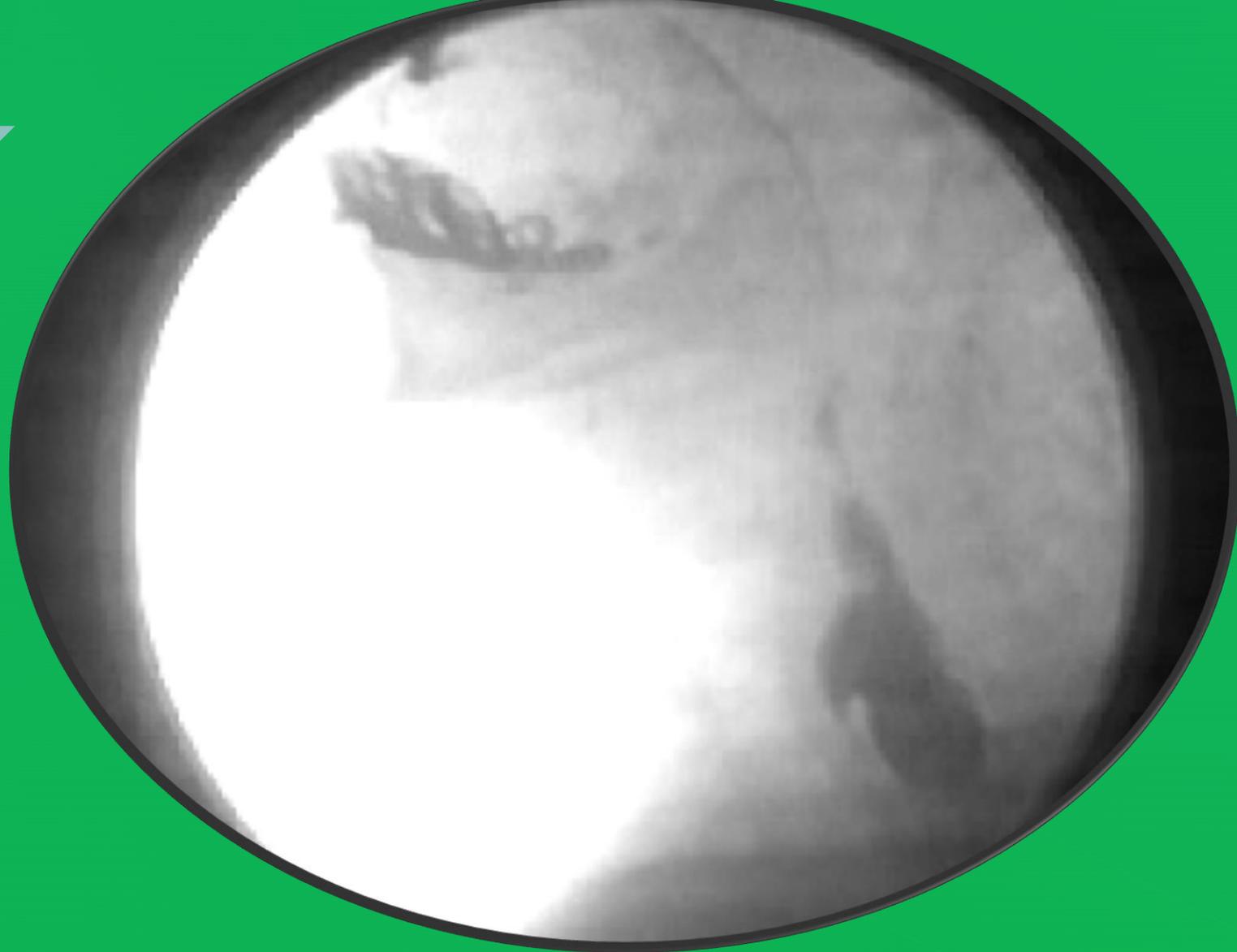
