

# TRABAJO FIN DE GRADO

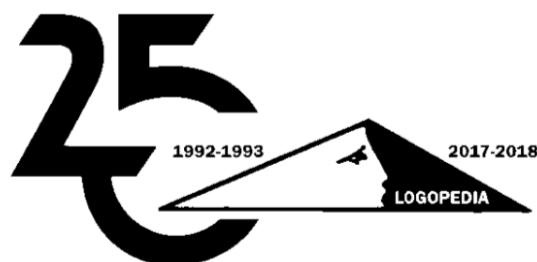


**Universidad de Valladolid**

FACULTAD DE MEDICINA  
GRADO EN LOGOPEDIA

**“DISFAGIA EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES. REVISIÓN SISTEMÁTICA.”**

**“Dysphagia in autoimmune diseases. Bibliographic review.”**



**Autora:** Andrea Martínez Garrido  
**Tutora:** Dra. Marta Ruíz Mambrilla  
**Curso:** 2021-2022

## AGRADECIMIENTOS

La elaboración de este trabajo ha sido posible gracias a la ayuda de mi tutora Marta Ruíz Mambrilla, pues ha sido la que me ha orientado, prestándome su experiencia y disponibilidad en todo momento.

Quiero agradecer también a mi familia por la comprensión, la paciencia y el apoyo que me han brindado hasta el momento. A mis amigos más cercanos, tanto de la carrera como de la infancia, por la seguridad y los ánimos prestados en momentos de flaqueza, confianza y apoyo absoluto.

Además, me gustaría dar las gracias a todos los centros que nos abren sus puertas para que podamos hacer prácticas y aprender más allá de un papel con apuntes.

## ÍNDICE

1.	RESUMEN -----	4
2.	INTRODUCCIÓN-----	6
3.	OBJETIVOS -----	13
4.	MATERIAL Y MÉTODOS-----	14
5.	RESULTADOS -----	16
6.	DISCUSIÓN -----	31
7.	CONCLUSIONES-----	34
8.	BIBLIOGRAFÍA -----	35
9.	ANEXOS -----	38

## 1. RESUMEN

**Introducción:** la disfagia es un síntoma prevalente en las enfermedades autoinmunes, que afecta prioritariamente a la calidad de vida de los pacientes. Esta revisión sistemática pretende demostrar la importancia y prevalencia de la disfagia, así como sus principales características y el modo en que se presenta en enfermedades autoinmunes como son: el síndrome de Sjögren, el lupus eritematoso, la dermatomiositis, la esclerodermia y el pénfigo vulgar.

**Método:** el análisis ha constado de 30 artículos, de los cuales 20 son ensayos clínicos. De todos ellos, el 25% hacen referencia a la dermatomiositis, otro 25% a la esclerodermia, 25% al síndrome de Sjögren, 20% al lupus eritematoso y el 5% restante a la enfermedad ampollosa de pénfigo vulgar.

**Resultados:** los datos obtenidos evidencian una alta prevalencia de aparición de la disfagia en las enfermedades autoinmunes, siendo muchas de ellas tratadas de forma incompleta, centrándose en tratamientos médicos y farmacológicos, principalmente. Se analizan las manifestaciones orales más comunes presentes en cada una de las enfermedades, así como el método de exploración usado para establecer un correcto diagnóstico y tratamiento, y la evolución del mismo.

**Discusión y conclusiones:** la intervención logopédica es fundamental como parte de un equipo multidisciplinar en las alteraciones deglutorias, entre otras. Existe poca información sobre el tratamiento llevado a cabo por el logopeda, así como de la sintomatología oral de las enfermedades autoinmunes estudiadas.

**Palabras clave:** *disfagia, evaluación, tratamiento, manifestaciones orales, síndrome de Sjögren, dermatomiositis, esclerodermia, lupus eritematoso, pénfigo vulgar.*

## ABSTRACT

**Introduction:** dysphagia is a prevalent symptom in autoimmune diseases, which mainly affects the quality of life of patients. This bibliographic review of dysphagia in autoimmune diseases aims to demonstrate its importance and prevalence, as well as its main characteristics, and how it occurs in different autoimmune diseases such as Sjögren's syndrome, dermatomyositis, scleroderma, lupus erythematosus, pemphigus vulgaris.

**Method:** the analysis consisted of 30 articles of which 20 are clinical trials in which 25% refers to dermatomyositis, another 25% to scleroderma, 20% to lupus erythematosus, 25% to Sjögren's syndrome and 5% remaining to the blistering disease of pemphigus vulgaris.

**Results:** the data obtained show a high prevalence of the appearance of dysphagia in autoimmune diseases. Many of them are incompletely treated, focusing mainly on medical and pharmacological treatments. The most common oral manifestations

presented in each of the diseases are analyzed, as well as the exploration method used to establish a correct diagnosis and treatment, and its evolution.

**Discussion and conclusions:** speech therapy intervention is essential as part of a multidisciplinary team in swallowing disorders, among others. There is little information on the treatment carried out by the speech therapist, as well as on the oral symptoms of the autoimmune diseases studied.

**Keywords:** *dysphagia, evaluation, treatment, oral manifestations, Sjögren's syndrome, dermatomyositis, scleroderma, lupus erythematosus, pemphigus vulgaris.*

## 2. INTRODUCCIÓN

Una deglución normal hace referencia a la acción coordinada de un conjunto de estructuras situadas en cabeza, cuello y tórax. Éstas implican una secuencia de acontecimientos en los que los esfínteres se abren para permitir el paso del bolo desde la boca hasta el estómago, y se cierran posteriormente para impedir falsas rutas y proteger la vía aérea<sup>1</sup>.

La disfagia se conoce como la dificultad para deglutir alimentos, tanto líquidos como sólidos, desde la cavidad bucal hasta el estómago. Se puede clasificar en: orofaríngea, cuando se interrumpe el tránsito del bolo, dificultando su paso desde la boca a la faringe; o esofágica, cuando se debe a trastornos obstructivos, motores o sensitivos. Se trata de un conjunto de síntomas con una etiología muy diversa, como puede ser: problemas obstructivos, procesos infecciosos, problemas neurológicos o causas iatrogénicas, entre otros.

Si la disfagia no se trata precozmente, puede tener repercusiones importantes sobre la salud de los sujetos que la padezcan, disminuyendo su calidad de vida considerablemente<sup>2</sup>. Cuando deglutimos, lo hacemos con el objetivo de nutrirnos, pero la deglución cuenta con diferentes características asociadas a una serie de complicaciones (Tabla 1. Características de la disfagia asociadas a complicaciones):

- La eficacia de la deglución, es decir, la posibilidad de ingerir la totalidad de las calorías y el agua necesarios para mantener una adecuada nutrición e hidratación.
- La seguridad de la deglución, es decir, la posibilidad de ingerir el agua y las calorías necesarias sin que se produzcan complicaciones respiratorias<sup>1</sup>.

**Tabla 1.** Características de la disfagia asociadas a complicaciones.

Características	Complicaciones
Eficacia de la deglución	Desnutrición y deshidratación
Seguridad de la deglución	<ul style="list-style-type: none"><li>- <u>Aspiración</u>: la entrada del alimento a la zona laríngea por debajo del nivel de las cuerdas vocales.</li><li>- <u>Penetración</u>: la entrada del alimento en la zona laríngea, por encima del nivel de las cuerdas vocales.</li></ul>

Respecto al abordaje, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, varios estudios coinciden en que debe de llevarse a cabo por un equipo multidisciplinar<sup>2</sup> formado, principalmente, por médicos especializados en diferentes ámbitos: enfermeros, logopedas, dietistas, cuidadores y la propia familia del paciente<sup>1</sup>. De esta manera, con

la colaboración de todos los profesionales implicados, se propondrán estrategias terapéuticas que faciliten y mejoren el manejo de la disfagia.

En concreto, el logopeda tiene funciones básicas como la evaluación de los procesos de la deglución oral y faríngea, la movilidad, sensibilidad y el tono de la musculatura orofacial. Todas ellas tienen como objetivo prioritario conseguir la máxima funcionalidad de la deglución<sup>2</sup>.

La tos, el atragantamiento al comer, la voz húmeda indicativa de secreciones en la glotis, la sensación de residuos en la garganta, las degluciones fraccionadas, la pérdida de peso progresiva, el alargamiento en el tiempo de las comidas o evitar determinados alimentos, son síntomas que pueden cursar como sospecha de disfagia. En cuanto a la evaluación de la disfagia, podemos encontrar diferentes tests y/o métodos de exploración<sup>1</sup>, que ayudarán a encontrar el diagnóstico adecuado para cada sujeto, como pueden ser:

- **Test de calidad de vida.** Se realizan preguntas para saber si el paciente presenta problemas para deglutir, a qué texturas, con qué frecuencia y con qué grado de severidad.
- **Test del agua.** El paciente debe estar incorporado. Con una jeringa de alimentación se administran 10 ml de agua y se observa si hay babeo, el número de degluciones, si hay tos o disfonía. Se repite cuatro veces el mismo volumen y se acaba administrando 50 ml. La prueba es positiva si presenta babeo, tos o disfonía, y negativa si no se presenta ningún síntoma.
- **Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad.** Se administra al paciente 5, 10 y 20 cc de alimento en texturas néctar, pudding y líquido. Se observará la presencia de tos, cambios vocales, residuos orales, deglución fraccionada, incompetencia en el sellado labial o residuos faríngeos durante la monitorización de la saturación de oxígeno.
- **Fibroendoscopia de la deglución.** Se administra el alimento al paciente y se posiciona el nasofibroscopio entre el velo del paladar y la epiglotis para evaluar la llegada del bolo a la faringe. Después, el endoscopio avanza hacia el vestíbulo laríngeo, donde se evaluará la existencia de penetración y/o aspiración en la vía aérea<sup>3</sup>.
- **Videofluoroscopia.** Consiste en la obtención de una secuencia, en perfil lateral y anteroposterior, de la ingesta de diferentes volúmenes y viscosidades (líquido, néctar y pudding) de un contraste hidrosoluble, idealmente de la misma viscosidad que la utilizada en el MECV-V (Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad).

