

Temas Originales

Frecuencia de disfagia en una cohorte de pacientes con enfermedad de Parkinson.

Luis Torres Ramírez^{1a}, Víctor Dueñas Vicuña^{1b}, Carlos Cosentino Esquerre^{1a}, Henry Ruiz García^{1c}

Resumen

La disfagia es un síntoma descrito como la sensación de dificultad para deglutir los elementos sólidos o líquidos por alteración de una de las 4 fases de la deglución. La enfermedad de Parkinson (EP) es un proceso neurodegenerativo progresivo cuya afectación principal se da en la pars compacta de la sustancia negra. El cuestionario SDQ (Swallowing Disturbances Questionnaire), es una escala de autoevaluación que comprende 15 preguntas sobre la frecuencia de síntomas de disfagia al momento de la alimentación en el paciente con EP. La disfagia es un síntoma no motor presente en la EP. Evaluamos la prevalencia de disfagia en 200 pacientes con EP del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas del Perú detectados mediante el Cuestionario SDQ, así también comparamos diferentes características demográficas, nosológicas y terapéuticas que tienen éstos pacientes. Se evaluó a 35 pacientes que tuvieron valores según el cuestionario SDQ positivos para presencia de Disfagia (17,5%). La pregunta 5 del Cuestionario SDQ fue la que presentó la mayor cantidad de respuestas positivas. Se puede suponer la correlación entre salivación y presencia o empeoramiento de disfagia. 29 de 35 pacientes utilizaban en su terapéutica Levodopa. 18 de 35 se encontraban en el Estadio 3 de la clasificación de Hoehn y Yahr.

Palabras clave: Cuestionario SDQ, disfagia, enfermedad de Parkinson.

Abstract

Dysphagia is a symptom described as the feeling of difficulty swallowing solids or liquids by the alteration of one of the 4 phases of swallowing. Parkinson's disease (PD) is a progressive neurodegenerative process whose primary involvement occurs in the pars compacta of the substantia nigra. SDQ questionnaire is a self-rating scale comprising 15 questions about the frequency of symptoms of dysphagia during patient's feeding time with PD. Dysphagia is a non motor symptom present in PD. This article analyzes the prevalence of dysphagia in 200 patients with PD at the Peruvian National Institute of Neurological Sciences by applying the Questionnaire SDQ, we also compare different therapeutic, demographic and nosological characteristics these patients have. 35 patients with positive amounts for Dysphagia were evaluated, according to the SDQ questionnaire presence (17,5%). Question number 5 from the Questionnaire SDQ was the one that had the highest number of positive results. We can make assumptions based on the correlation between salivation and the existence or the worsening of dysphagia, 29 of 35 patients used Levodopa in their therapeutic, 18 of 35 were in stage 3 of the Hoehn and Yahr classification.

Keywords: Dysphagia, Parkinson's disease, SDQ Questionnaire.

Introducción

Las manifestaciones no motoras de la enfermedad de Parkinson (EP)⁽¹⁾ cada vez toman mayor importancia en el diagnóstico y discapacidad. Estas manifestaciones pueden ser divididas en desórdenes autonómicos, neuropsiquiátricos, del sueño y sensoriales⁽²⁾. Incluyen las ya referidas alteraciones del sueño, ansiedad, depresión, constipación, hipotensión ortostática, fatiga, disartria y disfagia entre otras⁽³⁾.

La disfagia en EP es un síntoma no motor que altera la calidad de vida en el paciente e incrementa el riesgo de patología respiratoria como neumonía aspirativa⁽⁴⁾. La disfagia es muchas veces sub diagnosticada, por lo que se hace necesario la utilización de pruebas de cribado y de evaluación certeras.

La disfagia en la EP puede ser causada por problemas en el mecanismo oral o faríngeo/esofágico relacionado con alteración de la motilidad (por patología con depósito de Cuerpos de Lewy) en el plexo mientérico de Auerbach a nivel del esófago⁽⁵⁾. Hipótesis apuntan a alteraciones en el reflejo deglutorio cuyo control se encuentra en el tronco encefálico. Cabe resaltar que según la clasificación de Braak se produce en el Estadio 1 alteración del núcleo motor dorsal del vago que comanda a los músculos lisos que intervienen en la deglución y al núcleo ambiguo, que participa en el control del músculo estriado⁽⁶⁾.

