

# El bebé se “atraganta”: que tenemos que evaluar

Dra. Laura Villegas  
Fonoaudióloga

# Causas:

- Se piensa en **alteraciones orgánicas** como etiología posible de una Disfagia oro faríngea
- Malformaciones
- Secuelas neurológicas
- Síndromes Genéticos.....

# Todos esperamos que un lactante “sano” succione – trague y se nutra placenteramente



- Definición: coordinación secuencial....
- Compuesta por tres tiempos o etapas....
- Componente orgánico, funcional, y vincular
- Con fuerte impronta cultural... y conductual

# Consulta pediátrica

- Lactantes vomitadores con reflujo nasal de alimento
- Atoramientos-Atragantamientos-Tos durante las tomas y con su propia saliva
- Mal progreso de peso
- Amamantamientos “peleados”
- Catarros\_tos-mucosidad persistente
- Sensación de garganta - nariz ocupada
- BOR – Laringitis NMN a repetición

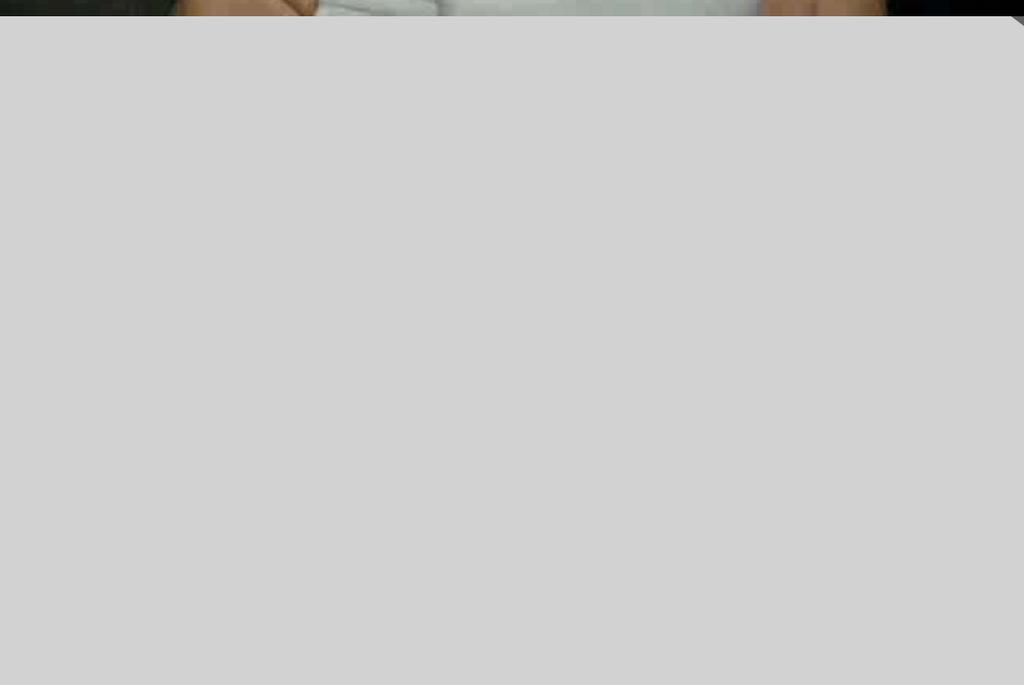
# Motivo de consulta: alertas

- Frecuencia de los atoramientos/ahogos
- Intensidad
- Relación a qué situaciones
- Con leche...con saliva?
- Desde cuando?
- Grado de preocupación materna
- Requerimientos
- Consultas en guardias de emergencias

# Consulta pediátrica



Preguntar  
Observar  
Escuchar



# Disfagia

NUEVO ORDEN ADAPTATIVO



disfunción

CUMPLIMIENTO DE LAS  
NECESIDADES VITALES

**Las estructuras son producto de una historia funcional**



DISFUNCIONES PRIMARIAS

DISFUNCIONES SECUNDARIAS

## ANORMALIDADES VÍA AÉREA SUPERIOR:

Atresias / estenosis coanales uni – bilat

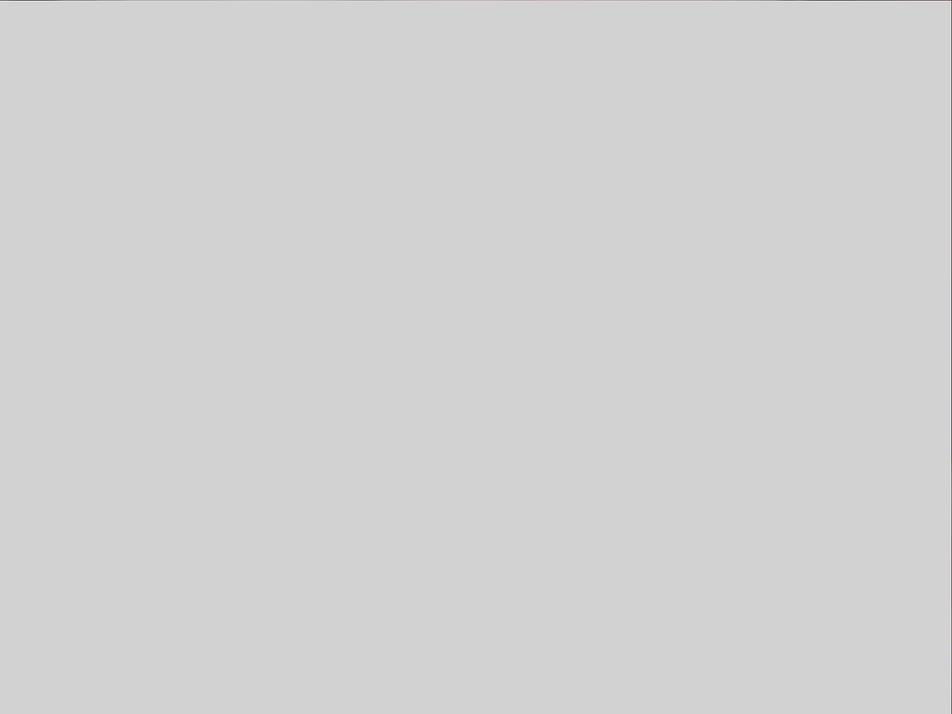
Edemas. HTAd. HTAm.