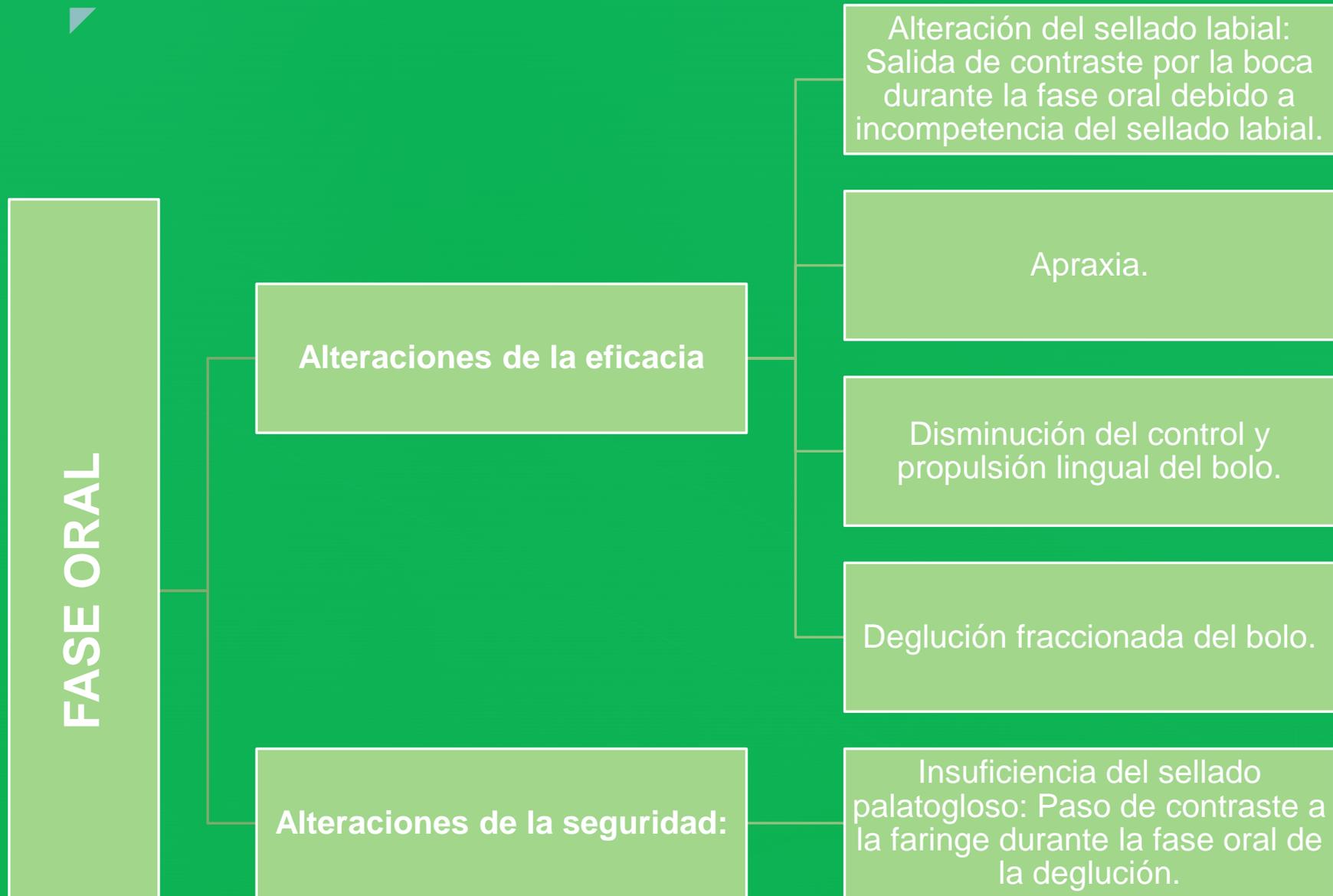