A continuación (Tabla 2. Evaluación de la disfagia) se muestra una breve explicación para poder distinguir cada uno de los tests y/o métodos de exploración.

**Tabla 2:** Evaluación de la disfagia.

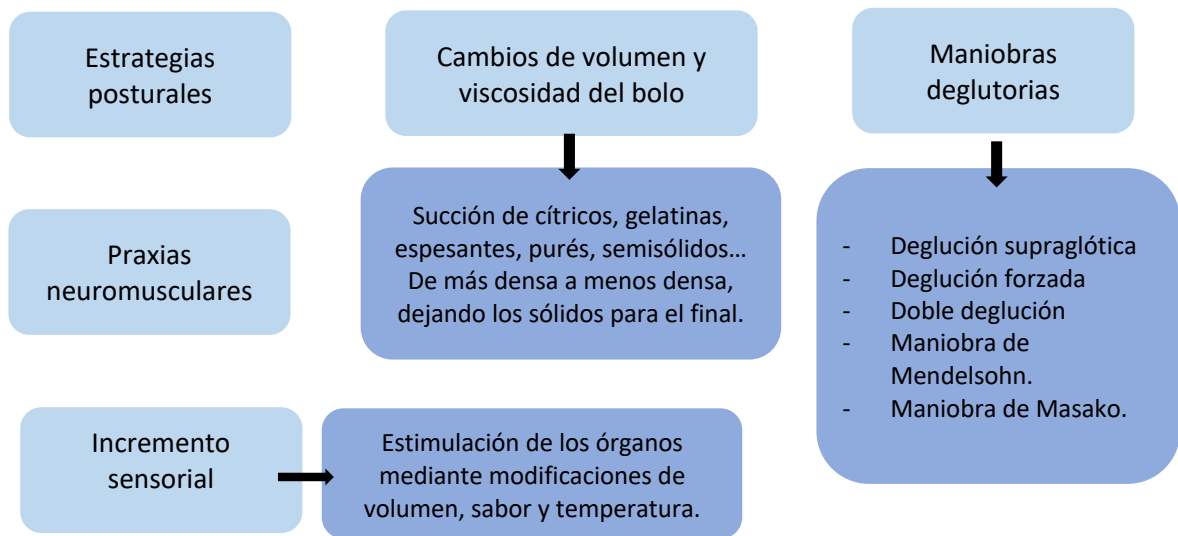
<b>Test clínico / Test de calidad de vida</b>		Preguntas que determinarán el tipo y grado de disfagia.
<b>Test del agua</b>		Se administran diferentes cantidades de agua al paciente, para observar su deglución. La prueba es positiva si presenta babeo, tos, disfonía; o negativa si no se presenta ningún síntoma.
<b>Método de exploración clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V)</b>		Este método tiene su base en la disminución del volumen del bolo y el aumento de la viscosidad, mejorando la seguridad de la deglución.
<b>Exploración instrumental</b>	<b>Fibroendoscopia</b>	Técnica que permite visualizar el vestíbulo laríngeo, evaluando la existencia de penetración o aspiración durante la deglución.
	<b>Videofluoroscopia</b>	Evalúa la seguridad y la eficacia de la deglución, mediante la observación de una secuencia de la ingesta, siguiendo unas viscosidades específicas.

En relación con el tratamiento logopédico de la disfagia, se realizarán actividades para el manejo de los líquidos y de la nutrición, se darán consejos para evitar las aspiraciones, se explicará detalladamente la terapia de deglución y se darán pautas al paciente y a la familia. Además, se usarán una serie de estrategias de tratamiento (Figura 1. Estrategias de tratamiento de la disfagia) que ayudarán a una correcta deglución.

A continuación, observamos cuales son las más utilizadas y algunos ejemplos de estas, diferenciando cada una de las estrategias en un color azul claro y algunos modelos de las mismas en un azul más oscuro.



**Figura 1:** Estrategias de tratamiento de la disfagia.



La disfagia está presente en muchas patologías, debido a su gran variedad etiológica, en las que su prevalencia también es importante. Por otro lado, se considera que más del 50% de los ancianos presenta algún tipo de trastorno deglutorio, produciéndose frecuentemente en mayores de 75 años<sup>2</sup>.

La disfagia, a pesar de ser un tema muy actual y estudiado cuenta con muy pocas publicaciones sobre su asociación a enfermedades autoinmunes, pues prevalecen las enfermedades neurológicas y la presbifagia. Es por ello por lo que, en este trabajo de fin de grado, “Revisión sistemática de la disfagia asociada a enfermedades autoinmunes” se decide profundizar en los conocimientos sobre dicha sintomatología ante enfermedades autoinmunes concretas, incluyendo sus causas, diagnóstico asociado, tratamiento y evolución.

La finalidad del presente trabajo de fin de grado es la exposición de la presencia de disfagia en las diferentes enfermedades autoinmunes anteriormente presentadas, revisando y estudiando su prevalencia, las manifestaciones orales más frecuentes, la exploración, el tratamiento y su evolución. Se trata de dar visibilidad a la propia enfermedad, reclamando el importante papel del logopeda en las mismas.

Según Kokuina E. et al.<sup>4</sup>, las enfermedades autoinmunes son producidas por respuestas inmunes que no protegen, sino que actúan patogénicamente y causan enfermedades alérgicas y un grupo muy heterogéneo de condiciones clínicas en las cuales el sistema inmune ataca a los constituyentes propios del individuo.

Dentro de las enfermedades autoinmunes, nos centraremos en el pénfigo vulgar, síndrome de Sjögren, lupus eritematoso, esclerodermia y dermatomiositis, haciendo

referencia, principalmente, a las manifestaciones clínicas orales que afectarán al paciente, pudiendo conllevar a la presencia de la disfagia, bien sea orofaríngea o esofágica. Además, se observarán los síntomas generales presentes en cada una de las enfermedades, observando la afectación y gravedad de las mismas.

Actualmente se sabe que las enfermedades autoinmunes dependen de múltiples genes, pero resulta difícil identificarlos debido a la naturaleza inherente de estas complejas enfermedades poligénicas y a las diferencias en composiciones genéticas de las poblaciones humanas<sup>4</sup>. Las enfermedades autoinmunes e inflamatorias sistémicas cuentan con manifestaciones orales, sobretodo en sus etapas más tempranas<sup>5</sup>.

### **Enfermedad ampollosa – Pénfigo Vulgar**

Las enfermedades ampollosas autoinmunes son un grupo de patologías que afectan principalmente a la piel y a las mucosas<sup>6</sup>. Existen diferentes tipos, pero se hará incidencia sobre el pénfigo vulgar pues cuenta con un gran porcentaje de posibilidad de presentar manifestaciones orales<sup>7</sup>. En este, la afectación oral es característica, presentándola el 90% de los pacientes en el curso de su evolución.

Clínicamente, presenta erosiones dolorosas en la mucosa gingival, labial, yugal o palatina. En los bordes presenta fragmentos de epitelio desprendido y las áreas desnudadas suelen presentar un exudado blanco.

Los labios, las encías y la lengua pueden estar edematizadas y presentar costras hemorrágicas. (Anexo I. Afectaciones orales en la enfermedad ampollosa autoinmune de pénfigo vulgar)

La deglución suele ser dolorosa por el aumento de salivación y la aparición de un esputo sanguinolento con frecuencia<sup>6</sup>.

### **Síndrome de Sjögren**

El síndrome de Sjögren (Anexo II. Signos y síntomas del síndrome de Sjögren para su diagnóstico) es un síndrome clínico-patológico que se caracteriza por la presencia de queratoconjuntivitis y xerostomía, resultantes de una destrucción autoinmune de las glándulas lacrimales y salivales, respectivamente<sup>8</sup>. No obstante, como enfermedad sistémica, cuenta con la presencia de manifestaciones extraglandulares<sup>9</sup>. La pérdida de las capacidades lubricantes, amortiguadoras y antimicrobianas de la saliva conduce a una mayor probabilidad de la presencia de infecciones orales y/o dentales, friabilidad de la mucosa y síntomas subjetivos de sequedad, irritación y sensación de ardor<sup>5</sup>.

## **Lupus Eritematoso**

El lupus eritematoso es una enfermedad autoinmune multifactorial<sup>10</sup>, cuyos signos y síntomas dependen del órgano afectado y, a menudo, incluyen: fiebre, fatiga, úlceras orales, pérdida de peso, erupción malar, fotosensibilidad y dolor en las articulaciones<sup>5</sup>. Además, la hiperemia y los edemas aumentan la tendencia al sangrado, petequias y ulceraciones superficiales<sup>11</sup>.

El estudio realizado por Rhodus N. L. y Johnson D. K.<sup>11</sup> demostró una alta prevalencia en lesiones orales, tales como las úlceras, la queilitis angular, la mucositis o la glositis, además de quejas orales subjetivas, como la glosodinia, la disgeusia y la disfagia.

## **Esclerodermia**

La esclerodermia sistémica es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por el compromiso difuso del tejido conectivo, de los vasos de la piel y de los órganos internos<sup>12</sup>. En su fisiopatología se involucran fenómenos autoinmunes, inflamatorios y vasculares. Todo ello causa una importante fibrosis en la mayoría de los tejidos, que comprometerá las funciones<sup>13</sup> y dificultará el movimiento<sup>12</sup>.

Se puede clasificar en dos grandes grupos: esclerodermia localizada o esclerodermia generalizada. Cuenta con gran heterogeneidad en sus formas de presentación, manifestaciones clínicas y curso evolutivo. Al contrario que otras enfermedades autoinmunes, la esclerodermia no suele cursar con brotes.

En cuanto a la afectación gastrointestinal, el esófago resulta afectado en el 75% - 90% de los pacientes, con hipomotilidad del esfínter esofágico inferior y de los dos tercios distales del esófago. Produce disfagia para sólidos, regurgitaciones, reflujo gastroesofágico, pirosis y dolor retroesternal<sup>14</sup>.