El cuestionario SDQ (Swallowing Disturbance Questionnaire) es una escala de autoevaluación que comprende 15 preguntas sobre la frecuencia de síntomas de disfagia al momento de la alimentación⁽⁷⁾ y fue desarrollado como

¹Departamento de Enfermedades Neurodegenerativas, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Lima, Perú. Médico neurólogo^a, ¹Médico neurólogo de asistencia libre^b. ¹Médico de asistencia libre^c.

herramienta de cribado para detectar disfagia en pacientes con EP. Dentro de un puntaje total máximo de 44,5 puntos, 11 puntos son considerados punto de corte para la detección de disfagia⁽⁶⁾.

En el presente artículo se trata de medir la frecuencia de disfagia como síntoma no motor en EP mediante el cuestionario SDQ.

Pacientes y métodos

Se incluyeron 200 pacientes consecutivos con EP basado en criterios diagnósticos clínicos actuales atendidos en consultorio externo del INCN entre enero y abril de 2014 y que presentaban capacidad para el consumo oral de alimentos.

Los datos recolectados de los pacientes incluyen los siguientes tópicos: edad, sexo, edad de inicio, tiempo de enfermedad, síntoma de inicio, simetría de inicio, región inicialmente afectada, tratamiento recibido, estadio del paciente según la clasificación de Hoehn y Yahr. Todos los pacientes recibieron el cuestionario anónimo en español, sobre dificultad para deglutir alimentos (SDQ en sus siglas en inglés), el cual fue respondido luego de una serie de instrucciones.

Nosotros consideramos que este cuestionario incide sobre cuestiones rutinarias de la consulta neurológica y, por ende, no requiere el filtro y la aprobación del comité de ética.

Las preguntas realizadas fueron las siguientes⁽⁹⁾:

- 1) Ha experimentado dificultad en masticar comida sólida como manzanas, galletas u otros.
- 2) Hay algún residuo de comida en su boca, mejilla, debajo de su lengua o atascado en el paladar después de pasar los alimentos.
- 3) La comida o los líquidos salen por la nariz cuando está comiendo o bebiendo.
- 4) La comida que ha masticado se le sale de la boca.
- 5) Siente que tiene demasiada saliva en la boca. Babea o tiene dificultad para pasar la saliva.
- 6) Tiene que hacer el intento de tragar la comida que ha masticado varias veces para que pueda pasar por la garganta.
- 7) Experimenta dificultad en tragar comidas sólidas. Siente que las manzanas o galletas se le atascan en la garganta.
- 8) Experimenta dificultad en tragar o pasar comidas como purés.
- 9) Mientras come, siente como si un trozo de comida estuviera atorado en su garganta.
- 10) Usted tose cuando traga o pasa alimentos líquidos.
- 11) Usted tose cuando traga o pasa alimentos sólidos.
- 12) Usted experimenta ronquera o disminución de la voz inmediatamente después de comer o beber.
- 13) Excluyendo los momentos en los que come. Usted experimenta tos o dificultad para respirar como resultado de la entrada de saliva a la garganta.
- 14) Usted experimenta dificultad para respirar durante las comidas.

- 15) Usted ha sufrido de alguna infección respiratoria durante el año pasado.

Resultados

Se evaluaron 130 hombres (65.0%) y 70 mujeres (35.0%) con un promedio de edad de $64,29 \pm 10,72$ años. La edad de inicio promedio de los síntomas no motores fue de $58,65 \pm 11,035$ y el tiempo de enfermedad promedio al momento de la entrevista fue de $6,33 \pm 4,43$.

El síntoma motor de inicio fue el temblor en 149 (74.5%) casos, rigidez en 36 (18.0%) y bradicinesia en 15 (7.5%).