Imagen 1. se observa en fase faringe, ante sustancias liquida, saculación exofítica con retención alimentaria correspondiente a un divertículo de Zenker.

ALTERACIONES VIDEODEGLUTORIAS



FASE FARÍNGEA

Alteraciones de la eficacia:

Residuo faríngeo en vallecuela.

Residuo en los senos piriformes.

Regurgitación nasofaríngea:
Consiste en el paso de contraste a la nasofaringe por incompetencia del esfínter velofaríngeo

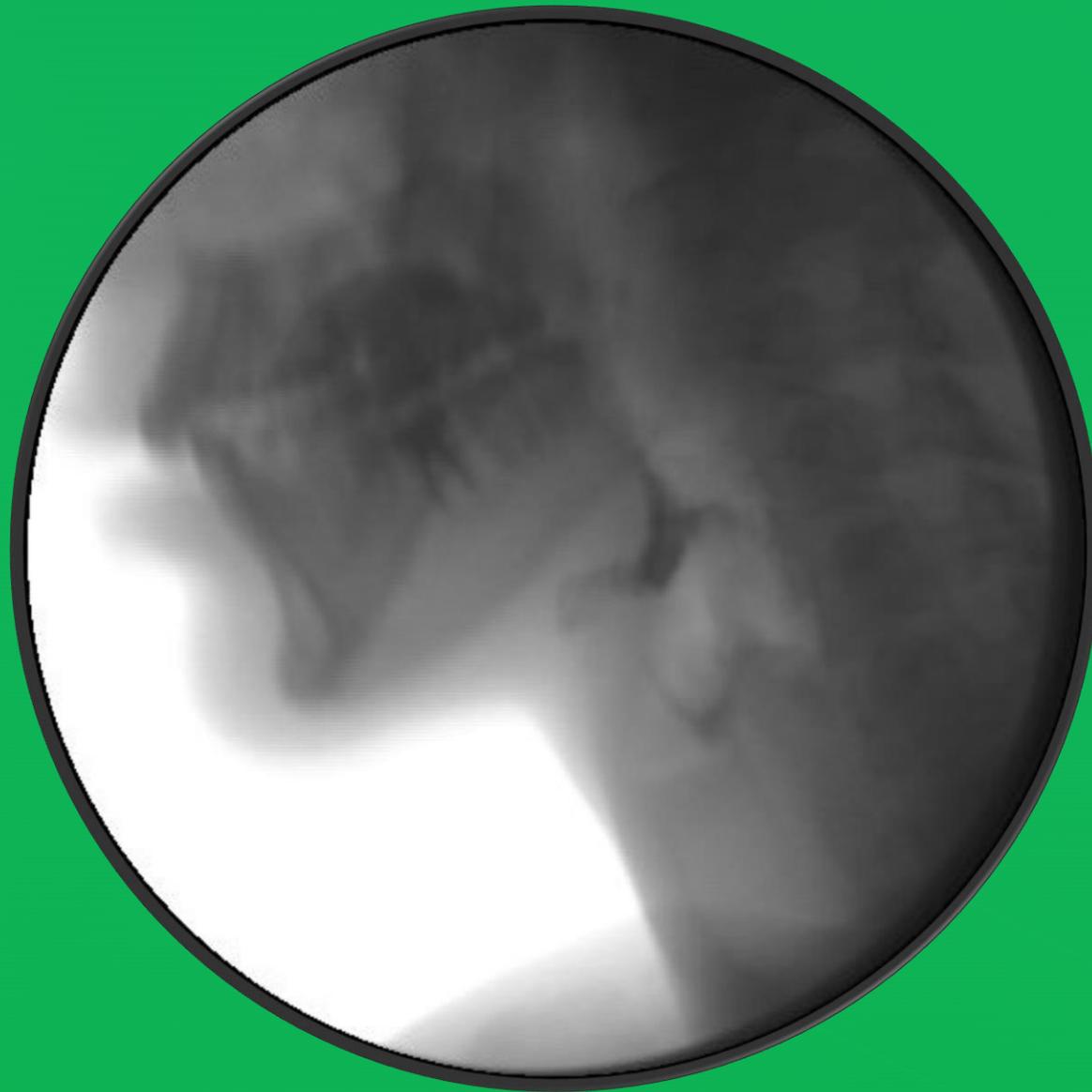
Alteración de la apertura del esfínter esofágico superior (EES):
No existe una relajación adecuada del EES con el paso del contraste.

Alteraciones de la seguridad:

Penetración laríngea: Paso de contraste hacia el infundíbulo laríngeo, sin pasar las cuerdas vocales. (imagen 2).

Aspiración laríngea: Paso de contraste a la laringe por debajo de las cuerdas vocales.

Retardo del disparo del reflejo deglutorio



- Imagen 2. La imagen muestra es la fase oral un semisólido con contraste por la boca.

