

INTERVENCION FONODEGLUTORIA TEMPRANA EN PACIENTES CON CANCER DE FARINGE TRATADOS CON RADIOTERAPIA/ QUIMIORADIOTERAPIA

Lic. Sanchez Valverde, Mariné; Dr. Pereira, David; Dr. Juan Manuel, Carrera; Dr. Zund, Santiago; Lic. Brotzman, Gabriela

Instituto de Oncología Ángel H. Roffo, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN

La radioterapia en cáncer de faringe suele presentar toxicidades tempranas y tardías como odinofagia, xerostomía, alteraciones en la percepción del sabor (disgeusia, hipogeusia o ageusia) y disfagia. Se ha demostrado que evitando largos periodos de nada por boca (NPO) y adoptando ejercicios de fortalecimiento deglutorio durante la RT, mejoran los puntajes en las escalas de calidad de vida

OBJETIVOS

- Cuantificar el mantenimiento de la vía oral durante el tratamiento con RT/QRT y el seguimiento a un año.
- Conocer la respuesta del paciente para el mantenimiento del programa profiláctico de ejercicios durante el tratamiento con RT/QRT.
- Describir el momento de aparición de las secuelas agudas relacionadas con la RT/QRT durante el tratamiento
- Conocer la alteración de la confortabilidad para comer durante el tratamiento con RT/QRT

MATERIALES Y MÉTODOS

Pacientes con cáncer faríngeo bajo RT/QRT. Evaluación previa al inicio del tratamiento, semanal durante tratamiento, al mes y a los 12 meses post tratamiento.

• **Abordaje fonodeglutorio pre tratamiento:** Entrevista inicial. Videoradioscopia de la deglución (VRD), escala Karnell. Evaluación del gusto y fonatoria (GRB).

• **Abordaje fono deglutorio Intratratamiento:**

- Programa de ejercicios profilácticos para el fortalecimiento de la deglución: Realizados dos veces por día. Consta de: Ejercicios de fortalecimiento anterior de la lengua, de fortalecimiento posterior, rango de movimiento mandibular, rango de movimiento laríngeo, ejercicio de elongación velar.

- Función deglutoria intratratamiento: Evaluación clínica deglutoria (auscultación cervical) Sonidos agregados (lub-dud), tos.
- Función salival: Disminución o cambios en la saliva
- Confortabilidad deglutoria: Alimentación placentera.
- Percepción del sabor: Perdida, disminución o distorsión de las cualidades del sabor
- Odinofagia: Dolor al tragar
- Disfonía: Evaluación de /a/ sostenida, GRB.
- **Abordaje fonodeglutorio al mes de la QRT/RT:** Evaluación con VRD, control de las secuelas agudas. Escala de calidad de vida MDADI.
- **Abordaje fonodeglutorio al año de la QRT/RT:** Se repite misma evaluación que al mes.

RESULTADOS

Se incluyeron 49 pacientes de los cuales 13 discontinuaron el seguimiento fonaudiológico en algún momento. Por lo que se incluyeron 36 pacientes con carcinoma de faringe.

Características	N=36 (%)
Mediana de edad	54[29-70]
Mujeres/hombres	8(22) / 28(77)
Sitio del tumor	
Rinofaringe	2 (5)
Cavum	2 (5)
Orofaringe	26 (72)
Velo del paladar	2 (5)
Amígdala	16 (45)
Base de lengua	7 (20)
Pared lateral de la faringe	1 (3)
Hipofaringe	8 (22)
Senos piriformes	8 (22)
Estadio del tumor	
I	1 (3)
II	2 (5)
III	13 (36)
IV	20 (56)
Tipo de tratamiento	
RT	36 (100)

FORTALECIMIENTO ANTERIOR DE LA LENGUA.

FORTALECIMIENTO POSTERIOR DE LA LENGUA

RANGO DE MOVIMIENTO LARINCEO.

ELONGACIÓN VELAR

RANGO DE MOVIMIENTO MANDIBULAR



Escala de Performance deglutoria de Michael P. Karnell y Ellen Mac Cracken.

- Grado I:** Normal
- Grado II:** Limitación funcional mínima, en etapa oral o faríngea. Mantiene dieta regular sin maniobras precautorias en la deglución.
- Grado III:** Ligero deterioro; requiere modificaciones dietarias del régimen alimentario como medida terapéutica precautoria.
- Grado VI:** Deterioro ligero a moderado; requiere medidas terapéuticas precautorias en la deglución para minimizar el riesgo de aspiración y régimen alimentario especial.
- Grado V:** Deterioro moderado; aspiración presente en el examen; requiere de un régimen alimentario especial y medidas terapéuticas precautorias para minimizar el riesgo de aspiración.
- Grado VI:** Disfunción moderada a severa; aspiración presente en el examen; requiere de un régimen alimentario especial y precauciones para minimizar el riesgo de aspiración en la deglución; requiere suplemento dietario por vía enteral.
- Grado VII:** Deterioro severo; severa disfunción con presencia significativa de aspiración o tránsito inadecuado desde la orofaringe al esófago. Imposibilidad de alimentación por vía oral. Alimentación enteral exclusiva.