Laringo tráqueomalacias

Parálisis / paresias CV uni – bilat.

FLAP, retromicrognatia, macroglosia

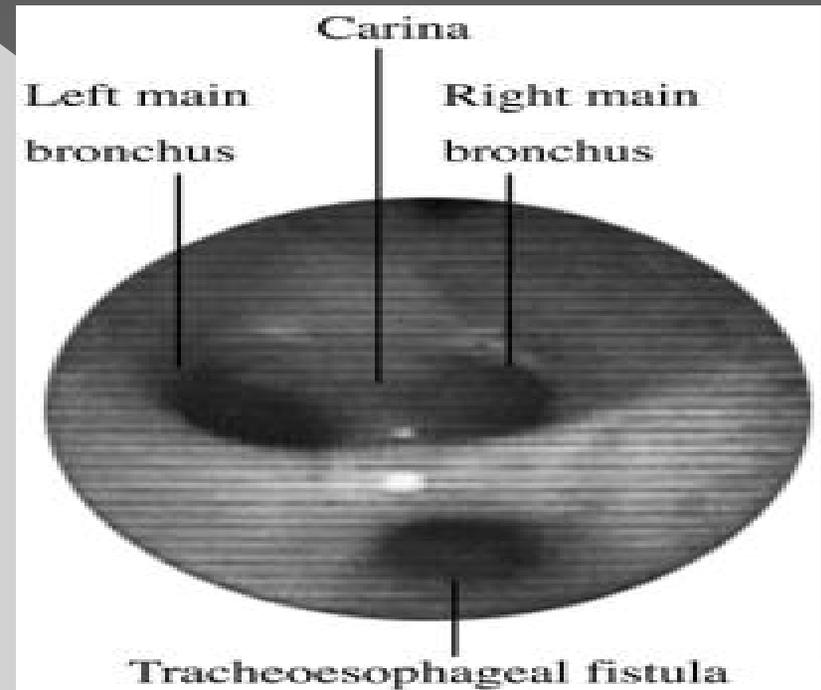




# ETIOLOGÍAS

## MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE LARINGE, TRÁQUEA, ESÓFAGO:

fístulas, atresias, estenosis  
doble arco aórtico,,  
membranas glóticas / supra  
papilomatosis, angiomas



# ETIOLOGÍAS

- NEUROLÓGICAS:  
encefalopatía, hipotonías, parálisis faciales  
MMC, A. Chiari, TEC
- ENF. NEUROMUSCULARES:  
G. Barré, Miastenia Gravis  
Distrofia neuromuscular
- DEFECTOS ANATÓMICOS ADQUIRIDOS:  
por intubación, traumáticos

# S. Moebius



# ETIOLOGÍAS

- GENÉTICAS:

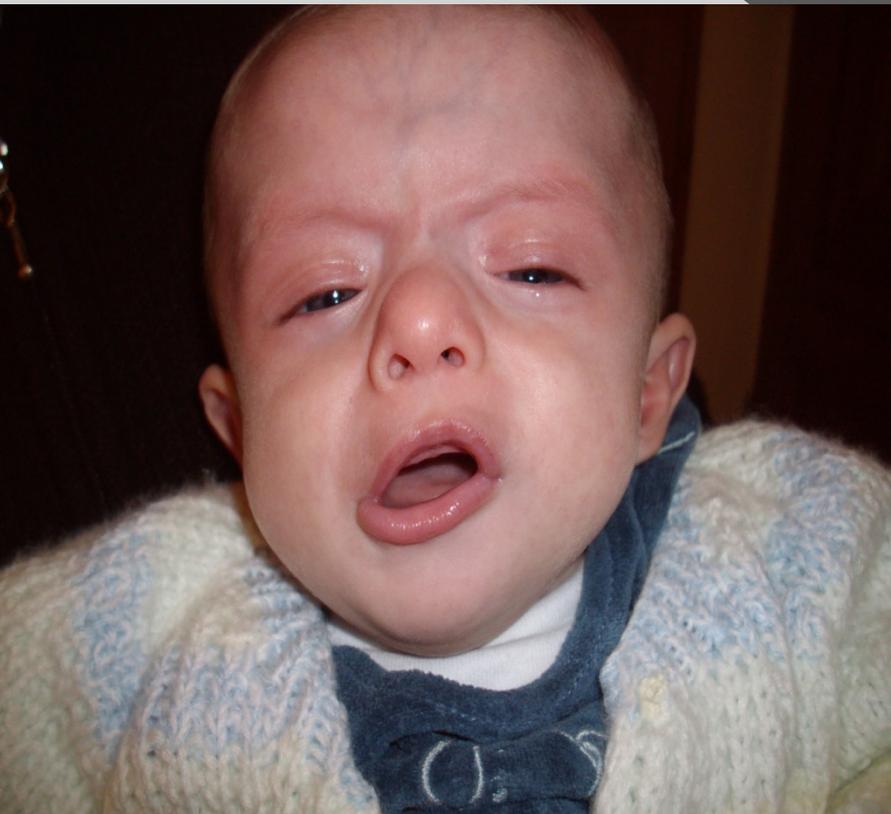
P . Willis, Angelman,

Cornelia Lange, P. Robin, T. Collins,  
Goldenhar. (2° arco branquial)

