

# Rehabilitación foniátrica luego de glosectomía parcial

## Phoniatric rehabilitation after partial glossectomy

Lady Catherine Cantor Cutiva<sup>1</sup>

### RESUMEN

*Este artículo tiene como objetivo resaltar la conveniencia de un manejo interdisciplinario en el tratamiento de pacientes con cáncer de cabeza y cuello, y para efectos del mismo, con cáncer de lengua; destacando la importancia que tiene la inclusión del foniatra en el equipo de profesionales tratantes, como experto que ayuda a disminuir o compensar las consecuencias de la glosectomía en los procesos de habla y deglución.*

*Con este propósito se realiza una revisión de la literatura relacionada con el cáncer de lengua y sus consecuencias en los procesos de habla y deglución, contextualizando el rol del foniatra en el equipo, a través del análisis de algunas de las estrategias de evaluación y tratamiento de pacientes glosectomizados.*

*El foniatra es el profesional más indicado para rehabilitar las dificultades que se presentan en los procesos de habla y deglución luego de la realización de una glosectomía parcial, ya que conoce las herramientas y estrategias de evaluación y tratamiento necesarias que facilitan, mejoran o compensan las funciones perdidas luego de la intervención quirúrgica, favoreciendo la calidad de vida de los individuos que presentan esta enfermedad.*

**Palabras clave:** *cáncer de lengua, glosectomía parcial, habla, deglución.*

### ABSTRACT

*This article highlights the benefits of an interdisciplinary approach when treating patients with head and neck cancer, in particular tongue cancer. It points out the importance of having a phoniatrician involved in post operative care as a professional that helps to mitigate and compensate the consequences of a glossectomy in speech and swallowing processes.*

---

1 Fonoaudióloga, Práctica privada, Bogotá, D.C.

Correspondencia: ladyccantor@gmail.com

*Literature related to this topic is reviewed, specially concerning consequences of tongue cancer in speech and swallowing processes. The phoniatrician's role is defined by means of the analysis of some evaluation and treatment strategies in glossectomy patients.*

*Phoniatrician's experience is a key element in rehabilitation of speech and swallowing after partial glossectomy to improve function by means of rehabilitation and compensation strategies that offer a better quality of life to individuals with this illness.*

**Key words:** *tongue cancer, partial glossectomy, speech, swallowing.*

Cuando se revisa literatura referente al cáncer de lengua y sus implicaciones en los procesos de habla y deglución se encuentra que la bibliografía que documenta esta directa relación es amplia, aunque no es así la documentación de la necesidad de un fonoaudiólogo dentro del equipo manejador, como experto en la rehabilitación de las dificultades presentadas en los procesos mencionados, secundarias a las técnicas aplicadas para eliminar el cáncer.

Este artículo pretende resaltar lo indispensable que es la presencia del fonoaudiólogo en el equipo manejador de pacientes con cáncer de lengua, como profesional que ayuda a disminuir o compensar las dificultades de habla y deglución secundarias al tratamiento quirúrgico realizado para superar el cáncer; atendiendo de este modo las necesidades de los pacientes con esta enfermedad, que demandan apoyo del equipo de profesionales de la salud para mantener o recuperar al máximo su vida "normal" (1).

## 1. ¿QUÉ ES EL CÁNCER DE LENGUA?

La lengua, órgano sensorial por excelencia, está compuesta por fibras musculares entrecruzadas de forma algo desordenada en tres (3) direcciones, que forman un núcleo en el centro de ésta; por debajo de la musculatura lingual y por dentro de los músculos hiogloso y geniohiodeo existe un espacio de tejido conectivo sublingual limitado lateralmente por el músculo miohiodeo, dicho espacio contiene los nervios lingual e hipogloso, la arteria lingual y la vena y el conducto de la glándula submandibular, así como pequeñas glándulas sublinguales. Este órgano posee, además, 17 músculos que le confieren una movilidad extrema para el cumplimiento de las funciones de habla, masticación y deglución.

Probablemente esta rica irrigación nerviosa, muscular y linfática ha generado que la lengua sea ubicada en el segundo lugar en donde se presenta con mayor frecuencia tumores en

la cavidad bucal (2). Más del 90% de los tumores malignos de lengua son carcinomas epidermoides o de células escamosas (neoplasia intraoral que metastatiza más precozmente y con mayor frecuencia); los demás son carcinomas verrugosos y adenocarcinomas nacidos de las glándulas salivales menores de la lengua; los sarcomas son raros, pero incluyen los nacidos en los fibroblastos, músculos esqueléticos, vainas nerviosas y endotelio vascular (3).

Al hablar de estadísticas de presentación, algunos autores la determinan entre 34-36%, manifestándose de forma más frecuente en los 2/3 anteriores de la lengua, seguido del borde lateral del tercio medio, la base y la punta lingual; y estando el 18,5% en un estado T1-T2 (4).