## **Dermatomiositis**

La dermatomiositis es una entidad heterogénea que cursa con miopatía inflamatoria, afectando de forma sistémica y con un curso progresivo<sup>15</sup>. Presenta, además, debilidad muscular proximal y manifestaciones dermatológicas<sup>16</sup>. Pueden verse afectados otros órganos, como el pulmón, el corazón y el aparato digestivo<sup>15</sup>.

La incidencia es de 2 a 7 por millón. Está más presente en niños y en adultos de más de 45 años, con predominio del sexo femenino<sup>16</sup>.

En esta enfermedad la disfagia se encuentra afectada principalmente en la fase orofaríngea, debido a la debilidad muscular orofaríngea, laríngea y esofágica. La disfagia se asocia a manifestaciones clínicas como el habla nasal, la ronquera, la regurgitación, el déficit nutricional, la neumonía por aspiración y un deterioro de la calidad de vida, pues cuenta con un mal pronóstico<sup>17</sup>.

### **3. OBJETIVOS**

Este trabajo tiene como objetivo principal realizar una revisión sistemática sobre la disfagia en enfermedades autoinmunes, teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas (principalmente en la zona oral), la importancia de su tratamiento y, por lo tanto, la destacada función del logopeda en este campo.

Con este fin se ha investigado de forma exhaustiva una serie de artículos, concretando los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar la prevalencia de la aparición de disfagia en enfermedades autoinmunes.
2. Revisar los síntomas y manifestaciones orales más frecuentes asociadas a la disfagia en enfermedades autoinmunes.
3. Comparar los diferentes métodos de exploración de la disfagia en base a las diferentes enfermedades autoinmunes estudiadas.
4. Demostrar la evolución de la disfagia en enfermedades autoinmunes después de haber recibido un tratamiento.

#### 4. MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica durante los meses de diciembre del 2021 a junio del 2022, donde se han consultado las bases de datos: Pubmed, SciELO y Dialnet, utilizando Google Académico y Google Avanzado como motor de búsqueda. Se han tenido en cuenta los artículos que incluían alguna de las siguientes palabras clave: “disfagia”, “evaluación”, “tratamiento”, “manifestaciones orales”, “síndrome de Sjögren”, “esclerodermia”, “dermatomiositis”, “lupus eritematoso”, “pénfigo vulgar”.

El periodo de búsqueda y la selección del tema se llevaron a cabo en los meses de febrero y marzo. Se seleccionaron los artículos científicos que describían mejor los elementos buscados, tanto en libros como en revistas indexadas.

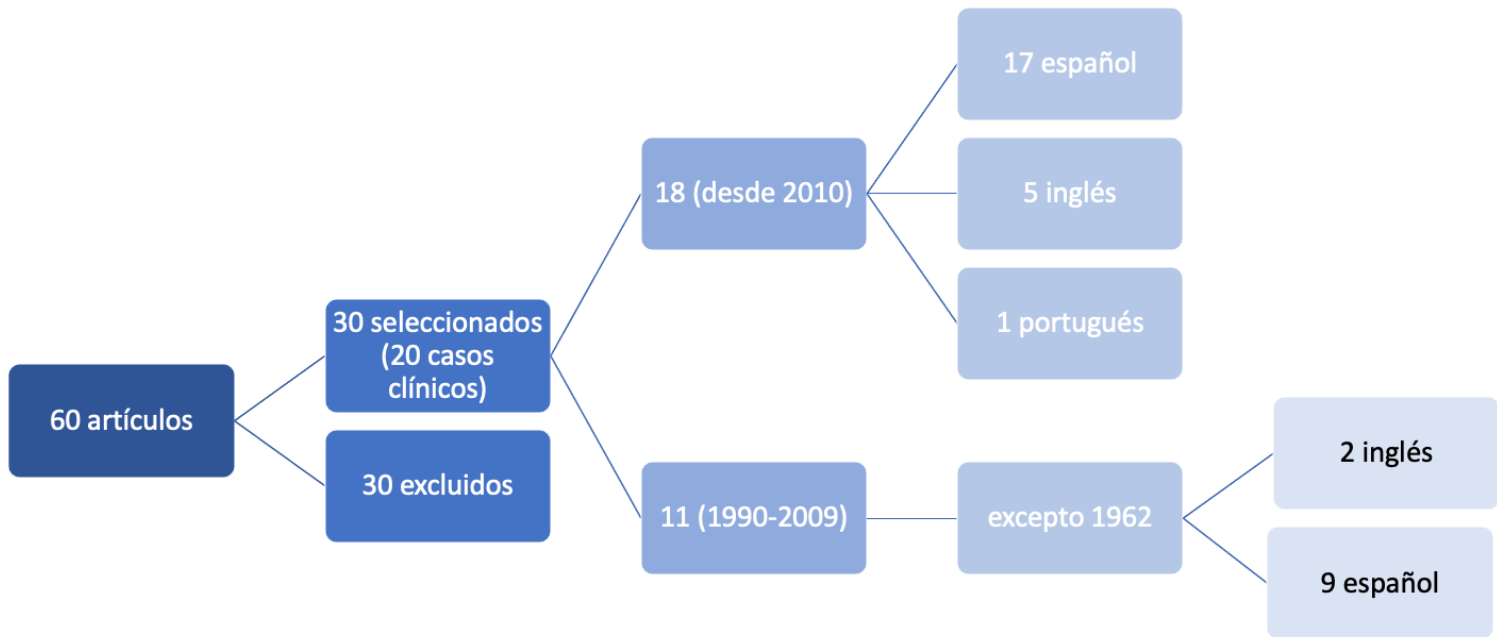
Se buscaron artículos publicados en los últimos 12 años, pero, debido a la poca información más actual sobre este tema, se tuvo que recurrir a aquellos artículos considerados trascendentes, independientemente de su fecha de publicación. De esta forma se obtuvieron 60 artículos, de los cuales se seleccionaron 30 para llevar a cabo esta revisión, pues los 30 restantes, bien carecían de interés o bien requerían de un desembolso económico. De los artículos seleccionados, 18 datan de fecha posterior a 2010, 11 fueron publicados entre los años 1990 y 2009, y el restante en el año 1962. En cuanto al idioma, veintidós están publicados en español, siete en inglés y uno en portugués.

De los 30 artículos seleccionados, 20 son casos clínicos: cinco hacen referencia a la dermatomiositis, cinco a la esclerodermia, cinco al síndrome de Sjögren, cuatro al lupus eritematoso y uno a la enfermedad ampollosa de pénfigo vulgar.

Se han aceptado como criterios de inclusión que los artículos estuviesen en español, inglés o portugués, y que estuviesen publicados, principalmente, en fechas posteriores al 2010. Como criterios de exclusión, destaca la presencia de cualquier otro idioma que no sean los tres nombrados anteriormente, los artículos con falta de interés logopédico, y los artículos que implicasen un coste económico.

A continuación, se presenta una figura (Figura 2. Esquema del material usado para la elaboración del trabajo de fin de grado) que muestra de forma esquemática y visual la selección rigurosa de artículos que han sido usados para la elaboración de este trabajo.

**Figura 2.** Esquema del material usado para la elaboración del trabajo de fin de grado.



Durante el mes de marzo se determinaron los objetivos del estudio, se comenzó la elaboración de la introducción y se llevó a cabo el análisis de los documentos y creación de la tabla que contiene los resultados de los artículos basados en los casos clínicos, organizados por fecha de publicación. Desde el mes de abril hasta junio se han redactado los restantes apartados teóricos y se han analizado los resultados obtenidos para la elaboración de la discusión y conclusiones.

Las normas empleadas para la citación de textos y referencias bibliográficas siguen la tipología Vancouver.

## 5. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de la revisión sistemática en base a los objetivos mostrados anteriormente. Toda la información obtenida ha sido recogida en la siguiente tabla (Tabla 3. Resultados), que permite visualizar todos los datos de forma metódica, ordenada y cuidadosa.

Los resultados han sido recogidos teniendo en cuenta el autor, el año y el país en el que se ha realizado el estudio; edad y sexo de la muestra; los síntomas presentes, tanto generales como logopédicos; las pruebas realizadas en la exploración; el diagnóstico establecido; el tratamiento ofrecido en dicha muestra, tanto médico como rehabilitador (como puede ser logopédico o fisioterapéutico); y, por último, la evolución de los pacientes en relación con dicho tratamiento recibido.



**Tabla 3.** Resultados.

Autor/ País/Año	Edad/Sexo	Etiología	Síntomas		Exploración /Diagnóstico	Tratamiento		Evolución	
			Generales	Logopédicos		Médico	Rehabilitador (fisioterapeuta /logopeda)	General	Logopédica
Gala E. et al. España (2020)	52/F	Antecedentes personales y familiares	Descamación de la mucosa oral, encías, sangrado y gingivitis	Sequedad y dolor en cavidad oral. Odinofagia	DIF/ E.A.P.V.	Clorhexidina, acetónico de fluocinolona y corticoides		Alivio de sintomatología, pero sin remisión completa	
Huang Y. et al. China (2020)	n: 42		Neumonía por aspiración	Disfagia	WST/ Esclerodermia				
Nascimento C. D. et al. Brasil (2019)	47/F	Predisposición genética y factores ambientales	Disnea, cianosis en extr., dolor generalizado, astenia, anorexia, 1 episodio febril, vomitos, fenómeno Raynaud, fibrosis pulmonar, neumonía, artrosis, alopecia	RGE, esofagitis edematosa	Tomografía computarizada de tórax, resonancia magnética y endoscopia/ LES y esclerodermia	Tto. farmacológico, pulsoterapia con ciclofosfamida e hxcq		+	
Batista O. et al. Cuba (2017)	37/M	Antecedentes familiares	Rigidez articular, intolerancia al frío, incapacidad funcional, dolor en tobillos y antebrazos	Disfagia por estenosis esofágica en sólidos	Esclerodermia	Tto. farmacológico		Mejoría de la sintomatología al completar el primer mes de tratamiento	

**Abreviaturas:** F = femenino; M = masculino; E.A.P.V = enfermedad ampollosa de pénfigo vulgar; LES = lupus eritematoso sistémico; RGE = reflujo gastroesofágico; tto = tratamiento; DIF = inmunofluorescencia directa; n = número total de personas del estudio; WST = test de evaluación de deglución de agua; extr. = extremidades; + = resultados favorables; hxcq = hidroxicloquina.