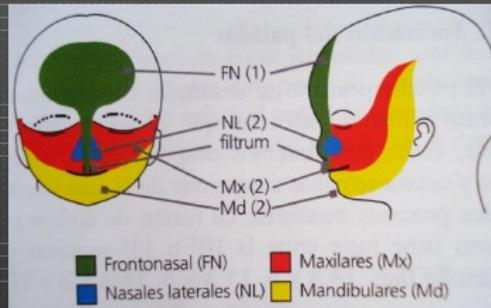
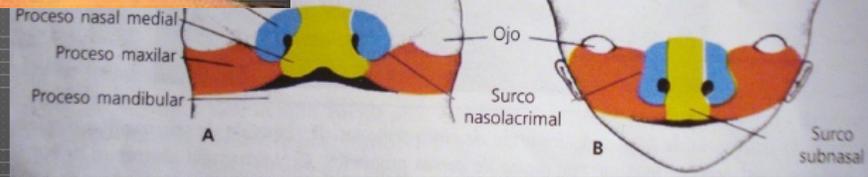
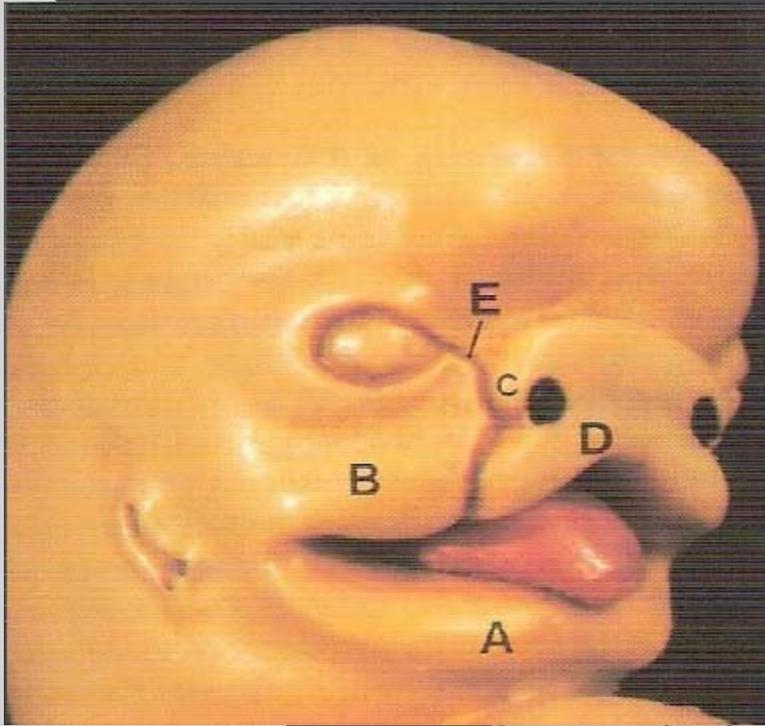
Moebius

Cardio velo facial, Di Ge





# 6º semana gestación



# ETIOLOGÍAS

- PREMATUREZ
- SECUELARES RESPIRATORIOS:  
D.B.P.  
TQT O2 dependientes
- CARDIOPATÍAS
- DESNUTRICIÓN

# ETIOLOGÍAS ORGÁNICAS

Pueden afectar

- ⦿ la **función** en sí misma
- ⦿ la **estructura** y consecuentemente la función

**ETIOLOGÍA FUNCIONAL**

**DISFUNCIÓN VELOFARÍNGEA**

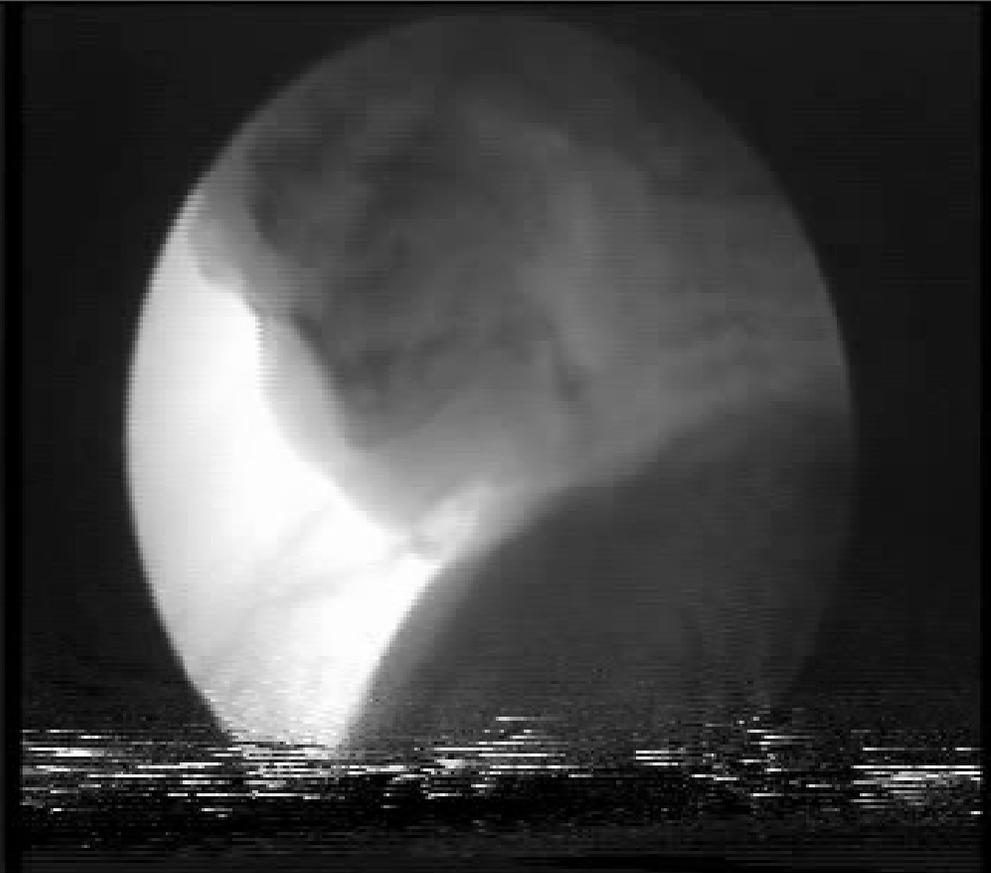
# Disfunciones Velo faríngeas

- Lactantes "sanos"
- Semiología:
  - Cornaje nasal
  - Arcadas
  - Lago faríngeo
  - Tos durante – post ingestas
  - Rechazo de líquidos /sólidos
  - Rinofonía
  - Voz engolada durante las ingestas
  - Atragantamientos
  - Ingesta excesiva de líquidos durante la comidas sólidas y semisólidas
  - Residuo de alimento en boca/ fauces