El potencial de extensión submucosa de los cánceres de lengua es bastante grande ya que son múltiples los planos musculares situados dentro del músculo lingual intrínseco; y hay abundantes ganglios linfáticos, especialmente en la base de la lengua. La diseminación linfática se realiza principalmente a los ganglios digástricos y submaxilares, aunque pueden saltar estaciones ganglionares dando metástasis en el tercio medio yugular. Entre el 25 y 35% de los pacientes se presentan a la consulta con ganglios clínicamente positivos y en el 5% de la población son bilaterales (4).

Dentro de los factores etiológicos conocidos más importantes están el consumo de alcohol y tabaco, cuando el consumo de estas sustancias se presenta de forma combinada la probabilidad de presentar cáncer de lengua aumenta. El alcoholismo crónico es un factor a tener en cuenta ya que produce modificaciones estructurales en las glicoproteínas del epitelio lingual, lo cual precede su malignización. Además de estos factores existen otros que se han relacionado con la aparición de cáncer en esta localización como: la pobre higiene bucal, infecciones víricas, y úlceras crónicas de lengua.

La incidencia del carcinoma de lengua aumenta con la edad, especialmente en las últimas décadas de la vida, aunque

en las personas menores de 40 años la agresividad es mucho mayor, con tasas de supervivencia muy bajas; la edad promedio de presentación es de 60 años (3), con una relación hombre/mujer de 2:1.

Los síntomas, hallazgos clínicos y comportamiento biológico del tumor varían considerablemente de acuerdo con la localización de la neoplasia. El síntoma de presentación es generalmente el dolor focal, de oído o mandibular; al que posteriormente se le suman dificultades para el habla y la deglución. La forma de presentación de estos tipos de cáncer es una lesión de crecimiento exofítico o infiltrante, que es más fácil de palpar que de visualizar, y que puede invadir la musculatura profunda de la lengua y comprometer el nervio hipogloso, el piso de la boca y el maxilar inferior.

Cuando se presentan variaciones de tamaño, proporción o movilidad, el funcionamiento lingual en los procesos de habla y deglución se ve alterado, afectando el desempeño de estas funciones, y de forma directa la calidad de vida de la persona. Algunos autores afirman que el cáncer de lengua puede ser el tumor maligno que más disminuye la calidad de vida del paciente (4), ya que en estadios avanzados los síntomas del tumor impiden el adecuado funcionamiento de la persona al afectar la deglución, inclusive de la propia saliva, por los intensos dolores generados por la presión del tumor en el tejido lingual, y por las infecciones presentadas debido al medio séptico de la boca, lo cual, no sólo hace difícil llevar una adecuada higiene oral, sino que también conllevan un mal olor insoportable para el paciente y las personas a su alrededor.

La estadificación generalmente es reconocida como un factor fundamental en el pronóstico de los pacientes; el fin fundamental es una vez conocido el pronóstico, elegir el tratamiento que más influye sobre el curso natural de la enfermedad. En el tratamiento inicial con cirugía, se busca la resección completa del tumor y la disección ganglionar cervical para el control local y regional del cáncer; sin embargo, la resección quirúrgica de estructuras linguales implica deterioro en la capacidad de habla y deglución (6).

En el caso de los carcinomas de lengua, los tumores con clasificación T1-N0-M0 generalmente son tratados con radiaciones ionizantes y glosectomías parciales, en el caso de los T2-N0-M0 con glosectomía parcial con resección profiláctica de cuello y radiaciones ionizantes posoperatoria; y a tumores T3-N0-M0 se trata con hemiglosectomía transmandibular con DRC homolateral en continuidad con reconstrucción posterior, quimioterapia neoadyuvante y radiaciones ionizantes posoperatoria (5). Sin embargo, hay autores que sugieren en lesiones tempranas tratamiento con

glosectomías parciales, hemiglosectomías transversas o mandibulectomías paramedias (4).

Aunque el tipo de abordaje quirúrgico en pacientes con cáncer de lengua depende de la etapa de la enfermedad, generalmente la resección tumoral lingual implica la pérdida de casi la mitad del órgano cuando se realiza a lo largo del eje mayor (de base lingual a punta), como es el caso de la hemiglosectomía, la cual involucra mayores márgenes de resección, y obliga a la realización de reconstrucción lingual.

Esta reconstrucción se puede realizar con un colgajo miocutáneo del músculo pectoral mayor o del músculo esternohioideo, lo cual constituye un procedimiento simple que provee tejido amplio, con excelente irrigación y buenos resultados funcionales y cosméticos. También se pueden realizar estas reconstrucciones tomando tejido de la parte externa del antebrazo o del muslo, ya que así se obtiene volumen e inervación sensorial similar a la del remanente lingual. Con este tipo de reconstrucción la deglución posoperatoria se ve poco afectada, y la adaptación es más fácil.