**Tabla 3.** Resultados (continuación)

Autor/ País/Año	Edad/Sexo	Etiología	Síntomas		Exploración /Diagnóstico	Tratamiento		Evolución	
			Generales	Logopédicos		Médico	Rehabilitador (fisioterapeuta /logopeda)	General	Logopédica
Martín E. et al. México (2017)	61/F		Marcha lenta, debilidad en labios, carrillos y lengua, sensibili- dad reducida	Disfagia or. con afectación severa en f.f. Disartria Fl. (habla ininteligible) Dolor en músculos mast. → líquidos. Sensación de cuerpo extraño en solidos, tos y sensación de ahogo. RGE, aspiraciones y penetraciones	FEES/ Dermatomiosi- tis	Tto. farmacológico	Relajación, ej de cuello y estm. de snb. en mejillas, lengua, palabras y velo. Estm. T en velo de paladar  Maniobras y posturas. Cambio de dieta (néctar/púding)		+ en voz, articulación y deglución.
Pérez N. et al. México (2017)	RE 17-70/ F		Hipotonía	Disfagia es., regurgitaciones y ácidez, reducción de contracción faríngea, peristaltismo primario deficiente	Man. Esof. / esclerodermia				ME 7,84 +/- 6,73 años.
Mugii N. et al. Japón (2016)	n: 13  48/F, 56/F, 74/F, 76/F, 83/F, 65/F, 56/M, 64/M 70/M,72/M 75/M,79/M 64/M	E., g., patología pulmonar, malignidad interna, ↑ CK, valores de MMT, anti-ARS Ab y anti-TIF-1 alfa Ab.	Regurgita- ción nasal	Disfagia en f.f., habla nasal, restos en faringe	VFSS/ dermatomiosi- tis		Logopédico		ME 9,7 +/- 14,9 meses.

**Abreviaturas:** F = femenino; M = masculino; Fl.= flácida; f.f.= fase faríngea; or. = orofaríngea; es. = esofágica; + = resultados favorables; mast.. = masticatorios; → = asociado a; RE = rango de edad; ME = media de evolución; VFSS = estudio de deglución por videofluoroscopia; e. = edad; g. = género; ↑ = elevado; CK = creatina quinasa; MMT = prueba muscular manual; ARS = aminoacilotaRNA; TIF-1 = factor intermediario de transcripción 1; n = número total de personas del estudio; ej = ejercicios; snb = sensibilidad; estm. = estimulación; T = térmica; RGE = Reflujo gastroesofágico; FEES = evaluación endoscópica de la deglución; tto. = tratamiento; man. Esof. = manometría esofágica.

**Tabla 3.** Resultados (continuación)

Autor/ País/Año	Edad/Sexo	Etiología	Síntomas		Exploración /Diagnóstico	Tratamiento		Evolución	
			Generales	Logopédicos		Médico	Rehabilitador (fisioterapeuta /logopeda)	General	Logopédica
Arellano G. et al. México (2016)	37/F	Antecedentes heredofamiliares	Aftas en lengua, sequedad de piel y cabello, candidiasis, caries frecuentes, ojos rojos, sensación de cuerpo extraño, dolor muscular difuso ↓ en extm., fatiga y tx. de sueño, ag.	Disfagia a sólidos, herpes bucal	GS y exámenes de laboratorio / S. S.	Tto. farmacológico, quirúrgico, odontológico y oftalmológico		+	
Manterola C. et al. Chile (2016)	n: 20 EM 51,1 +/- 1,5 19 F / 1 M		Queratoconjuntivitis seca	Disfagia, xerst.	Man. esof. / S.S.				
Martiarena A. et al. España (2014)	71/F		Dermatitis, mialgias, debilidad muscular, fiebre, pérdida de peso, parestesias en extm. inferiores, alopecia	Disfagia	EG, RM, EMG, biopsia muscular/ Dermatomiositis	Tto. farmacológico		↓ dermatitis + tras 6 meses ↑ actv. física Recup. fuerza ∅ dermatitis a los 5 meses	↓ disfagia
Chávez N. et al. (2012)	4/M	Antecedentes personales y patológicos personales	Debilidad muscular prox., erupción cutánea, edema periorbitario, malnutrición, neumonía por aspiración, insuficiencia respiratoria	Disfagia	CPK, electromiografía, hemograma, medulograma/ dermatomiositis	Tto. inmunosupresor		Fallecimiento	

**Abreviaturas:** F = femenino; M = masculino; GS = gammagrafía salivatoria; S.S. = síndrome de Sjögren; tto. = tratamiento; ag. = ageusia; extm. = extremidades; ↓ = leve; tx = trastornos; EG = esofagograma; ↓ = reducción significativa; + = resultados favorables; ↑ = aumento; actv. = actividad; recup. = recuperación; ∅ = desaparición; n = número total de personas del estudio; EM = edad media; man. esof. = manometría esofágica; xerst. = xerostomía; prox. = proximal; CPK = examen de creatina fosfocinasa; RM = resonancia magnética; EMG = electromiograma.

**Tabla 3.** Resultados (continuación)

Autor/ País/Año	Edad/Sexo	Etiología	Síntomas		Exploración /Diagnóstico	Tratamiento		Evolución	
			Generales	Logopédicos		Médico	Rehabilitador (fisioterapeuta /logopeda)	General	Logopédica
Vitali C. et al. Italia (2010)	n: 84 EM 56,1 68 F / 16M				SWAL-QOL, VPQ, VAS, SLS, MMO/ Esclerodermia				
León E. J. et al. Cuba (2010)	47 / F	Antecedentes personales y familiares	Deformaciones articulares distales, purito ocular, cansancio, enlentecimiento de movi., sensación frío, uñas quebradizas, disminución del sentido gustativo	Dolor y ardor en lengua, boca seca, caries dentales	Biopsia/ S.S.	Analgésicos, infiltración intrarticular con esteroides en rodilla, hombro drch., codo izq., cadera drch., región cervical, manos y pies; tto. inespecífico; terapia específica inmunosupresora	Fisioterapia	↑ sintomatología	
Carrillo- Esper R. y Janka- Zires M. México (2009)	55/M	Factores genéticos	Lesiones dermatológicas, debilidad muscular	Disfagia	Dermatomiositis	Corticosteroides, metotrexante, azatioprina, ciclosporina, inunoglobulina intr., a.a., micofenolato de mf., rituximab	Fisioterapia		

**Abreviaturas:** F = femenino; M = masculino; SWAL-QOL = cuestionario de calidad de vida durante la deglución; VPQ = cuestionario de interpretación vocal; n = número total de personas del estudio; EM = edad media; intr. = intravenosa; a.a. = agentes alquilantes; mf = mofetil; ↑ = aumento; movi. = movimientos; S.S. = síndrome de Sjögren; tto. = tratamiento; drch. = derecha; izq. = izquierda; SLS = escala logopédica de esclerodermia; MMO = apertura máxima de boca; VAS = escala visuoanalógica.

**Tabla 3.** Resultados (continuación)

Autor/ País/Año	Edad/Sexo	Etiología	Síntomas		Exploración /Diagnóstico	Tratamiento		Evolución	
			Generales	Logopédicos		Médico	Rehabilitador (fisioterapeuta /logopeda)	General	Logopédica
Lourenço S. V. et al. Brasil (2007)	n: 46 RE 6-68 34F/ 12M			Lesiones orales en mucosa oral, labio inferior y paladar duro	DIF/ LE				
Díaz A. et al. Colombia (2006)	13 / M	Antecedente familiar	Edema periorbitario, erit. en cara y manos, debilidad sim. → ∅ marcha e incorporación, artr. en muñecas, articulaciones MSF y IFP, fiebre	Disfagia a sólidos y disfonía	Dermatomiositis	Tto. farmacológico (megadosis de metil- prednisolona) Terapia respiratoria y terapia física diaria		+ tras una semana de tto.	
	6 / F		Astenia, adinamia, hiporexia, dolor musc. en piernas y brazos, fiebre, ↓ fuerza en extm.		Dermatomiositis	Tto. farmacológico (megadosis de esteroide, prednisolona, calcio y calcitrol)		+	

**Abreviaturas:** F = femenino; M = masculino; LE = lupus eritematoso; n = número total de personas del estudio; RE = rango de edad; S.S. = síndrome de Sjögren; erit. = eritema; sim. = simétrica; → = asociado a; ∅ = desaparición; artr. = artralgias; MSF = metacarpofalángicas; IFP = interfalángicas proximales; + = resultados favorables; tto. = tratamiento; musc. = muscular; ↓ = reducción significativa; extm. = extremidades; Kg = peso; DIF = examen de inmunofluorescencia directa.

**Tabla 3.** Resultados (continuación)

Autor/ País/Año	Edad/Sexo	Etiología	Síntomas		Exploración /Diagnóstico	Tratamiento		Evolución	
			Generales	Logopédicos		Médico	Rehabilitador (fisioterapeuta /logopeda)	General	Logopédica
Fernández- Bonilla J. N. Colombia (2006)	60 / M	Antecedentes familiares y tóxicos	Artr., dolor torácico retroesternal, serositis, eritema malar, fotosensibilidad, HTA, astenia, adinamia, pérdida de Kg	Úlceras en mucosa oral; disfagia para solidos con progresión a líquidos → astenia, adinamia, pérdida de Kg	TC, endoscopia/ LE	Tto. farmacológico		+ en postoperatorio	
González C. et al. España (2001)	78 / F	Antecedentes personales	Colelitiasis, estenosis esofágica	Lengua depapilada, boca muy seca	TC, EG/ S.S.				
Rhodus N. L. y Johnson D. K. EE UU (1990)	n: 16 F EM 41,8			Lesiones orales → xerst., qa., glositis, mucositis, caries, periodontitis. Disg., glsd. Y disfagia.	LES				

**Abreviaturas:** F = femenino; M = masculino; LE = lupus eritematoso; n = número total de personas del estudio; EM = edad media; S.S. = Síndrome de Sjögren; LES = lupus eritematoso sistémico; xerst. = xerostomía; q.a. = quelitis angular; disg. = disgeusia; glsd. = glosodinia; TC = tomografía computarizada; EG = esofagograma; tto. = tratamiento; HTA = hipertensión arterial; artr. = artralgias; + = resultados favorables.