# Disfunción Velo faríngea

- ❖ ENTIDAD POCO VALORADA
- ❖ RIESGO CLÍNICO **NUTRICIONAL**  
**RESPIRATORIO**
- ❖ INCAPACIDAD DEGLUTORIA
- ❖ INCOORDINACION VELOFARÍNGEA FUNCIONAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA
- ❖ COEXISTE EN ALGUNOS CASOS CON DISPRAXIA ORAL
- ❖ OCASIONA OBSTRUCCIÓN RESPIRATORIA ALTA  
OTITIS MEDIA RECURRENTE  
MAL PROGRESO DE PESO

# ALTERACIÓN DEGLUTORIA DEL LACTANTE DISFUNCIÓN VELOFARÍNGEA



# Válvula velo faríngea

- **Constrictores faríngeos superior** (oro y naso farínge) **medio** (laringofarínge) **inferior** (laringo farínge y EES)  
Vago (X)
- **Salpingofaríngeo**: eleva farínge(X)
- **Elevador del velo**: (por dentro de Trompa de Eustaquio) X
- **Tensor del velo**: retrasa y eleva velo, abre trompa (V)
- **Musc Uvula**: X
- **Estilofaríngeo**: eleva farínge sup (glosof)
- **Palatofaríngeo**: ístm de las fauces (fibras en abanico)  
Eleva farínge y laringe, aproxima arcos palatinos (X)
- **Palatogloso**: ístm fauces, aproximan arcos palatinos, mov de zueco lingual(X)

# Músculos suprahioides

- ◉ **Digastrico** vientre anterior (leva hioides, retrae y deprime mandíbula) posterior (retrae hioides y retrae y deprime mandíbula) VII V
- ◉ **Geniohioides**: eleva hioides XII Hipogl. C1
- ◉ **Milohioides**: eleva hioides y lengua(V)

# Músculos Infrahioides

- ◉ Estilohioideo : eleva hioides VII
- ◉ Esternotiroideo: deprime laringe y hioides (XII)
- ◉ Tirohioideo: eleva hioides y laringe (XII hipogl C1)

# Músculos Linguales

## Extrínseca

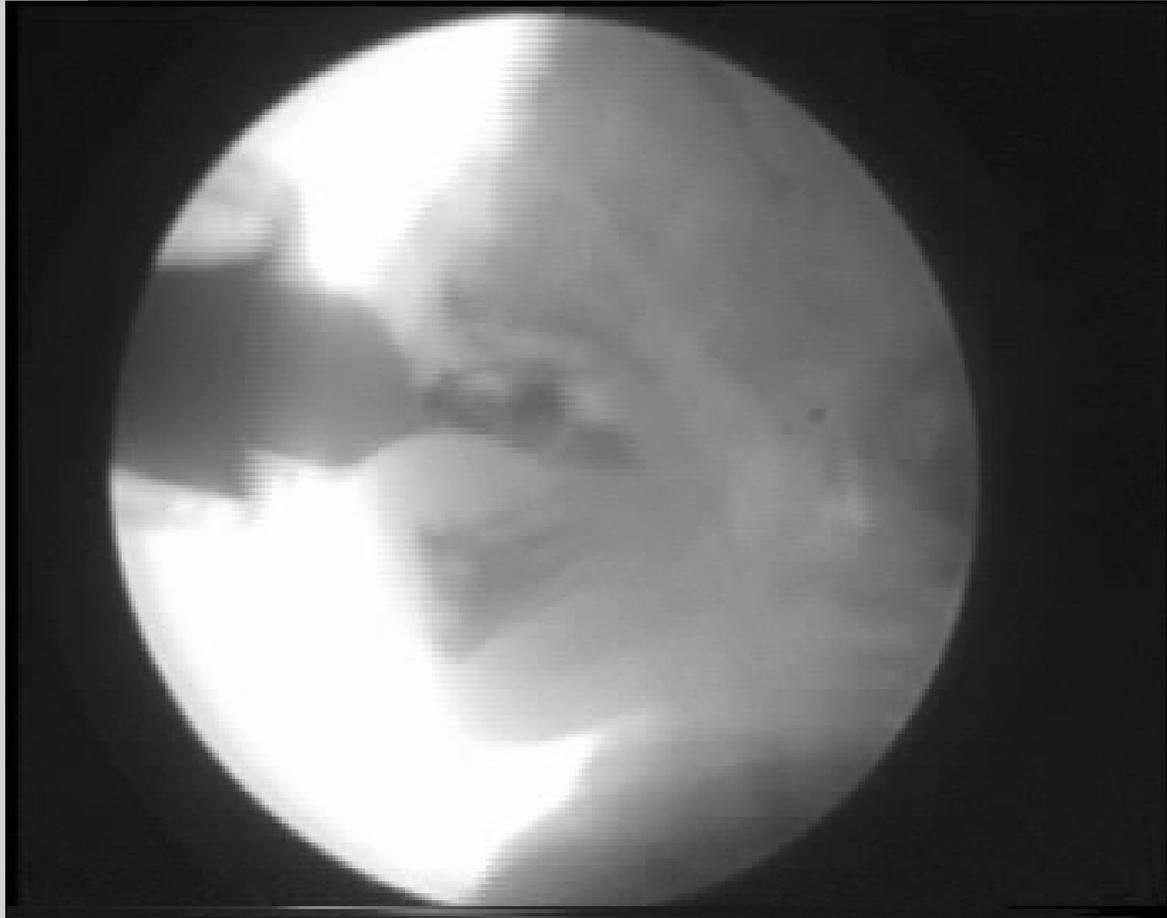
- **Estilogloso:** retrae y eleva laterales (XII)
- **Geniogloso** deprime, protruye y retrae (XII)
- **Hiogloso:** retrae (XII)