Del total de pacientes, tomaban Levodopa ya sea como única droga o como parte de su terapéutica = 157 (80.10%), dentro de estos pacientes la combinación Levodopa +Carbidopa fue utilizada por 147 pacientes (73.5%) y la combinación Levodopa+Benserazida por 14 (7%) pacientes. Pramipexol era consumida por = 67 (33.5%) ya sea como única droga o como parte de la terapéutica. Utilizaron Biperideno 89 pacientes (44.5%) (Tabla 1).

Según la Escala de estratificación de Hoehn y Yahr: 45 (22.5%) pacientes se encontraban en el Estadio 1, 75 (37.5%) en el Estadio 2, 75(37.5%) pacientes en el Estadio 3 y 5(2.5%) pacientes en el Estadio 4 (Tabla 2).

Con respecto a la puntuación de la Escala SDQ 35 pacientes (17.5%) obtuvieron puntajes mayores a 11 mientras que 165 (82.5%) obtuvieron puntuaciones menores o iguales a 11.

De los pacientes con puntuación mayor de once, 23 (65.7%) fueron varones y 12 (34.3%) mujeres. Esta proporción es similar al total de sujetos incluidos en el estudio.

En los pacientes con puntuación mayor a 11 en el Test SDQ (n=35) se encontró que tenían un tiempo de enfermedad promedio de $7,08 + 5,07$ años.

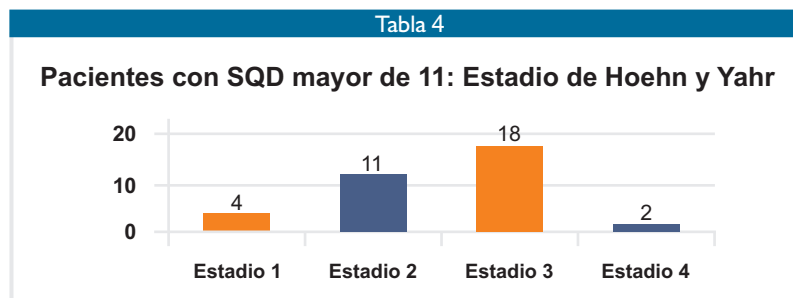
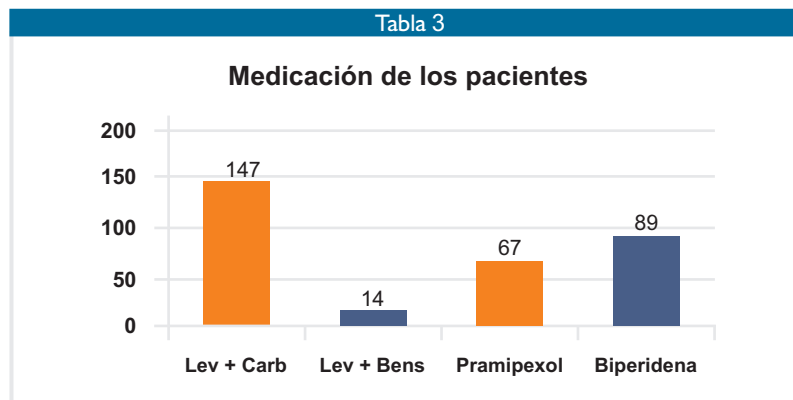
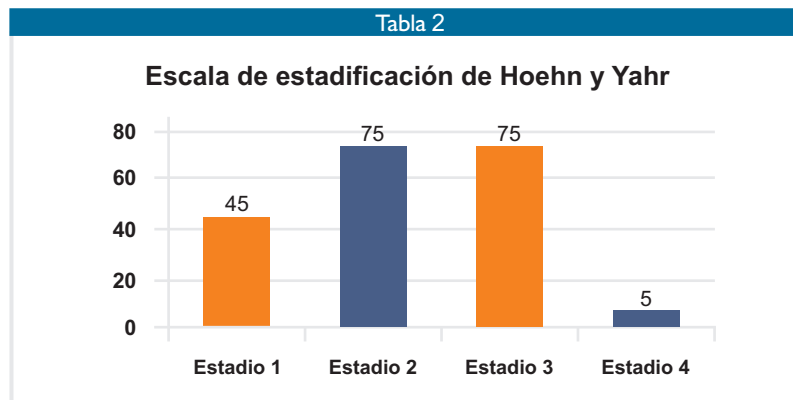
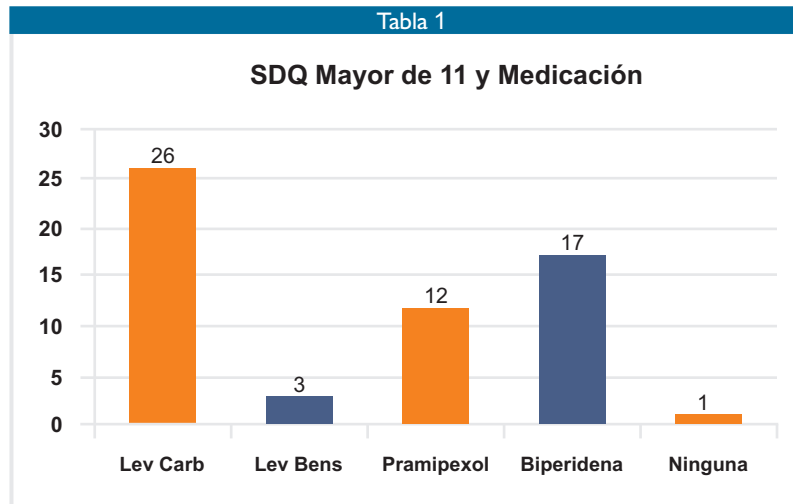
En los pacientes positivos para disfagia según el Cuestionario SDQ se encontró que utilizaban la siguiente medicación: Levodopa + Carbidopa: 26, Levodopa + Benserazida: 3, Pramipexol: 12, Biperideno: 17 y Ninguno: 1 (Tabla 3).