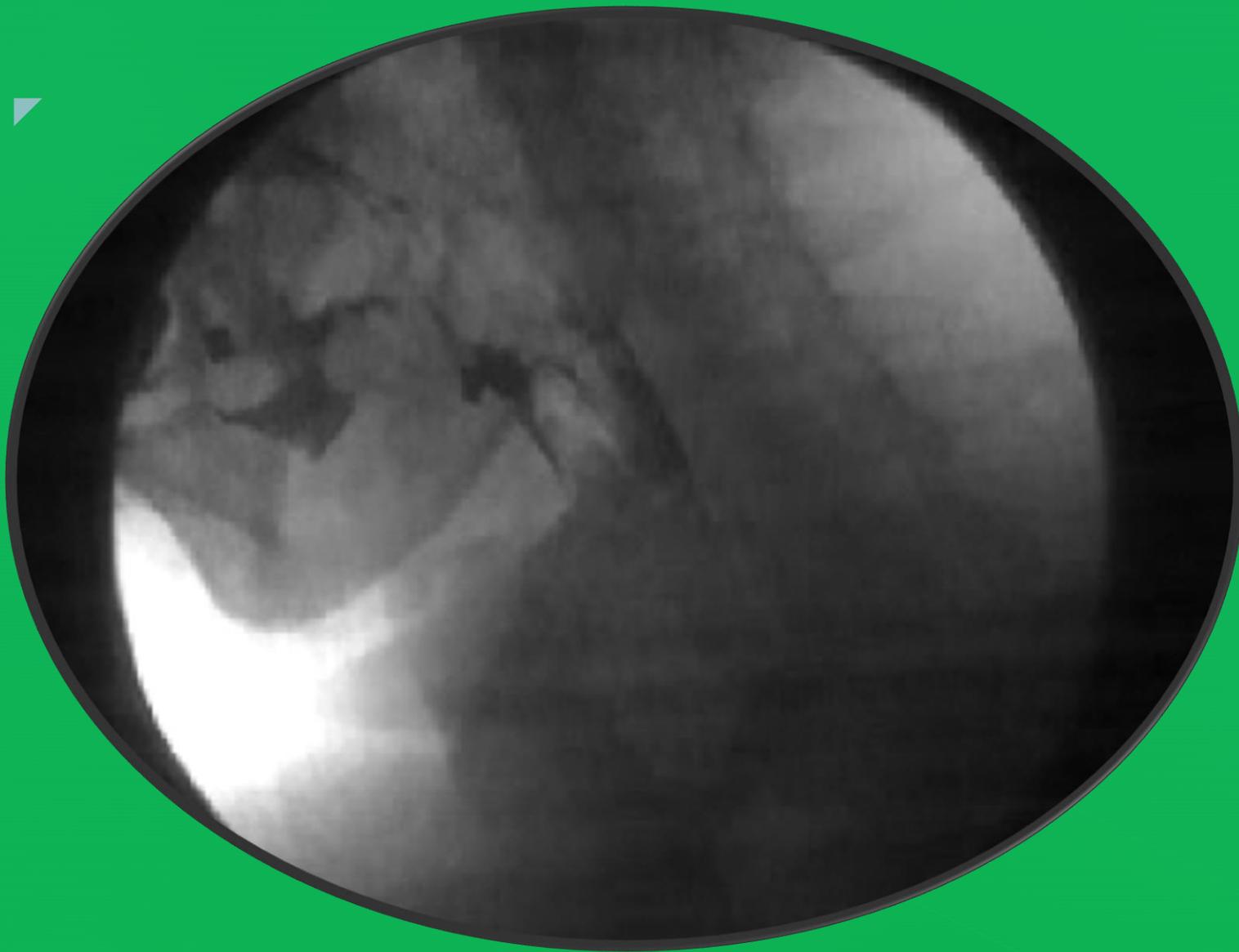