## Intrínseca

- **Longitudinal** contrae y retrae (XII)
- **Transversal:** contrae y angosta (XII)
- **Vertical:** ensancha y aplanar ápice (XII)

# Musc. Orales y Masticatorios

- **Masetero:** eleva mandíbula (V)
- **Orbiculares de labios:** esfínter labial (VII)
- **Pterigoideo lateral:** protruye, lateraliza (unilat) y deprime mandíbula (V trig)
- **Pterigoideo medial:** mas profundo, eleva protruye y lateraliza mandíbula (V)
- **Temporal:** eleva y retrae mandíbula. Principal control postural mandibular(V)



# Intercurrencias

- **Respiratorias** : CVAS persistentes o a repetición  
BQL recidivantes (viroológicos \_)  
Pausas apneas  
ALTE
- **Nutricionales** : mal progreso de peso
- **Gastrointestinales**: Arcadas / Vómitos / Reflujo nasal de alimento
- **Calidad de vida**: irritabilidad/ mal dormir/  
hambre/  
ahogos/ tos

# TRASTORNOS DE DEGLUCION EN PACIENTES CON A.L.T.E.

Hospital Prof. Al Posadas Rojkes, E; Villegas, L; Berger, A; Sosa, P; Toca, M;  
3° Congr Arg Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Salta (2005)

**Introducción:** El A.L.T.E. (evento de amenaza a la vida), se caracteriza por pausas respiratoria, arcadas y/o ahogos, cambios de color y/o tono que alarman al observador, puede estar relacionado a distintas situaciones, una de ellas el trastorno de deglución en cualquiera de sus tres tiempos.

**Materiales y Métodos:** Se revisaron las historias de **pacientes con diagnóstico de ALTE y VD realizada por sospecha clínica de trastornos de deglución (examen clínico fonolaringológico)**; desde agosto del 2001 a junio 2005. **Se excluyeron** pacientes con EG < a 34 semanas, malformaciones craneo-faciales, secuelas neurológicas, cardiopatías, enfermedades respiratorias, síndromes genéticos, y aquellos con hallazgos clínicos que no requirieron VD

## Resultados:

**Pacientes con A.L.T.E.** n:195, con VD n:55

**Edad promedio:** 3 meses (rango 10 d a 1 año)

**Sexo femenino:** n:28

**Síntomas:** Tos: n:27, 49,1%

Ahogos: n:48, 87,3%

Cianosis: n: 20, 36,4%

Hipotonía: n:5, 9,1%

Reflujo nasal: n:14, 25,5%

Cornaje: n: 28, 50,9%

## Resultados:

### Examen clínico fonolaringológico:

Prensión anormal: n: 33 60%

Dispraxia oral: n: 44 80%

Residuo en boca: n: 38 69,1%

Reflejo velar anormal: n: 47 85,5%

Alter. succión-degl: n: 41 74,5%

Modo resp. anormal: n:39 70,9%

Lago faríngeo: n:35 63,6%

## Resultados:

### video- deglución:

1er tiempo: (extrusión de alimento, residuo en boca, adap. lingual)

n: 46 83,6%

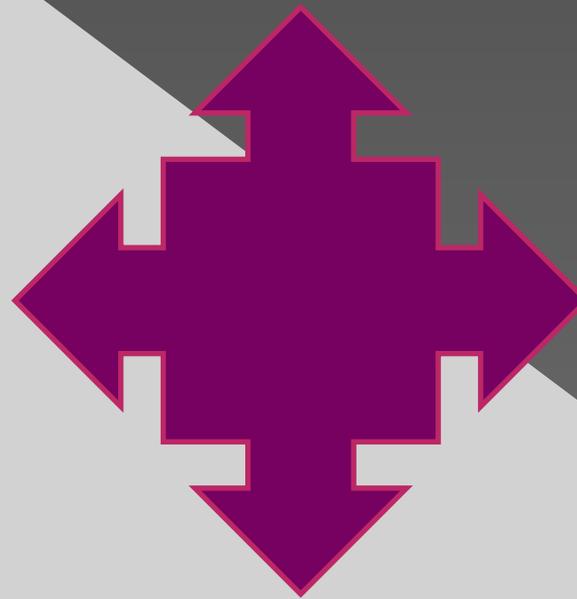
2do tiempo: (gatillado, refl. rinofaríngeo, residuo faríngeo)

n: 49 89 %

3er tiempo: (penetración, aspiración, apertura del cricofaríngeo)