En los pacientes con puntuación mayor a 11 en el Test SDQ (n=35) el Estadio de Hoehn fue: 4 pacientes en estadio 1; 11 en estadio 2; 18 en estadio 3 y 2 en estadio 4 (Tabla 4).

Discusión

La disfagia es un síntoma no motor de la EP, importante por su asociación con otras comorbilidades (neumónicas y nutricionales generalmente)⁽¹⁰⁾ y por la frecuencia muchas veces subestimada de su presentación.

El Test SDQ desarrollado en 2007 tiene como objetivo el determinar de la manera más objetiva posible los problemas



deglutorios y tratar de encontrar así la verdadera frecuencia de este síntoma no motor⁽⁹⁾.

Las características demográficas en ésta muestra arrojan una edad promedio de $64,29 \pm 10,2$, similar a un estudio realizado en Canadá⁽³⁾ sobre síntomas no motores ($66,7 \pm 9,3$) y sobre disfunciones no-motoras en México ($64,5 \pm 10,9$)⁽²⁾. En series más específicas sobre la presencia de disfagia en Enfermedad de Parkinson en Polonia la edad promedio es $69,3 \pm 8,2$ ⁽⁷⁾ y en una serie de pacientes japoneses sobre la validación del SDQ $67,0 \pm 9,0$ el promedio de edad⁽⁸⁾. Finalmente en un grupo de 100 pacientes en Israel la edad promedio fue de $61 \pm 3,5$.

En relación al género, en esta muestra se encontró 65% de varones y 35 % de mujeres, cifras similares a estudios previos^(2,7,8). Con respecto a estudios en grupos de Polonia⁽⁷⁾ y Japón⁽⁸⁾ todos los pacientes recibían Levodopa a diferencia de los pacientes de esta muestra en la cual 80,5 % de los pacientes tomaban Levodopa con Carbidopa o Benserazida.

Con respecto a la clasificación de Hoehn y Yahr, la mayoría de la muestra se encontraba en el Estadio 2 y 3 (37,5% cada uno), a diferencia del estudio de validación del SDQ realizado en Japón⁽⁸⁾ donde el mayor porcentaje se concentró en el Estadio 3 con 45,9% y en segundo lugar pacientes con Estadio 4 con 24,6%.

