

## Disfagia en pacientes intervenidos de carcinomas orales

Barroso R, JM (1); Rúa G, L (2); De Jorge T, MA (3); Fernández del Valle, Á (2); De Vicente R, JC (4)

**Filiación:** (1) Jefe de la Unidad de Foniatría, Logopedia y Disfagia, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. (2) Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. (3) Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España. (4) Jefe de Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

- **Objetivos:** actualmente, los defectos creados tras la cirugía del cáncer oral son reconstruidos de manera satisfactoria mediante colgajos microvascularizados(1). A pesar de ello, es inevitable la alteración de ciertas funciones fisiológicas como la deglución, especialmente en los casos de lesiones de mayor tamaño(2, 3). El objetivo de nuestro estudio es evaluar el grado final de disfagia en pacientes sometidos a este tipo de intervenciones(4).
- **Metodología:** se realiza una recogida sistemática de pacientes intervenidos de cáncer oral y reconstruidos con colgajos microvascularizados en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Central de Asturias entre Abril de 2014 y Abril de 2018. Se incluyen datos demográficos (edad, sexo), hábitos tóxicos, localización tumoral, anatomía patológica preoperatoria, TNM postquirúrgico, tipo de colgajo realizado y evolución del paciente. Se llevó a cabo una valoración de los pacientes por parte de la Unidad de Foniatría y Disfagia del mismo hospital transcurrido al menos un mes de la intervención, para evaluar su capacidad de deglución. Aquellos que presentaron durante dicha exploración alteraciones deglutorias postoperatorias se sometieron a rehabilitación logopédica, con una media de 2 sesiones semanales. La evaluación foniatrica consistía en exploración física y funcional general y pruebas de función deglutoria: método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V) y videoendoscopia de deglución con bolos en textura néctar, líquido y pudín a diferentes volúmenes.
- **Resultados:** se estudiaron un total de 94 pacientes. El tiempo medio de seguimiento fue de 20,1 meses. La media de edad fue de  $66,37 \pm 11,68$  años. El 58,5% (N= 55) eran varones y el 41,5% mujeres (N= 39). El 68% habían fumado, de los cuales la mitad (N= 32) eran fumadores activos. El 38,3% (N= 36) habían consumido alcohol, siendo 29 de ellos bebedores activos. La localización inicial más frecuente de la lesión fue en suelo oral y encía mandibular, ambas en un 22,3% de los pacientes (N= 21), seguida de la lengua (21,3%). La anatomía patológica preoperatoria fue de Carcinoma escamoso en un 94,7%. El colgajo microvascularizado realizado mayoritariamente fue el anterolateral de muslo (ALT) (36,2%, N= 34), seguido del radial (23,4%, N= 22). Respecto a la clasificación TNM, el tamaño tumoral más frecuente fue el T2 (tumor de más de 2 centímetros pero menor o igual a 4 en su diámetro mayor), el estadio ganglionar el N0 (ausencia de metástasis ganglionares cervicales) y la mayoría no presentaban metástasis a distancia en el momento del diagnóstico (M0). Al final del estudio, el 66% (N= 62) de los pacientes se encontraban vivos y sin signos de recidiva. De los 94 pacientes, 36 fueron evaluados tras la cirugía (durante su ingreso hospitalario o de manera ambulatoria tras el alta) por la Unidad de Foniatría y Disfagia. Se realizó un análisis de este subgrupo: el 58.3% presentaban disfagia orofaríngea, seguido de un 19,4% en el que se objetivó disfagia sólo en la fase oral. El 69.4% fue sometido a rehabilitación logopédica postquirúrgica y adaptación nutricional siguiendo la valoración foniatrica, con una media de  $37,33 \pm 21$  sesiones. El 41,7% no precisó sonda de gastrostomía y un 27,8% la necesitó temporalmente. Más de la mitad de los pacientes (55,6%) fueron dados de alta de la Unidad de Foniatría y Disfagia por mejoría clínica y vuelta a la nutrición oral.
- **Comentarios y conclusiones:** la mayoría de los pacientes presentaron clínica de disfagia tras la intervención quirúrgica, pero tras la rehabilitación logopédica y adaptación nutricional fue posible dar a más de la mitad de ellos de alta por mejoría

clínica. Esto refleja la importancia de la misma para minimizar las secuelas deglutorias de estos pacientes, siendo fundamental un manejo interdisciplinar en esta patología.

- **Bibliografía:**

1. Yadav SK et al. Microvascular Free Flaps in Oral and Maxillofacial Reconstruction following Cancer Ablation. J Nepal Health Res Council. 2017 Sep 8;15(2):88-95.
2. Brown L et al. A Longitudinal Study of Functional Outcomes After Surgical Resection and Microvascular Reconstruction for Oral Cancer: Tongue Mobility and Swallowing Function. J Oral Maxillofac Surg. 2010 Nov;68(11):2690-700.
3. Santini L et al. A videofluoroscopic study comparing severe swallowing disorders in patients treated surgically or with radiation for oropharyngeal cancer. Int J Oral Maxillofac Surg. 2015 Jun;44(6):705-9.
4. Tei K et al. Does Swallowing Function Recover in the Long Term in Patients With Surgically Treated Tongue Carcinomas? J Oral Maxillofac Surg. 2012 Nov;70(11):2680-6.