**Tabla 3.** Resultados (continuación)

Autor/ País/Año	Edad/Sexo	Etiología	Síntomas		Exploración /Diagnóstico	Tratamiento		Evolución	
			Generales	Logopédicos		Médico	Rehabilitador (fisioterapeuta /logopeda)	General	Logopédica
Fidalgo- Vaquero B. y Rivero A. España (1962)	15 / F		Fiebre, brote articular, alt. de espectro protéico.	Disfagia, boca séptica	LED				
	64 / F	Antecedentes familiares	Dolor poliarticular, piel atrófica y pálida, dedos en bayoneta, limitación articular en mandíbula y cc.		Rx, biopsia/ LED			Fallecimiento	
	29 / F	Antecedentes familiares	Eritema en brazo drch. y cara, dolores err. poliarticulares, estado de ansiedad injst., acropaquia		LED				

**Abreviaturas:** F = femenino; M = masculino; LED = lupus eritematoso diseminado; alt. = alteraciones; drch. = derecho; err. = erráticos; injst. = injustificado; cc. = columna cervical; Rx = radiografía de tórax.

Siguiendo la tabla, se han analizado los resultados según los objetivos planteados, teniendo en cuenta las diferentes enfermedades elegidas para el estudio:

**a. Analizar la prevalencia de la aparición de disfagia en enfermedades autoinmunes.**

La disfagia es un síntoma altamente prevalente que puede producirse por diferentes procesos patológicos<sup>1</sup>, incluyendo las enfermedades autoinmunes. Hay evidencia de que estas suelen ir acompañadas por manifestaciones orales<sup>5</sup> que afectarán directamente a la producción de una deglución segura y eficaz.

Se puede observar que, de los 23 estudios presentados, solamente en 14 aparece la disfagia como parte de la sintomatología clínica en proporción muy similar para hombres y mujeres. Desde el punto de vista de este objetivo, y atendiendo a los resultados de la tabla (Tabla 3. Resultados), se han encontrado los siguientes datos en relación con cada una de las enfermedades expuestas:

- **Enfermedad ampollosa de pénfigo vulgar**

De la revisión exhaustiva de 30 artículos, tan solo uno ha resultado de interés en este grupo de trastornos, pues el 80% de los pacientes manifiestan lesiones orales<sup>7</sup>, que podrán confluir definitivamente en una disfagia. Gala E. et al<sup>7</sup> afirma que existe una leve predilección por el sexo femenino, así como por la edad (entre los 40 y 60 años).

- **Síndrome de Sjögren**

La disfagia suele presentarse hasta en un 75% de los pacientes con este síndrome<sup>18</sup>; contando además con manifestaciones orales y afectaciones en la producción de saliva<sup>19</sup>, principalmente, pues dicha enfermedad se caracteriza por la afectación directa en glándulas salivales y lagrimales<sup>8</sup>.

Tres de los casos clínicos se dan en pacientes de sexo femenino, excluyendo el estudio de Arellano G. et al.<sup>9</sup> donde, en una población de 20 personas, el 94,7% de los pacientes son mujeres y el 5,3% restante hombres.

- **Lupus eritematoso**

Como se ha mencionado anteriormente, el estudio de Nascimento C D et al<sup>20</sup> se basa en pacientes con un doble diagnóstico: esclerodermia y lupus eritematoso. Aunque no presentan disfagia, podrían originarse futuras manifestaciones orales. El estudio de Fernández-Bonilla J. N.<sup>21</sup> pone en duda si podría existir relación entre dos enfermedades con base fisiopatológica similar o si una es precedente a la otra.



Según Rhodus N. L. y Johnson D. K.<sup>11</sup>, sobre un estudio de 16 pacientes, existe una prevalencia del 75% de que aparezcan signos de disfagia. Sin embargo, en el estudio de Lourenço V. S. et al.<sup>10</sup>, con un número de población de 46 personas, no se observó ningún caso de disfagia, pero sí se manifestó la presencia de manifestaciones orales, siendo más comunes en mujeres (73,9%) y en la variedad cutánea de la enfermedad con respecto a la sistémica.

- **Esclerodermia**

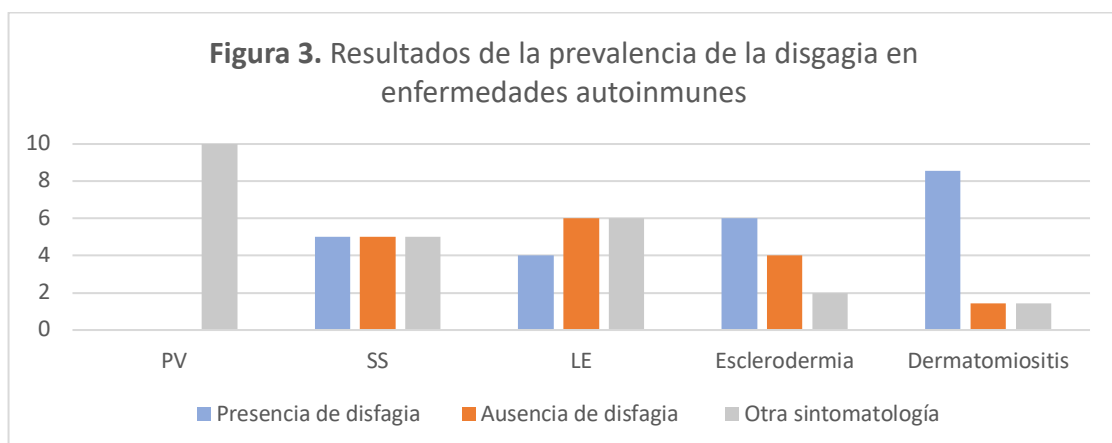
La mitad de los casos estudiados presentan disfagia y otras manifestaciones orales que podrán dar pie a dicho síntoma, mientras que en el estudio concreto de Vitali C. et al.<sup>22</sup>, no reporta la presencia de la disfagia, pero se centra en la exploración de problemas vocales y deglutorios, incluyendo la evaluación de dicho síntoma.

- **Dermatomiositis**

La dermatomiositis cuenta con afectaciones cutáneas y extradermatológicas, con la aparición particular de la disfagia<sup>15,16</sup>. Este síntoma suele observarse en las fases agudas de la enfermedad<sup>23</sup>.

La forma juvenil de esta enfermedad resulta ser la miopatía inflamatoria más frecuente en el paciente pediátrico<sup>24</sup>. Así lo comprobamos en tres de los casos analizados, con pacientes menores de edad, de 4, 6 y 13 años.

A continuación, se muestra en la siguiente figura (Figura 3. Resultados de la prevalencia de la disfagia en enfermedades autoinmunes) la gráfica de porcentajes de aparición en base a la enfermedad estudiada.



**b. Revisar los síntomas y manifestaciones orales más frecuentes asociadas a la disfagia en enfermedades autoinmunes.**

Las enfermedades autoinmunes e inflamatorias sistémicas, con frecuencia presentan manifestaciones orales en su sintomatología<sup>5</sup>, que deberán de ser examinadas lo antes posible. A continuación, se muestra la diferente sintomatología encontrada en cada una de las enfermedades mencionadas:

- **Enfermedad ampollosa de pénfigo vulgar**

En este tipo de pénfigo las afectaciones orales son frecuentes al inicio de la enfermedad, pudiendo incluso cursar como única manifestación durante una media de 5 meses. Clínicamente, destacan las erosiones en mucosa gingival, labial, yugal o palatina, pudiendo llegar a perturbar la totalidad de la superficie. Las áreas desnudadas tienden a cubrirse de exudado blanco, mientras que los labios, las encías y la lengua presentan costras hemorrágicas. (Anexo I. Afectaciones orales en la enfermedad ampollosa autoinmune de pénfigo vulgar).

La deglución suele ser dolorosa, pues ocasiona un aumento de la producción salival y esputo sanguinolento<sup>6</sup>. Sin embargo, Gala E. et al.<sup>7</sup> muestra en un caso clínico la presencia de sequedad oral, acompañado de los síntomas anteriormente nombrados.

- **Síndrome de Sjögren**

En este síndrome destacamos la presencia de xerostomía (disminución de la función de las glándulas salivales y alteración en la composición química de la saliva<sup>8, 25</sup>), disfagia, herpes bucales, lengua depapilada, caries dentales y ardor lingual. Esto se debe a la asociación directa de esta enfermedad con los síntomas secos<sup>26</sup>.

No obstante, si nos centramos en la clínica general, se observan también afectaciones a nivel ocular con presencia de ojos rojos, queratoconjuntivitis y purito ocular, dolor muscular y articular, fatiga y trastornos del sueño. González C. et al.<sup>18</sup>, menciona en su caso clínico también la presencia de estenosis esofágica y colelitiasis.

- **Lupus eritematoso**

La sintomatología logopédica principalmente encontrada son lesiones orales y presencia de disfagia. No obstante, Rhodus N. L. y Johnson D. K.<sup>11</sup> muestran en su estudio clínico la aparición de nueva sintomatología que acompaña a la nombrada anteriormente: disgeusia, glosodinia, queilitis angular y glositis.

En cuanto a los síntomas generales de la enfermedad, la mayoría acuerdan la presencia de dolor articular. Algunos autores destacan la presencia de una piel atrófica, otros lo hacen con el hipocratismo digital y un estado de ansiedad generalizado, y unos terceros

destacan la serositis, fotosensibilidad, astenia, adinamia y hipertensión articular. Los estudios de Fidalgo-Vaquero B. y Rivero A.<sup>27</sup>, muestran una gran prevalencia de la sintomatología general frente a la relacionada con el ámbito logopédico.