En nuestro estudio, 35 pacientes (17,5%) presentaron disfagia como síntoma no motor. Este valor es similar a un estudio realizado con 70 pacientes con EP en Canadá donde luego de una evaluación clínica completa de cada paciente determinaron que el 25,7% presentaba Disfagia⁽³⁾, y en un estudio previo realizado en Perú⁽¹¹⁾ empleando el Autocuestionario de Síntomas No Motores, en 300 casos encontramos 67 (22.3%) pacientes, siendo ese resultado similar al hallado en este estudio.

Los resultados de la tabulación arrojaron que la pregunta con una mayor presencia de positividad, era la relacionada a sensación de babeo o la dificultad para pasar saliva. Esto es interesante ya que muchas veces este es el primer problema detectado por el paciente o por su familia, incluso antes de la dificultad propia de pasar los alimentos. En el análisis preliminar de una cohorte de pacientes en el estudio COPARK⁽¹²⁾, la presencia de sialorrea fue de 37% versus un 18% de la presencia de disfagia. Además se ha descrito una correlación importante entre babeo y la presencia y empeoramiento de la disfagia en otras series⁽¹³⁾.

Así mismo, en lo que es la valoración del Cuestionario SDQ⁽⁹⁾, comparado con el estudio japonés donde se realizó Video fluoroscopia para confirmar la presencia de disfagia con una sensibilidad de 77,8% y especificidad de 84,6%⁽⁸⁾, mientras que un estudio Israelí donde fue valorado en comparación con la realización de un examen físico que constó de una revisión por un patólogo del discurso y lenguaje junto con un examen de evaluación de endoscopia de fibra óptica la sensibilidad fue de 80,48% y la especificidad fue de 81,25%⁽⁹⁾. En esta oportunidad los resultados que se hallaron con el SDQ no fueron comparados con algún examen auxiliar complementario.

Con respecto a los pacientes con valores mayores de 11 en el Cuestionario SDQ (n=35), el valor promedio del tiempo de enfermedad que llevan es $7,08 \pm 5,07$. Comparado esto a una serie de pacientes de Polonia⁽¹⁴⁾ donde se evaluó disfagia según la escala UPDRS el tiempo promedio de enfermedad hallado era de: $6,00 \pm 4,72$.

Además, el 74,28% de estos pacientes recibían Levodopa+Carbidopa; 8,57% tomaban Levodopa+Benserazida, 34,28% de pacientes utiliza Pramipexol en su terapéutica y 48,57% Biperideno. En un estudio de 27 pacientes con EP realizado en Brasil se sugiere que dosis altas de Levodopa podría ayudar al mejoramiento de los síntomas de disfagia⁽¹⁵⁾. Basado en esto sería interesante evaluar si altas dosis de Levodopa estarían relacionadas con una mejoría clínica de este síntoma no motor.

Así mismo, los pacientes con disfagia en el Test SDQ se encontraban en clasificaciones mayores según la escala de Hoehn y Yahr. El 51,48% de pacientes se encontraba en el Estadio 3. Estos resultados son comparables con el estudio realizado en Japón por Yamamoto y col. donde el mayor porcentaje de pacientes estaba en el Estadio 3⁽⁸⁾.

En conclusión podemos afirmar que el Test SDQ sirve para determinar la presencia de Disfagia en EP aunque se debería complementar con un examen auxiliar (Video fluoroscopia o Endoscopia de fibra óptica de sensibilidad) la presencia de éste síntoma no motor. También que la correlación entre salivación y disfagia puede presuponerse a partir de la mayor respuesta positiva a la pregunta 5 del cuestionario SDQ.

Es importante la detección temprana de este síntoma no motor para tomar medidas preventivas y evitar complicaciones a mediano y largo plazo, como ahogos o neumopatía aspirativa en pacientes con enfermedad de Parkinson.