Sistema cardio respiratorio

Sistema  
nervioso

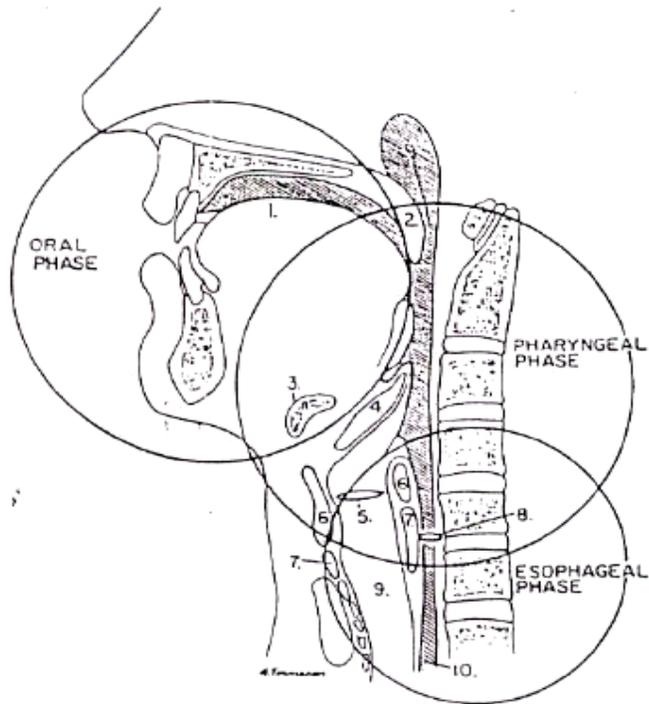


Sistema  
digestivo

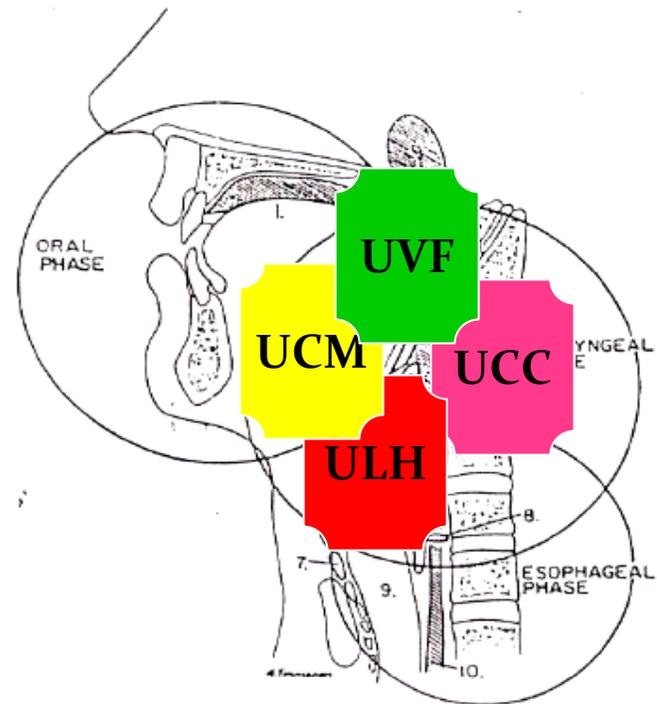
Sistema cráneo máxilo facial cervical

# UNIDADES FUNCIONALES

| DYSPHAGIA



| DYSPHAGIA



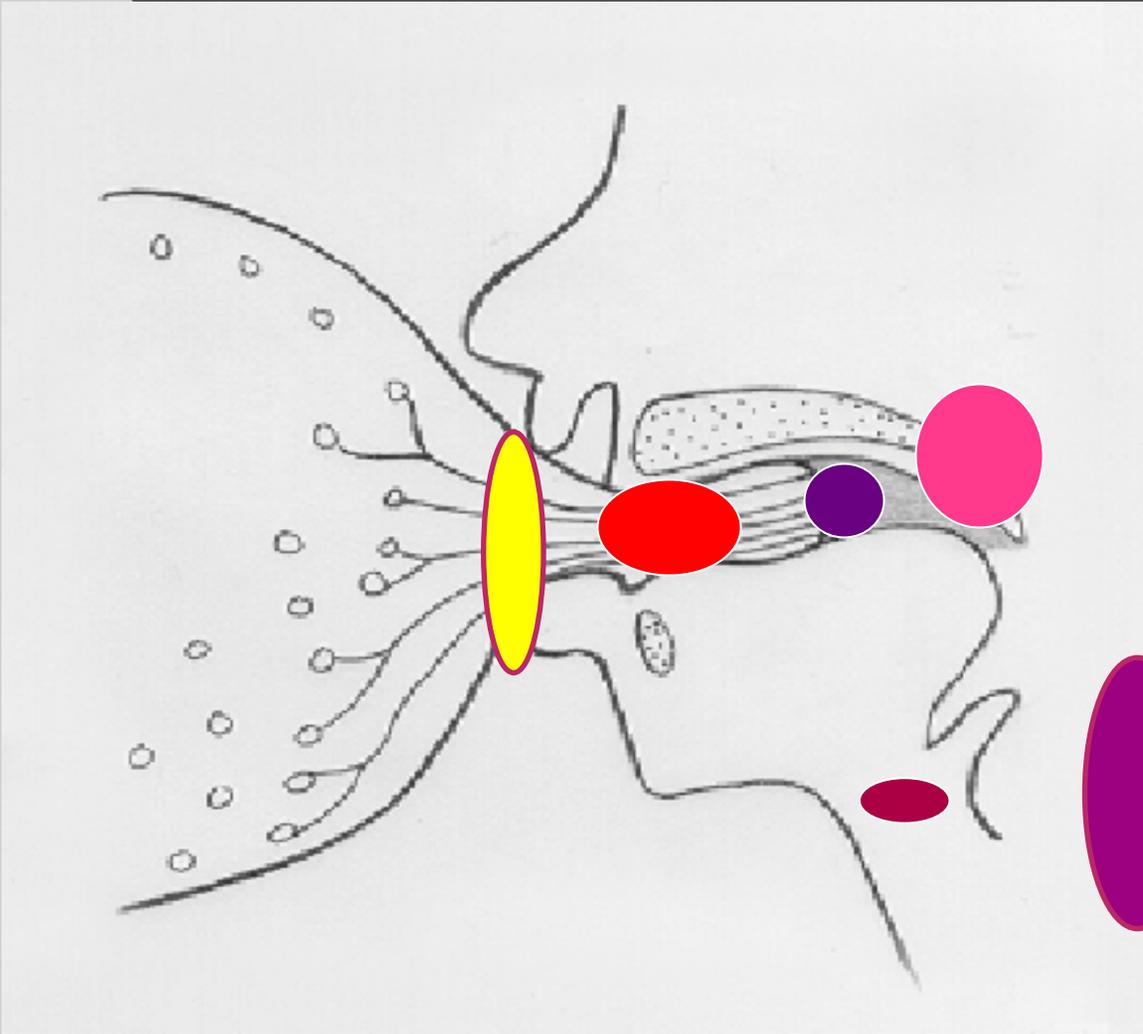
# CRECIMIENTO CRANEOFACIAL

Seffer

4 años-----60%  
12 años-----90%

ACCIÓN PREVENTIVA  
PEDIÁTRICA

# SUCCIÓN DEGLUCIÓN



# REFLEJOS OROFARÍNGEOS PRIMARIOS

## REFLEJOS POSTURALES

- Determinan **"aptitud"** para la vía oral
- Intervención subcortical – Tronco encefálico
- Deben integrarse en una pauta espontánea de alimentación segura y eficiente