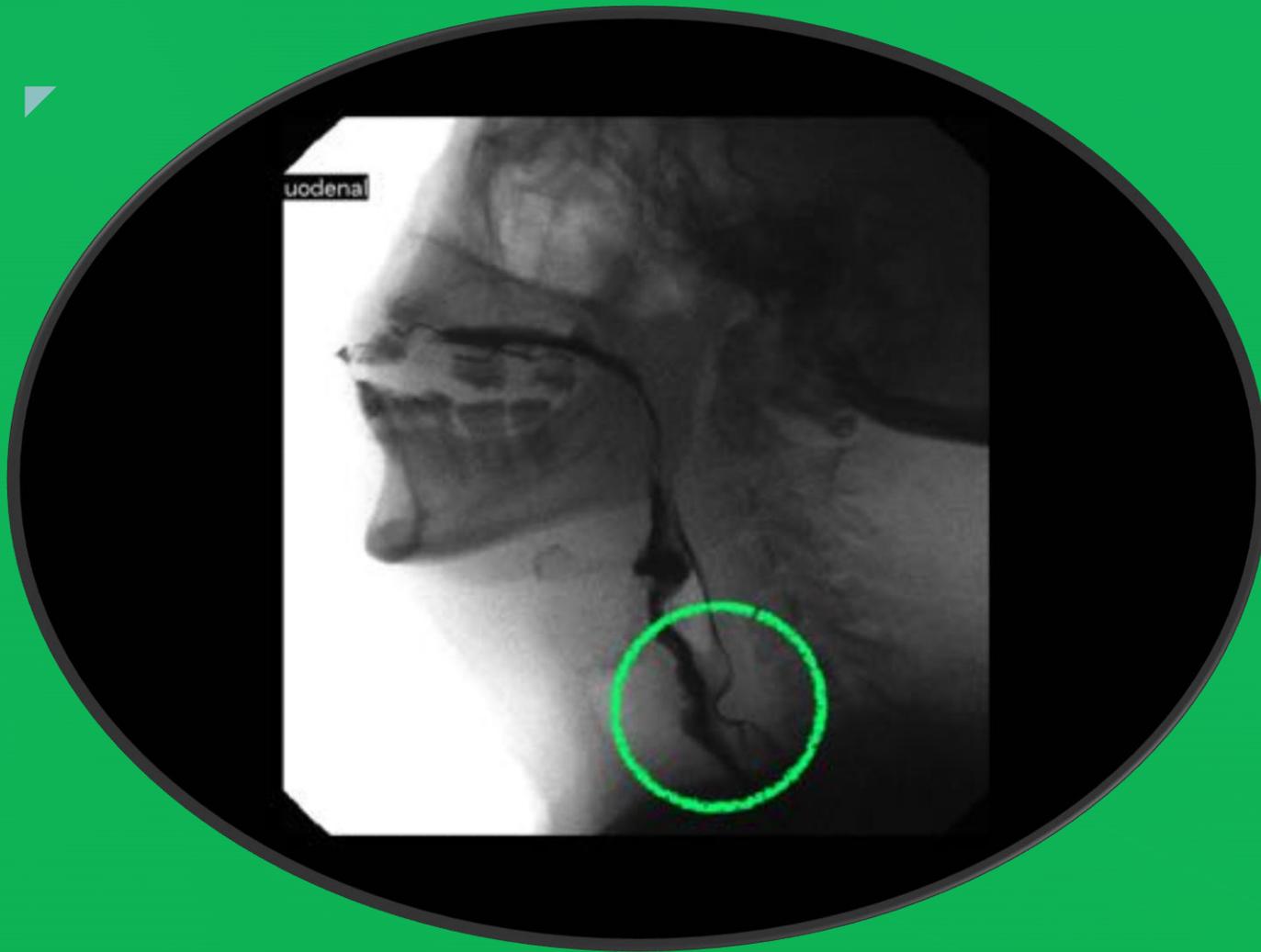