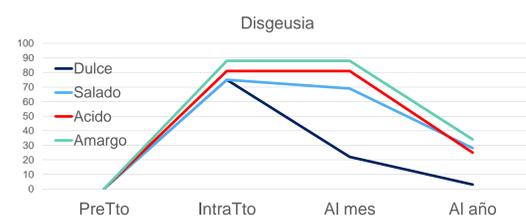
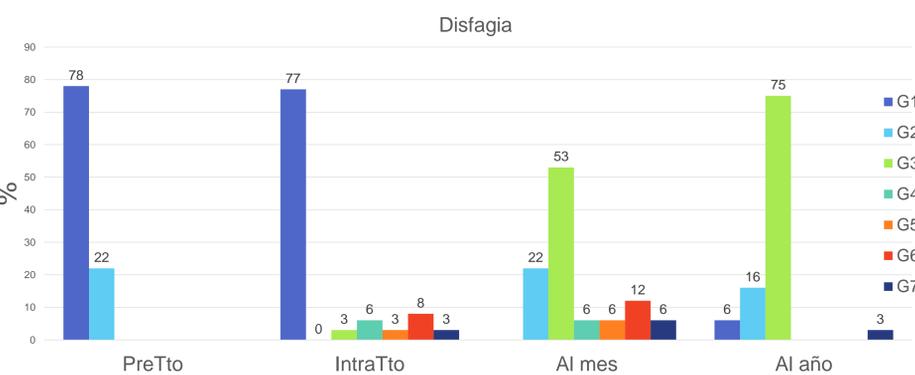
Los pacientes que pudieron sostener la batería de ejercicios completa durante todo el tratamiento fueron el 44% (16/36). Los pacientes que no pudieron sostener la batería de ejercicios fueron el 55% (20/36). De los cuales 11 suspendieron algunos ejercicios (ejercicios de fortalecimiento posterior de la lengua) y 9 suspendieron la batería completa (55% y 45%). El motivo de la suspensión en todos los casos fue dolor y se produjo en la cuarta semana de tratamiento.

Deglución Intra tratamiento	Total de pacientes	Sin auxilios terapéuticos	Con auxilios terapéuticos
Vía oral	32/36 (88%)	29/32 (90%)	3/32 (9%)
SNG	4/36 (11%)	Alimentación enteral	Alimentación enteral

Deglución intratratamiento RT/QRT.

Características de la población.

ABORDAJE FONODEGLUTORIO	Pre tratamiento	Intra tratamiento	Al mes	Al año
VRD /Grado de disfagia	GI 28/36 (78) GII 8/36 (22%)	VRD a 8/36 (22%) G III 1/ 8 (13%) G IV 2/8 (25%) G V 1/ 8 (12%) G VI 3/ 8 (38%) G VII 1/ 8 (12%)	GII 8/36 (22%) GIII 19/36 (53%) GIV 2/36 (5%) GV 2/36 (5%) GVI 4/36 (12%) GVII 2/36 (%)	GI 2/36 (6%) GII 27/36 (75%) GIII 6/36 (16%) GVII 1/36 (3%)
Evaluación clínica deglutoria	No realizada	Lub-Dub 5/36 (14%) Tos 3/36 (8%)	No realizada	No realizada
Perdida del sabor: Dulce Salado Ácido Amargo	No presentan	32/36 (88%) 24/36 inicio en 4° semana 24/36 inicio en 6° 26/36 inicio en 6° semana 28/36 inicio en 6° semana	7/36 22/36 26/36 28/36	1/36 9/36 8/36 11/36
Grado de Disfonía	No presentan	T: 12/36 (33%) Grado 1: 8/36 (22%) Grado 2: 4/36 (11%)	Grado 1:5/36(14%) Grado 2:3/36 (6%)	Grado 2: 1/36 (3%)
Xerostomía	No presentan	30/36 (83%) Inicio en 3° semana	27/36 (90%)	26/30 (86%)
Odinofagia	No presentan	20/36 (55%) Inicio en 3° semana	4/36 (20%)	No presentan
Confortabilidad	No presentan	26/36 (72%)	21/36 (58%)	6/36 (17%)
MDADI	No se administro	No se administro	25/36 (70%) < 50%	1/36 (36%) <50%



CONCLUSIONES

Observamos que los pacientes fueron adherentes al programa de ejercicios salvo en circunstancias de dolor. Tanto las evaluaciones clínicas como radioscópicas de la deglución permitieron detectar tempranamente a los pacientes que requirieron modificaciones en la dieta, o auxilios terapéuticos para mantener la vía oral segura, o determinar la colocación de una vía enteral de alimentación. El seguimiento intratratamiento como los controles al mes y al año fueron útiles para describir el patrón de aparición de las secuelas agudas y permanentes; así como también poder determinar en qué momento el acto deglutorio dejó de ser confortable. La afectación progresiva del sabor se correlaciona con el deterioro progresivo de la confortabilidad para comer durante el intratratamiento. La xerostomía fue la secuela que prevaleció aún al año de la finalización del tratamiento y afectó de manera crónica la selección de los alimentos a fin de facilitar su tránsito desde la fase preparatoria oral a la faríngea. Estos cambios necesarios en la viscosidad del bolo para facilitar el clearance faríngeo determinó la prevalencia de la disfagia grado 3 según la escala de Performance deglutoria (PSS). Es vital detectar estas alteraciones para evitar mayor sufrimiento psicológico de los pacientes y para ofrecer expectativas reales respecto a la duración y la remisión de las secuelas.