# LACTANTE

UNIDAD CRÁNEO MANDIBULAR  
Y LINGUOHIOIDEA TRABAJAN EN BLOQUE

- Apertura - cierre y ordeño
- Contracción/relajación de las fibras musculares permiten los desplazamientos funcionales. A.N.M.-R

 **Estabilización mandibular anterior**

# SEMIOLOGÍA 1º TIEMPO

U. CRÁNEO CERVICAL  
U. CRÁNEO MANDIBULAR

- Tendencia a la hiperextensión U.F.C-C-
- Imposibilidad postural por bajo tono U.F.C-C-
- Pobre descenso y avance (propulsión) mandibular U.F.C-M
- Apertura flácida U.F.C-M
- Reflejo de mordida hiperactivo U.F.C-M



# SEMIOLOGÍA 1º TIEMPO

## U. CRÁNEO CERVICAL

## U. CRÁNEO MANDIBULAR

- Ausencia de sello anterior
- Inversión labial
- Ausencia de anteposición lingual
- Pérdida de alimento
- Residuo bucal
- Baja ingesta. Agotamiento

# SEMIOLOGÍA 2º TIEMPO

## UNIDAD LINGUO HIOIDEA

- **Hiperactividad lingual:** retracción posterior o adosamiento persistente
- **Disminución / ausencia de ANM**

# SEMIOLOGÍA 2º TIEMPO

## UNIDAD LINGUO HIOIDEA

- Extrusión - Residuo en boca
- Caída prematura
- Ausencia o débil peristalsis lingual
- Falta o deficiente adaptación lingual
- Inestabilidad del patrón de succión
- Pobre presión intraoral

# SEMIOLOGÍA 3º TIEMPO

## U. VELO FARÍNGEA

- Hipo /hiperactividad velar
- Falta de independencia linguo velar
- Distonías – Tono fluctuante

# SEMIOLOGÍA 3º TIEMPO

## U. VELO FARÍNGEA

- ❖ Incoordinación deglución – respiración.
- ❖ Aspiración Penetración
- ❖ Pasaje a rinofaringe
- ❖ Residuo en hipo faringe que aumenta riesgo aspirativo post deglutorio
- ❖ Gatillado tardío
- ❖ Pobre apertura del crico/Espasmo del crico que rebalsa alimento sobre VA

Modificar datos paciente

nombre: JUSSICH CANDELA

ID: 82225(ZH)

fecha nacin.: - - día-mes-año

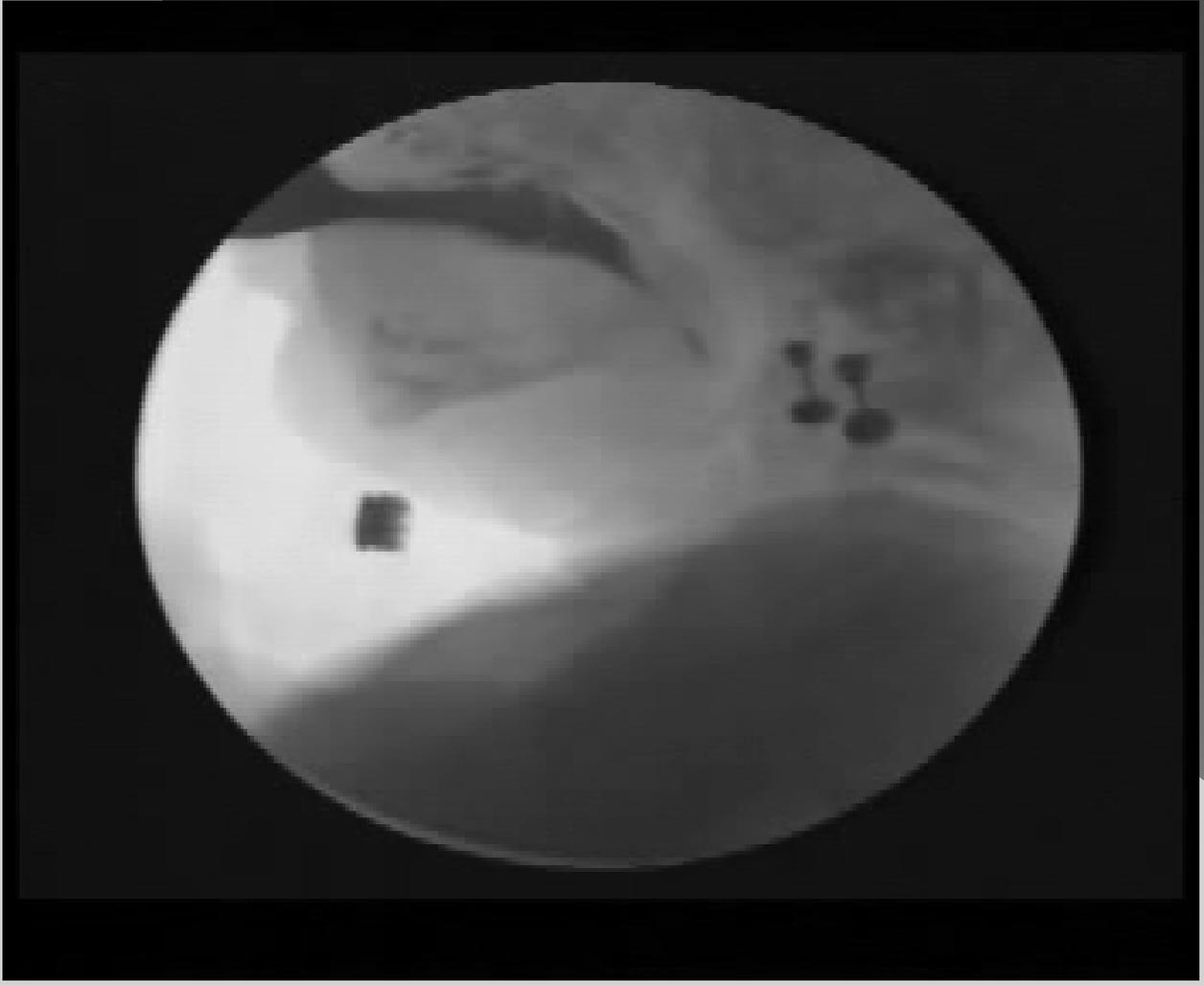
médico: \_\_\_\_\_

sexo:

órgano: \_\_\_\_\_

examen: VIDEOOBSTUCCION

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	correcto		correcto /selec. admisi.			dupl. datos paciente	



# SEMIOLOGÍA 4º TIEMPO

## Esofágica

- alteración transporte del bolo
- evacuación lenta
- antiperistalsis

# SEMIOLOGÍA 4º TIEMPO esofágica

- Reflujo esófago faríngeo
- Reflujo gastroesofágico
- Reflujo esófago faringo bucal  
(leche sin digerir)

# EVALUACIÓN CLÍNICA

- Observación del lactante
- Valoración de su estado clínico general (salud, tono, vigilia, requerimientos)
- Patologías agudas o crónicas
- Valoración función respiratoria
- Valoración función deglutoria
- Valoración tono / resistencia a fatiga
- Valoración del estado materno

# EVALUACIÓN CLÍNICA

- Examen **Morfología** General y Estomatognático
- Examen **Articulaciones** (ATM Ocal)
- Examen **Neuromuscular** General y Estomatognático
- **Espacios Funcionales** Resultantes rino oro faríngeos (ER)
- **Actividad Neuromuscular** Resultante (ANM-R)
- Campo **sensitivo**
- Unidades Funcionales



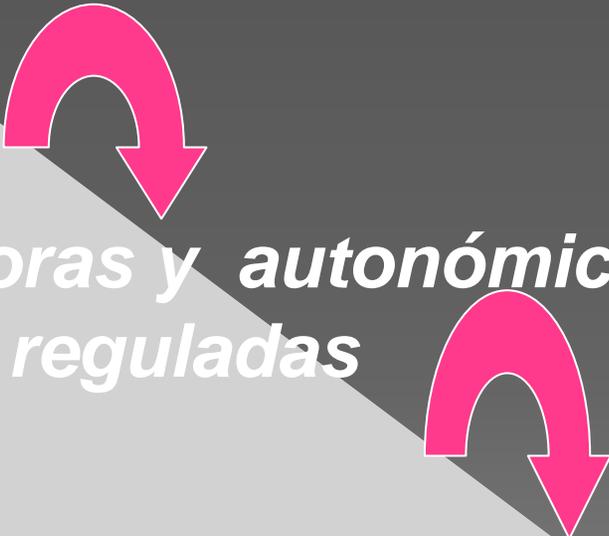
Succión Masticación  
Deglución  
Respiración

# ACTIVIDAD NEURO MUSCULAR

## RESULTANTE (ANM-R) L. Villegas

- El niño se ira adaptando progresivamente a las condiciones biológicas y medioambientales a través de compensaciones neuromusculares que le permitan sostener dos funciones vitales: respirar y nutrirse, influyendo lógicamente en el **resultado funcional**. (ANM-R) el cual a su vez incidirá sobre las estructuras cráneo máxilo faciales y futuras funciones (respiración, deglución, habla/fonación, masticación)

# RIESGO BIOLÓGICO

- *Sobrecarga SNC inmaduro*
  - *Rápida fatiga*
  - *Respuestas motoras y autonómicas disruptivas / mal reguladas*
  - *Aumenta el stress /inestabilidad*
  - *Y el desequilibrio homeostático*
- 

curso neonatal aceptable

2 internaciones por apneas/ pausas respiratorias

1 internación TIP por ALTE (ARM)



**curso neonatal aceptable  
3º internación BQL (1 TIP)**



- ⦿ **Importancia de un protocolo pediátrico para el diagnóstico de Disfagia orofaríngea en lactantes**
- ⦿ **Evitar el sobre -diagnóstico / reinternación**
- ⦿ **Asegurar la terapéutica mas eficaz**
- ⦿ **Calidad de vida al lactante y su madre**

# Protocolo Lactantes - Villegas -Chiavaro

- Observación general del lactante en reposo
- Campo sensitivo
- Análisis Reflejos
- Análisis postural
- Evaluación de los componentes del sistema estomatognático
- Espacios resultantes
- ANM - R
- ◉ Evaluación clínica de la respiración succión deglución
- ◉ Coordinación de funciones
- ◉ Evaluación radiológica VD
- ◉ Otros estudios

# Video deglución

Posterior a evaluación clínica

Importancia de las condiciones en las que se evaluará radiológicamente al lactante

Importancia de **la interpretación funcional**

# Signos de alerta

- Apneas obstructivas - disnea
- Respiración oral persistente
- Estridor inspiratorio
- Cambios de la voz / llanto
- Ahogos (saliva, alimento) - tos
- Cornaje nasal
- Sialorrea - babeo persistente

# Signos de alerta

- Lago faríngeo
- Reflujo nasal del alimento - vómitos
- Alteraciones posturales
- Patología respiratoria alta recidivante
- Otitis media a repetición
- Mal progreso de peso

# EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

- Diagnóstico temprano
- Terapéutica efectiva que reduzca el riesgo nutricional y respiratorio
- REDUCIR O EVITAR REINTERNACIONES POR PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS RECURRENTES y/o NUTRICIONALES
- Criterio de decisión conjunto con bajo error

*Muchas Gracias!*



Laura Villegas