- **Esclerodermia**

Esta enfermedad autoinmune cuenta con una clínica logopédica muy llamativa: disfagia, reflujo gastroesofágico, reducción de la contracción faríngea y deficiencia en los movimientos peristálticos<sup>28</sup>.

En esta enfermedad se destaca, como sintomatología general: neumonía, hipotonía, fenómeno Raynaud y artrosis. Nascimento C. D. et al.<sup>20</sup>, en su caso del doble diagnóstico con lupus eritematoso, incluye a mayores, sintomatología clínica relacionada con la disnea, cianosis en extremidades, astenia, anorexia, fiebre, vómitos y alopecia.

- **Dermatomiositis**

La gran mayoría de los casos mostrados en curso de esta enfermedad presentan síntomas disfágicos, con afectación principal en la fase faríngea. Algunos de ellos lo hacen junto a demás clínica logopédica: disfonía, disartria flácida, reflujo gastroesofágicos presencia de restos en faringe y sensación de cuerpo extraño y ahogo, aspiraciones y penetraciones.

Todos ellos manifiestan clínica general, entre los que destacan: debilidad y dolor muscular, articular y lesiones dermatológicas. Algunos de ellos presentan parestesias en extremidades, sin embargo, en el estudio de Díaz A. et al.<sup>24</sup> hay evidencia de que uno de los pacientes estudiados, comenzó con debilidad simétrica y progresiva en cintura escapular y pelvis, que llegaron a producirle una incapacidad en la ejecución de labores diarias, evolucionando hasta imposibilitarle la marcha e incorporación.

Por último, uno de los estudios de Díaz A. et al.<sup>24</sup> muestra, además, algunos síntomas que no han sido mencionados en los demás de los casos: astenia, adinamia, hiporexia y una disminución significativa de la fuerza en las extremidades.

**c. Comparar los diferentes métodos de exploración de la disfagia en base a las diferentes enfermedades autoinmunes estudiadas.**

Es necesaria la realización de pruebas exploratorias para establecer un correcto diagnóstico de disfagia antes de realizar una intervención terapéutica. De los artículos analizados como método de evaluación de la deglución, destaca principalmente la evaluación fibroscópica mediante endoscopio (nombrada en la tabla de resultados como FEES), que permitirá estudiar la fisiología de la deglución, estimar el riesgo de aspiración y orientar sobre la forma más segura de alimentar al paciente<sup>3</sup>. También

resulta común el estudio de la deglución mediante videofluoroscopia, técnica objetiva y altamente sensible<sup>3</sup> en la que el paciente, sentado y de forma lateral, deberá tragar un bolo de alta densidad con sulfato de bario<sup>17</sup> (Anexo III. Estudio de la deglución mediante videofluorescencia).

En un estudio sobre la esclerodermia llevado a cabo por Huang Y. et al.<sup>29</sup> se realizó un test de evaluación de deglución de agua (WST), herramienta para detectar problemas de deglución administrando al paciente de 2 a 30 mililitros de agua. Otros tres de los casos seleccionados realizan estudios esofágicos para el diagnóstico de esclerodermia, síndrome de Sjögren y dermatomiositis, estableciendo tanto manometrías esofágicas como esofagogramas como método de exploración.

En el síndrome de Sjögren se usa, preferentemente, la gammagrafía salivatoria. Ésta proporciona un cuadro dinámico de la función de las glándulas salivales mayores. Un tercio de los pacientes con esta enfermedad obtienen un resultado positivo en esta prueba<sup>9</sup> (Anexo IV. Imágenes de gammagrafía salivatoria por minuto).

Vitali C. et al.<sup>22</sup> centra su estudio de un caso de esclerodermia en los diferentes métodos de exploración llevados a cabo para poder establecer dicho diagnóstico. A continuación, observamos una breve explicación de cada uno de ellos:

- **SWAL-QOL.** Es un cuestionario de calidad de vida durante la deglución, cuenta con 10 escalas y consta de 48 ítems. La puntuación máxima es de 237 y la mínima de 48.
- **VPQ.** Es un cuestionario de interpretación vocal, cuenta con 12 ítems que examinan los síntomas físicos y el impacto socioeconómico de los trastornos de la voz.
- **VAS.** Se trata de una escala visuoanalógica usada para alcanzar una descripción más completa de la percepción del sujeto y de su calidad de voz.
- **SLS.** Es una escala logopédica particular de la esclerodermia. Cuenta con 58 ítems divididos en cinco subescalas.
- **MMO.** Hace referencia a la apertura máxima de la boca. Mide la distancia entre los incisivos superiores y los inferiores, considerando las medidas inferiores a 4 centímetros como anormal.

Por otro lado, si nos centramos en un estudio más generalizado, dentro de los artículos examinados encontramos pruebas como: inmunofluorescencia directa, tomografía computarizada, resonancia magnética, exámenes de laboratorio, biopsias musculares, electromiograma, hemograma, medulograma y exámenes de creatina fosfocinasa. Sin embargo, ciertos autores no citan en sus estudios los métodos de exploración llevados a cabo en los casos expuestos, como ocurre en artículos destinados al análisis de las enfermedades autoinmunes de dermatomiositis y lupus eritematoso.

**d. Demostrar la evolución de la disfgia en enfermedades autoinmunes después de haber recibido un tratamiento.**

El tratamiento médico-farmacológico es un pilar fundamental en las enfermedades autoinmunes. No obstante, destaca también el papel del logopeda que propondrá estrategias de intervención para prevenir complicaciones y aumentar la calidad de vida de las personas<sup>2</sup>. A continuación, se exponen los diferentes tratamientos empleados y la evolución de los casos en base a los diagnósticos estudiados:

En el único caso clínico con diagnóstico de enfermedad ampollosa de pénfigo vulgar<sup>7</sup> se realiza un tratamiento médico basado en la terapia sistémica y/o local con corticoides. El uso de esteroides ha disminuido la tasa de muerte. Por otro lado, se usan otro tipo de fármacos como terapia adyuvante: rituximab, azatioprina, ciclofosfamida y micofenolato. El autor refiere alivio de la sintomatología, pero sin remisión completa.

En el síndrome de Sjögren se establecen, principalmente, tratamientos farmacológicos y lágrimas artificiales o terapias de lubricación. Ciertos casos requerirán también de atención quirúrgica, odontológica y farmacológica<sup>9</sup>. Sin embargo, León E. J. et al.<sup>26</sup>, incluye en su caso clínico el uso de analgésicos, infiltración intrarticular con esteroides y tratamientos inespecíficos acompañados de terapias específicas inmunosupresoras, además de tratamiento fisioterapéutico. En cuanto a su evolución, a pesar de ser favorable en otros casos, este autor confirma un aumento de la sintomatología con el paso del tiempo.

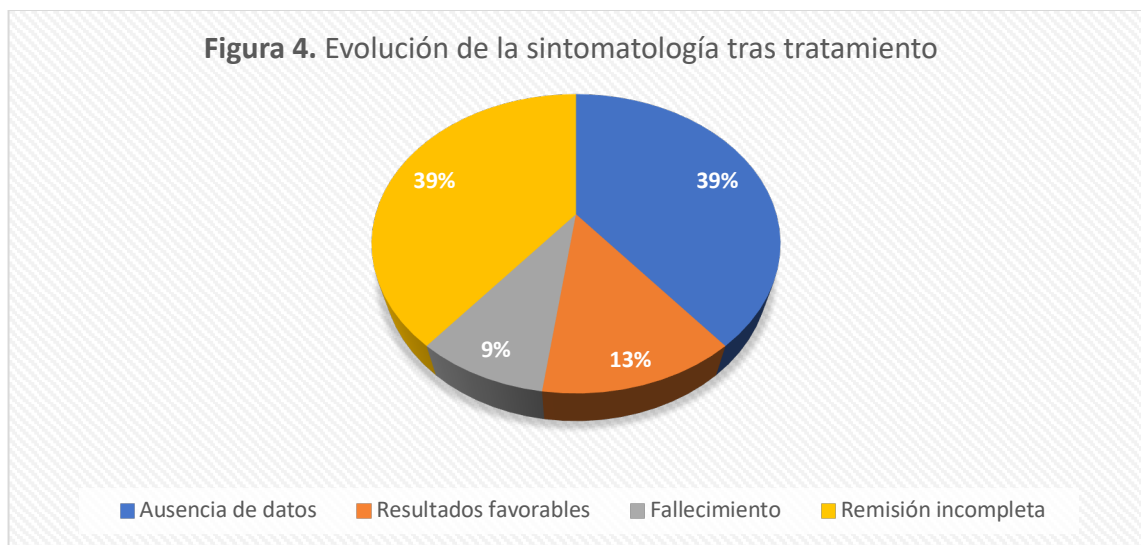
Los casos diagnosticados con lupus eritematoso se caracterizan por apenas dar información respecto al tema que nos ocupa. Esta enfermedad cuenta también con el uso de fármacos, que llevarán al paciente a una evolución favorable. Sin embargo, Fidalgo-Vaquero B. y Rivero A., presentan el caso de una mujer de 64 años, cuyo desarrollo concluye en el fallecimiento de la misma<sup>27</sup>.

Analizando los casos de esclerodermia, se ha hallado que un 60% de ellos omiten datos evolutivos y de tratamiento. Presentan un tratamiento farmacológico y, además, se introduce el uso de la pulsoterapia con ciclofosfamida e hidroxicloroquina. Nascimento C. D. et al.<sup>20</sup> hace referencia a este tratamiento en su estudio clínico y muestra una evolución favorable a partir del mismo.

La gran mayoría de sujetos con dermatomiositis siguen un tratamiento médico farmacológico. Sin embargo, pueden contar con un tratamiento logopédico<sup>17, 23</sup> basado en diferentes terapias institucionales de aprendizaje, que incluyen ejercicios de relajación, de columna cervical, de estimulación de la sensibilidad en mejillas, lengua, paladar y velo, de estimulación térmica en velo del paladar, de maniobras y posturas

deglutorias y un cambio en la dieta. En ciertos casos se incluye también el tratamiento fisioterapéutico, respiratorio y la terapia física diaria. Todo lo anterior, conllevará a una evolución favorable. Martiarena A. et al.<sup>15</sup>, narra la evolución de un caso con reducción de dermatitis tras 6 meses y desaparición completa posteriormente, además de un aumento de la actividad física y una reducción significativa de la presencia de disfagia. Sin embargo, el estudio realizado por Chávez N. et al.<sup>30</sup>, cuenta con un tratamiento inmunosupresor y como consecuencia fallece a los dos meses.