Referencias bibliográficas

1. Storch A, Schneider CB, Wolz M, Stürwald Y, Nebe A, Odin P, et al. Nonmotor fluctuations in Parkinson disease: Severity and correlation with motor complications. *Neurology*. 2013;80(9):800-809.
2. Rodríguez-Violante M, Cervantes-Arriaga A, Villar-Velarde A. Prevalence of non-motor dysfunction among Parkinson's patients from a tertiary referral center in Mexico City. *Clin Neurol Neurosurg*. 2010;112(10):883-885.
3. Rios Romenets S, Wolfson C, Galatas C, Pelletier A, Altman R, Wadup L, et al. Validation of the non-motor symptoms questionnaire (NMS Quest). *Parkinsonism Relat Disord*. 2012;18(1):54-58.
4. Rodrigues L, Costa N, Wanderley M, Santos E, Albuquerque D, Guescel A, et al. The Relationship between Limit of Dysphagia and Average Volume per Swallow in Patients with Parkinson Disease. *Dysphagia*. 2014; 29(4):419-424.
5. Wolters ECh. Non-motor extranigral signs and symptoms in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2009;15 Suppl3:S6-S12.

6. **Braak H, Del Tredecci K, Rüb U, de Vos RA, Jansen Steur EN, Braak E.** Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease. *Neurobiol Aging*. 2003;24(2):197-211.
7. **Cohen JT, Manor Y.** Swallowing Disturbance Questionnaire for Detecting Dysphagia. *Laryngoscope*. 2011;121(7):1383-1387.
8. **Yamamoto T, Ikeda K, Usui H, Miyamoto M, Murata M.** Validation of the Japanese translation of the Swallowing Disturbance Questionnaire in Parkinson's disease patients. *Qual Life Res*. 2012;21(7):1299-1303.
9. **Manor Y, Giladi N, Cohen A, Fliss DM, Cohen JT.** Validation of a Swallowing Disturbance Questionnaire for Detecting Dysphagia in Patients with Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2007;22(13):1917-1921.
10. **Lam K, Lam FK, Lau KK, Chan YK, Kan EY, Woo J, et al.** Simple Clinical Test may Predict Severe Oropharyngeal Dysphagia in Parkinson's Disease. *Mov Disord*. 2007;22(5):640-644.
11. **Cosentino C, Nuñez Y, Torres L.** Frequency of non-motor symptoms in Peruvian patients with Parkinson's disease. *Arq Neuropsiquiatr*. 2013;71(4):216-219.
12. **Perez-Lloret S, Négre-Pagés L, Ojero-Senard A, Damier P, Destée A, Tison F, et al.** Oro-buccal symptoms (dysphagia, dysarthria and sialorrhea) in patients with Parkinson's disease: preliminary analysis from the French COPARK cohort. *Eur J of Neurol*. 2012;19(1):28-37.
13. **Nobrega AC, Rodrigues B, Torres AC, Scarpel RD, Neves CA, Melo A.** Is drooling secondary to a swallowing disorder in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2008;14(3):243-245.
14. **Potulska A, Friedman A, Krolicki L, Spychala A.** Swallowing disorders in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2003;9(6):349-353.
15. **Monte F, Da Silva-Junior F, Braga Neto P, Nobre e Souza MA, de Bruin VM.** Swallowing abnormalities and dyskinesia in Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2005;20(4):457-462.

DIAGNÓSTICO

REVISTA MÉDICA DE LA FUNDACIÓN INSTITUTO HIPÓLITO UNANUE

Toda la información médica que ofrece la



FUNDACIÓN
INSTITUTO HIPÓLITO UNANUE
está en Internet

- Versión en línea de la revista
 - Buscador Temático dentro de la revista
 - Noticias Médicas
 - Informaciones sobre la Fundación
-
- Premio Medalla de Oro Hipólito Unanue
 - Premio Hipólito Unanue a los Mejores Trabajos de Investigación en las Ciencias de la Salud
 - Premio Hipólito Unanue a la Mejor Edición Científica sobre Ciencias de la Salud
 - Apoyo Económico a la Investigación Científica
 - Becas de Honor
 - Actividades Científicas en Provincias - Cursos Multidisciplinarios

<http://www.fihu-diagnostico.org.pe>