Imagen 3, Se observa en fase faríngea, ante sustancias liquidas retención vallecule, con penetración laríngea.



- Imagen 4, Alteración de la apertura del esfínter esofágico superior (EES). No se observa una relajación adecuada del EES con el paso del contraste

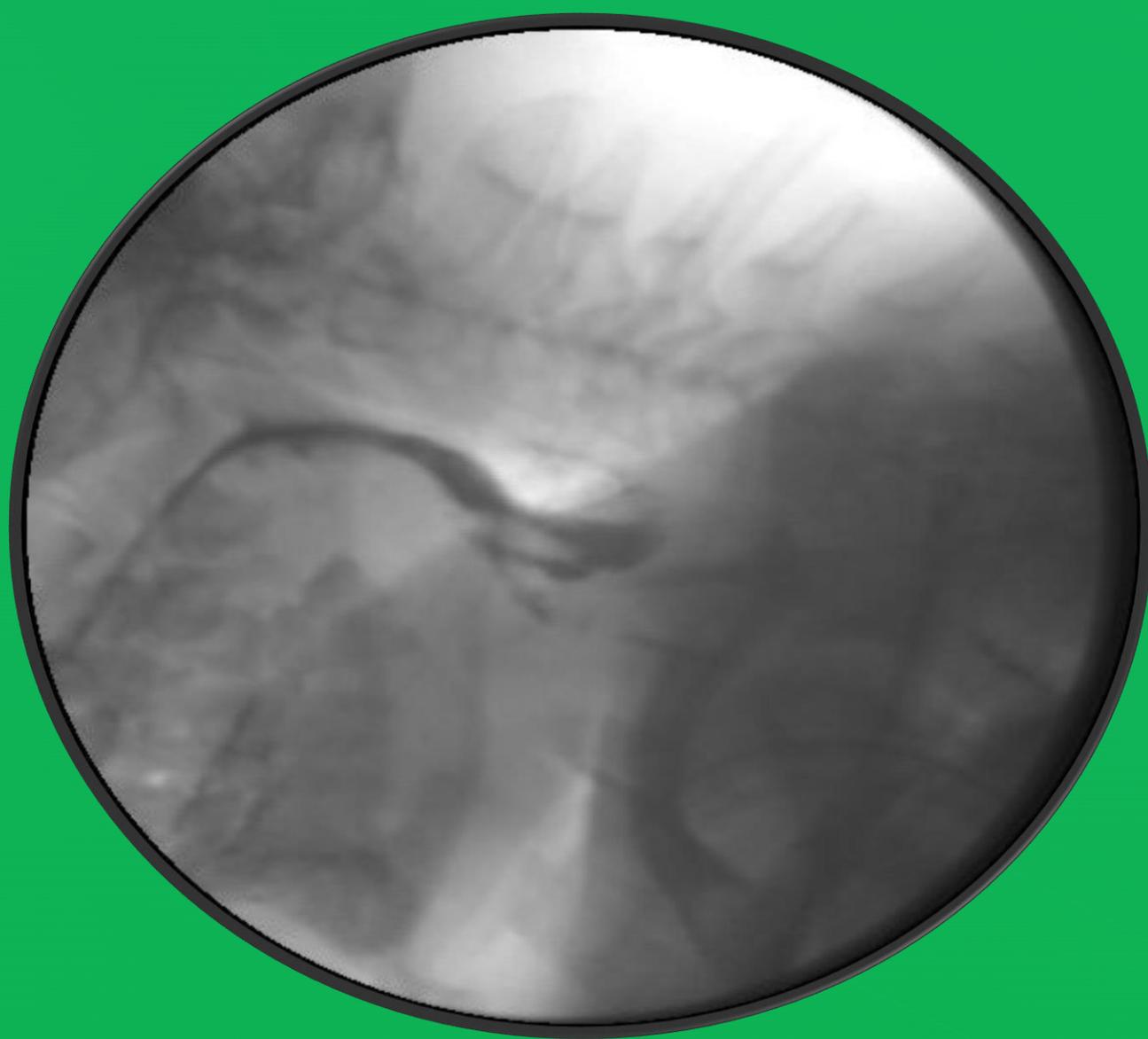


Imagen 5, se realiza maniobra de chin down con penetración a laringe,

CONCLUSIONES

- La videodeglución es un estudio con un amplio espectro de utilidades diagnosticas, el cual reivindica su uso actualmente, y brinda métodos alternativos diagnostico ante la dificultad de otros métodos de mayor complejidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Trastornos de la deglución: un reto para el gastroenterólogo, Swallowing disorders: a challenge for the gastroenterologist, Marta Ponce^a, Vicente Garrigues^a, Vicente Ortiz^a, Julio Ponce^a ^a Servicio de Medicina Digestiva. Hospital Universitari La Fe. Valencia. España.
- Videodeglutoscopia en la evaluación y manejo de trastorno deglutorio en niños García, G., Salazar, F., López, K., Navarro, D., Arrieta, A. Durango, R., Manzano, A., Quintero, M., Belandria, K, Pérez, A, Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, I.V.S.S., Caracas - Venezuela.
- Videodeglución: un clásico que vuelve a estar de moda m.I. Rozas Rodríguez, M.E. Banegas Illescas, C. Lozano Cejudo, C. Gómez Vega, M. Rojo Trujillo y R. Ruiz Martínez Hospital General Universitario de Ciudad real, Ciudad Real, España.