Para finalizar, se incluye una figura (Figura 4. Evolución de la sintomatología tras el tratamiento) con los porcentajes mostrando la variabilidad de datos encontrados en los casos analizados en función de la evolución de los pacientes tras haber recibido el tratamiento correspondiente, distinguiendo entre: resultados favorables, fallecimiento o remisión incompleta de la sintomatología.



## 6. DISCUSIÓN

En esta revisión sistemática se han analizado diferentes artículos científicos para conocer cómo afecta la disfagia en varias enfermedades autoinmunes, no solo basándonos en la sintomatología, sino atendiendo también a la globalidad de síntomas médicos. Este análisis se ha llevado a cabo a través de cuatro objetivos que incluyen: la prevalencia de la disfagia, síntomas y manifestaciones orales más frecuentes, métodos de exploración y la evolución observada tras haber recibido un tratamiento. De esta forma se han llegado a conocer, examinar y valorar diferentes datos de interés que a continuación se muestran.

Como se ha ido mencionando a lo largo de todo el trabajo, la disfagia aparece en la mayoría de los casos de enfermedades autoinmunes estudiadas, afectando principalmente a la población femenina en la enfermedad del síndrome de Sjögren. Además, los datos de diversos estudios revisados indican que, aunque no se presente sintomatología disfágica, sí aparecen otras manifestaciones orales que posteriormente podrán causar una futura disfagia. Este dato es muy importante a la hora de acudir a un profesional, pues, aunque el sujeto inicialmente no presente disfagia se le deberá de realizar una correcta exploración, así como un seguimiento que permita observar futuros signos que podrían ir apareciendo con el tiempo.

Es de vital importancia realizar una evaluación precoz y establecer un correcto tratamiento que permita que los pacientes evolucionen favorablemente. Las enfermedades estudiadas en este trabajo no están relacionadas socialmente con la logopedia, por lo que se les debería de dar visibilidad. Pero no son las únicas, si no que muchas otras enfermedades que también presentan disfagia deberían ser tratadas por un logopeda altamente cualificado.

En este trabajo se han querido conocer los tratamientos establecidos ante diferentes enfermedades autoinmunes. En la gran mayoría de los artículos científicos analizados se observa el empleo de fármacos como solución a diversos signos clínicos orales, obteniendo generalmente resultados positivos. Sin embargo, muy pocos mencionan un tratamiento rehabilitador mediante los servicios del logopeda. Sería interesante abrir una nueva línea de estudio para conocer los efectos y la evolución tras este tipo de terapias en un estudio mucho más amplio.

Cabe destacar la gran limitación del estudio en cuanto al tratamiento logopédico, pues apenas se ofrece información sobre este sector. Ante la presencia de disfagia, la labor del logopeda debería ser rutinaria tras la exploración correspondiente por parte del médico otorrinolaringólogo mediante una endoscopia. En muchos de los casos se observa que el tratamiento se restringe únicamente a los aspectos farmacológicos,

siendo la logopedia la gran olvidada. Con todo, el estudio realizado por Martín E. et al.<sup>23</sup>, demuestra la efectividad de un buen tratamiento rehabilitador logopédico. Además del empleo de un tratamiento farmacológico, la terapia de relajación y estimulación logopédica contribuyen a una evolución favorable en la voz, articulación y deglución. Es por ello que se podría recomendar el uso de este tratamiento conjunto para una mejor evolución y remisión de la sintomatología presentada, en este caso, a causa de la enfermedad autoinmune de la dermatomiositis.

En cuanto a las pruebas de evaluación que se utilizan para detectar la presencia de disfagia y/u otras manifestaciones orales, se ha demostrado que no hay una prueba ideal logopédica enfocada especialmente a cada una de las enfermedades autoinmunes analizadas que concrete con exactitud si el profesional se encuentra ante síntomas logopédicos, si hay posibilidad de que evolucione hacia los mismos o si, por el contrario, tan solo presenta sintomatología general no específica en logopedia.

En varios de los artículos estudiados se han usado pruebas como el test de evaluación de deglución de agua, endoscopias y videofluoroscopias, o el uso de diferentes cuestionarios y escalas. Por lo tanto, ésta podría ser otra línea de estudio: determinar el uso de pruebas logopédicas para el diagnóstico de disfagia y otras manifestaciones logopédicas, además de comprobar su validez.

Durante la exploración otorrinolaringológica no siempre está presente el logopeda. No obstante, sería un punto recomendable, pues es primordial que el profesional observe las imágenes de la prueba para después poder tratar más eficazmente al paciente.

Una de las fortalezas de este trabajo es el hecho de que el conocimiento de la disfagia, sus causas, exploración y tratamiento, tienen mucha más visibilidad que hace años. Poco a poco se ha ido convirtiendo en un síntoma más común y evidente para la población. No obstante, a partir de la búsqueda de artículos científicos, se ha verificado que la disfagia está mayormente estudiada en otras patologías o en casos postquirúrgicos de cabeza y cuello, más que en enfermedades autoinmunes.

Los resultados obtenidos tanto en el tratamiento como en la evolución logopédica dan pie a una gran debilidad. Como se puede observar en la tabla 3 (Tabla 3. Resultados), se encuentran muchos espacios en blanco en las columnas destinadas a estos aspectos, mientras que en la rama médica están prácticamente completos en todos los casos presentados. Esto indica claramente que se deberá de incidir en el campo logopédico, tanto de tratamiento como evolución, en futuros estudios o análisis.

Por último, cabe resaltar las diferencias halladas en la prevalencia de la disfagia en función de la enfermedad autoinmune de la que estamos hablando. Podemos encontrar



una gran diferencia entre los casos de dermatomiositis, donde el 86% de los casos presentan disfagia. En los casos de lupus eritematoso analizados predomina la ausencia de la disfagia en un 57% de los estudios. A la hora de examinar estos datos, se dará visibilidad y prioridad a las enfermedades como la dermatomiositis, donde la probabilidad de presentar disfagia será mayor.

## 7. CONCLUSIONES

Las conclusiones obtenidas tras esta revisión sistemática, basada en la prevalencia, exploración, evolución y tratamiento de la disfagia, además de otra sintomatología oral, son las siguientes:

1. De un primer estudio se ha observado que los tratamientos llevados a cabo se centran en aspectos médicos y farmacológicos, dejando de lado otro tipo de terapias rehabilitadoras como es la del logopeda.
2. La presencia de sintomatología oral y disfagia en enfermedades autoinmunes tiene muy poca visibilidad. Sin embargo, tanto estas como muchas otras patologías desconocidas socialmente requieren de tratamiento logopédico.
3. No existe una evaluación estandarizada que sirva para establecer el diagnóstico de disfagia en las enfermedades de síndrome de Sjögren, lupus eritematoso, enfermedad ampollosa de pénfigo vulgar, esclerodermia y dermatomiositis.
4. Los artículos analizados que cuentan con terapia logopédica en su tratamiento refieren una evolución favorable y con una disminución considerable de los síntomas, llegando incluso a su remisión completa; mientras que aquellos en los que no se hace referencia a la terapia rehabilitadora presentan una evolución desfavorable en ciertos casos.
5. En gran parte de los artículos analizados se cuenta con poca información sobre el tratamiento logopédico que se establece. Los autores se limitan a nombrar el papel del logopeda en sus estudios sin detallar de forma explícita la terapia logopédica.
6. Estudios futuros podrán demostrar un mayor alcance del tratamiento, siendo la profesión del logopeda fundamental en la mejora de diversas patologías que atañen a los problemas de voz, habla y deglución.

## **8. BIBLIOGRAFÍA**

- 1** Velasco M, García-Peris P. Causas y diagnóstico de la disfagia. *Nutr Hosp Suplementos*. 2009; 2(2): 56-65.
- 2** Rodríguez A J, Martín B. Abordaje multidisciplinar en el tratamiento de la disfagia. *Ene*. 2008; 2(4): 39-44.
- 3** Nazar G, Ortega A, Godoy A, Godoy J M, Fuentealba I. Evaluación fibroscópica de la deglución. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*. 2008; 68(2): 131-142
- 4** Kokuina E. De la autoinmunidad a las enfermedades autoinmunes. *Rev Cubana Med*. 2001; 40(1): 36-44.
- 5** Mays J W, Sarmadi M, Moutsopoulos N M. Oral manifestations of systemic autoimmune and inflammatory diseases: diagnosis and clinical management. *J Evid Base Dent Pract*. 2012; 12(1): 265-282.
- 6** Aldama A, Martínez L. Manifestaciones orales de las enfermedades ampollosas autoinmunes. *Gac. dermatol. (Asunción)*. 2012; 7(2): 10-14
- 7** Gala E, Barbi J, Capote A L, Valdivia M, Naval L. Enfermedad ampollosa autoinmune de cavidad oral: pénfigo vulgar. A propósito de un caso clínico. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2020; 42(4): 185-188.
- 8** Becerra-Ulloa R, Pachuca-González D, Alva-López LF, et al. Imagen del síndrome de Sjögren en las glándulas salivales. *Rev Invest Med Sur Mex*. 2014; 21(1): 31-35.
- 9** Arellano G, Magaña J, Gutiérrez J L, Domínguez L G. Síndrome de Sjögren. Revisión con un caso ilustrativo. *Acta Méd. Grupo Ángeles*. 2016; 14(2): 90-100.
- 10** Lourenço S V, De Carvalho F R G, Boggio P, Sotto M N, Vilela M A C, Rivitti E A, Nico M M S. Lupus erythematosus: clinical and histopathological study of oral manifestations and immunohistochemical profile of the inflammatory infiltrate. *J Cutan Pathol* [Internet]. 2007 [Consultado 15 Abr 2022]; 34 (7): 558-564. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1600-0560.2006.00652.x>
- 11** Rhodus N L, Johnson D K. The prevalence of oral manifestations of systemic lupus erythematosus. *Quintessence Int*. 1990; 21 (6): 461-465.
- 12** Turrión A, Martín R, Sánchez A. Esclerodermia. *Medicine*. 2013; 11 (32): 1981-90.

- 13** Batista O, Urquiola E. Paciente con diagnóstico de esclerodermia sin esclerodactilia: reporte de caso. Rev. Med. FCM – UCSG [Internet]. 2017 [Consultado 10 Abr 2022]; 21 (2): 84-89. Disponible en: <http://doi.org/10.23878/medicina.v21i2.832>
- 14** Carreira P E, Martín-López M, Álvarez J L. Esclerodermia. Medicine. 2017; 12 (25): 1448-1457.
- 15** Martiarena A, Aldamiz-Echebarria M, Martínez C, García J J. Actualización en el tratamiento de la dermatomiositis; a propósito de un caso. Farm Hosp. 2014; 38 (6): 486-497.
- 16** Carrillo-Esper R, Janka-Zires M. Dermatomiositis. Gac Méd Méx. 2009; 145(6): 533-535.
- 17** Mugii N, Hasegawa M, Matsushita T, Hamaguchi Y, Oohata S, Okita H et al. Oropharyngeal dysphagia in dermatomyositis: associations with clinical and laboratory features including autoantibodies. Plos one [Internet]. 2016 [Consultado 10 Abr 2022]; 11(5). Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154746>
- 18** González C, Inchausti J J, Ramón J, de Aberásturi J, Queiro R, Belzunegui J, Figueroa M. Disfagia por anillos esofágicos en el síndrome de Sjögren. Rev Esp Reumatol. 2001; 28(2): 81-82.
- 19** Manterola C, Otzen T, grupo MINCIR. Alteraciones Motoras Esofágicas en Pacientes con Síndrome de Sjögren: Estudio de Casos y Controles. Int. J. Morphol. 2016; 34(1): 285-290.
- 20** Nascimento C D, Almeida Y J, Bona R, Serfaty L, da Silva Campos V, Giovana K et al. Síndrome de sobreposição lúpus eritematoso sistêmico e esclerodermia: relato de caso e revisão de literatura. REAS/EJCH [internet]. 2019 [Consultado 20 Abr 2022]; (17). Disponible en: <https://doi.org/10.25248/reas.e273.2019>
- 21** Fernández-Bonilla J N. Paciente de 60 años con lupus eritematoso sistémico y cáncer de esófago concomitante. CIMEL. 2006; 11(1): 35-38
- 22** Vitali C, Borghi E, Napoletano A, Polini F, Caronni M, Ammenti P, Cattaneo D. Oropharyngolaryngeal disorders in scleroderma: development and validation of the SLS scale. Dysphagia. 2010; 25(2): 127-138.
- 23** Martin E, Gómez A, Valadez V M. Disfagia como síntoma en la dermatomiositis. Presentación de un caso clínico. Rev Mex AMCAOF. 2017; 6(1): 11-15.

**24** Díaz A, López L S, Márquez M, González J P, Botero M L, Guzmán J E. Dermatomiositis juvenil. Reporte de dos casos y revisión de la literatura. CES Med. 2006; 20(2): 83-95.

**25** Cabrera D, González L, Ferrer O. Xerostomía en pacientes con síndrome de Sjögren. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [internet]. 2017 [consultado 22 Abr 2022]; 42(1). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/926>

**26** León E J, Camejo D, Chaucanés A D, Bolaños L F. Un acercamiento al síndrome de Sjögren a través de un caso clínico: “secando el desconocimiento”. Panorama Cuba y Salud. 2010; 5(3): 38-48.

**27** Fidalgo-Vaquero B, Rivero A. Diagnóstico diferencial de lupus eritematoso diseminado (LED). Presentación de tres casos clínicos. Rev. de Med. E. G. Navarra. 1962; 6(1): 74-78.

**28** Pérez y López N, Lugo-Zamudio G, Barbosa-Cobos RE, Wong-Lam A, Torres-López E. Frequency of motor alterations detected through manometry in patients with esophageal symptoms and scleroderma. Revista de Gastroenterología de México. 2017; 82(2): 193-195.

**29** Huang Y, Wen G, Huang X, Huang X. Analysis on the Effect of Early Screening and Safe Management of Dysphagia in Scleroderma Patients. Am J Nurs [Internet]. 2020 [Consultado 25 Abr 2022]; 9(6): 442-444. Disponible en: <http://doi.org/10.11648/j.ajns.20200906.20>

**30** Chávez N, Sánchez Y, Elías Y. Dermatomiositis. Presentación de un caso pediátrico. Multimed. 2012; 16(1).

**31** Neurorhb. Valoración de la disfagia mediante videofluoroscopia. [Internet]. 2013 [Consultado 11 May 2022]. Disponible en: <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/valoracion-de-la-disfagia-mediante-videofluoroscopia/>

## 9. ANEXOS

### Anexo I Afectaciones orales en la enfermedad ampollosa autoinmune de Pénfigo Vulgar<sup>6</sup>



Fig. 4  
Pénfigo vulgar. Lesión erosiva y blanquecina en labios



Fig. 5  
Pénfigo vulgar. Áreas erosivas en paladar. Lengua con reticulado blanquecino



Fig. 6  
Pénfigo vulgar. Importante compromiso del rostro. Erosión, ulceración y costras en labios. Lengua con erosión cubierta por membrana blanco-grisácea y puntillado hemorrágico



Fig. 7  
Pénfigo vulgar. Severo compromiso oral y cutáneo con gruesas costras hemorrágicas



Fig. 8  
Pénfigo vulgar. Compromiso cutáneo con áreas erosivas y áreas denudadas, con exudado blanquecino en lengua



Fig. 9  
Pénfigo vulgar. Lesiones erosivas y costrosas

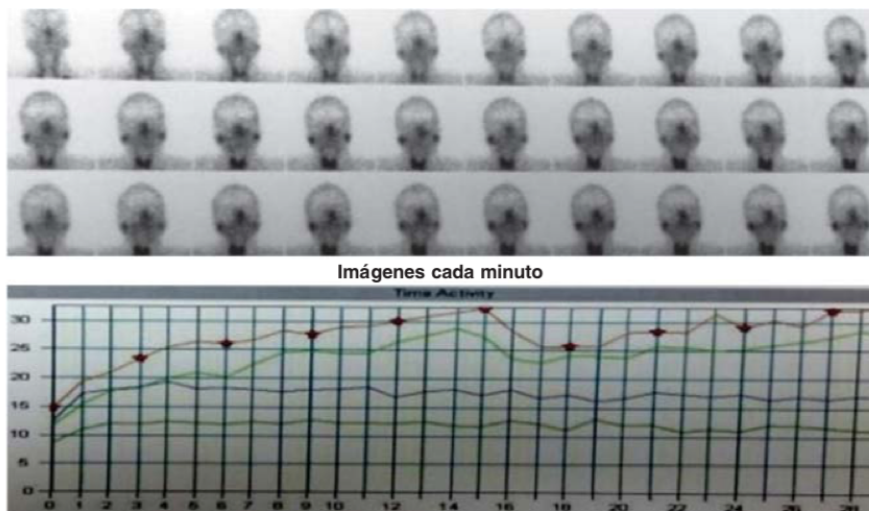
### Anexo II Signos y síntomas del síndrome de Sjögren para su diagnóstico<sup>5</sup>

Revised International Classification Criteria for Diagnosis of Sjogren's Syndrome [73]
I. Ocular symptoms: a positive response to at least one of the following questions:
1. Have you had daily, persistent, troublesome dry eyes for more than 3 months?
2. Do you have a recurrent sensation of sand or gravel in the eyes?
3. Do you use tear substitutes more than 3 times a day?
II. Oral symptoms: a positive response to at least one of the following questions:
1. Have you had a daily feeling of dry mouth for more than 3 months?
2. Have you had recurrently or persistently swollen salivary glands as an adult?
3. Do you frequently drink liquids to aid in swallowing dry food?
III. Ocular signs—that is, objective evidence of ocular involvement defined as a positive result for at least one of the following two tests:
1. Schirmer's I test, performed without anesthesia ( $\leq 5$ mm in 5 minutes)
2. Rose bengal score or other ocular dye score ( $\geq 4$ according to van Bijsterveld's scoring system)
IV. Histopathology: In minor salivary glands (obtained through normal-appearing mucosa) focal lymphocytic sialoadenitis, evaluated by an expert histopathologist, with a focus score $\geq 1$ , defined as a number of lymphocytic foci (which are adjacent to normal-appearing mucous acini and contain more than 50 lymphocytes) per 4 mm <sup>2</sup> of glandular tissue
V. Salivary gland involvement: objective evidence of salivary gland involvement defined by a positive result for at least one of the following diagnostic tests:
1. Unstimulated whole salivary flow ( $\leq 1.5$ mL in 15 minutes)
2. Parotid sialography showing the presence of diffuse sialectasias (punctate, cavitory, or destructive pattern), without evidence of obstruction in the major ducts
3. Salivary scintigraphy showing delayed uptake, reduced concentration, and/or delayed excretion of tracer
VI. Autoantibodies: presence in the serum of the following autoantibodies:
1. Antibodies to Ro(SSA) or La(SSB) antigens, or both

**Anexo III. Estudio de la deglución mediante videofluorescencia<sup>31</sup>**



**Anexo IV. Imágenes de gammagrafía salivatoria por minuto<sup>8</sup>**



**Figura 1.**

Gammagrafía de glándulas parótidas que muestra captación gradual del material radioactivo por las glándulas salivales, la cual continúa hasta el minuto 15, en que se proporciona estímulo ácido; la respuesta a dicho estímulo es inmediata; la curva de tiempo-actividad muestra asimetría y hay mayor concentración en la glándula parótida derecha. El proceso de excreción está disminuido para ambas parótidas, especialmente para la derecha.