En los últimos años, buscando ofrecerle al paciente opciones de tratamiento que favorezcan su calidad de vida, se ha empezado a aplicar como procedimiento primario de lesiones iniciales de la lengua (T1-T2), la glosectomía transversa, opción que ofrece adecuados márgenes quirúrgicos, resultado estético y funcional satisfactorio, con pérdida de tejido lingual aceptable y adecuada al sitio y tamaño de la lesión neoplásica; y no requiere la realización de reconstrucción lingual.

De todos modos, las consecuencias de la cirugía como tratamiento primario del cáncer de lengua, dependen del tipo y grado de resección. Luego de glosectomías parciales, se pueden evidenciar cambios en la forma, volumen, posición y movilidad lingual debido a la utilización de colgajos o al esfuerzo compensatorio realizado con el remanente lingual.

## **2. ROL DEL FONIATRA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON GLOSECTOMÍA PARCIAL POR CÁNCER DE LENGUA**

Clínicamente el objetivo primario del tratamiento en cualquier tumor es la eliminación del mismo y la curación del paciente; sin embargo, en los últimos años el equipo médico ha empezado a reconocer la importancia de la preservación de la forma y la función, realizando esfuerzos conjuntos para restaurar la estética y la funcionalidad, y

proporcionar una calidad de vida aceptable al paciente con cáncer (4).

Con este propósito se implementan estrategias como las reconstrucciones de mandíbula y maxilar con material aloplástico o hueso combinado con capas musculocutáneas o microvasculares distantes, e implantes o prótesis dentales especiales, que si bien es cierto favorecen la estética y la presentación del paciente, no eliminan las dificultades en la deglución y el habla resultantes de la cirugía; deficiencias que a su vez generan problemas psicosociales, y frecuentemente aislamiento (9).

Es bajo estas condiciones que el fonoaudiólogo empieza a ser parte del equipo manejador de los pacientes con cáncer de lengua, como profesional que dirige sus objetivos hacia el mejoramiento de la inteligibilidad del habla y de las habilidades deglutorias afectadas por esta enfermedad o su tratamiento, apoyando la meta general del equipo de salud enfocada hacia la obtención de una calidad de vida aceptable para el individuo con cáncer.

El fonoaudiólogo apoya el tratamiento del paciente a través de la realización de las funciones profesionales de evaluación-diagnóstico e intervención (incluida asesoría y consejería); la primera dirigida a caracterizar el estado y funcionamiento de estos procesos antes y después del tratamiento del cáncer de lengua, y la segunda dirigida a mejorar las dificultades de los mismos secundarias al tratamiento médico.

## **2.1. Evaluación de habla y deglución en pacientes con glosectomía parcial**

Como primer paso de la valoración, el fonoaudiólogo debe conocer analíticamente la historia clínica del paciente, teniendo claridad en aspectos como: fecha de la cirugía, tipo de cirugía, exéresis y reconstrucciones realizadas, evolución del paciente, estado de las funciones básicas (respiración, alimentación), tratamientos posoperatorios coadyuvantes.

Luego de conocer los reportes de otros profesionales sobre el estado actual del paciente, se puede remitir a la realización de la evaluación fonoaudiológica específica y detallada, compuesta por tres elementos básicos: 1. La observación, 2. La entrevista y 3. El examen físico y funcional.

### **2.1.1. Observación**

Se realiza desde el primer contacto del profesional con el paciente, y a lo largo de todo el tratamiento fonoaudiológico.

En esta primera parte permite identificar y corroborar comportamientos reportados o no por el paciente, la familia y otros profesionales.

### **2.1.2. Entrevista**

Es importante que sea organizada, completa y responda a los interrogantes necesarios para determinar el pronóstico del paciente y la implementación de un adecuado plan de intervención. Dentro del desarrollo de ésta debemos obtener información concerniente a:

#### **2.1.2.1. Datos personales**

Hace referencia al nombre, edad, fecha y lugar de nacimiento, sexo, profesión, procedencia, estado civil, dirección y teléfono del paciente. Vicente y cols. citado por Da Silva recomienda indagar sobre la personalidad y el estado psicológico del paciente.

#### **2.1.2.2. Datos clínicos**

Correspondiente a aspectos relevantes que han podido influir en la aparición o el desarrollo del tumor.

##### **2.1.2.2.1. Antecedentes personales**

Se indaga sobre hábitos de alcoholismo y tabaquismo, uso y estado de prótesis dentales, enfermedades crónicas predisponentes, lesiones o irritaciones crónicas en boca, tratamientos odontológicos, cambios del color del tejido y aumento de volumen.

##### **2.1.2.2.2. Motivo de consulta**

Determina la causa por la cual el paciente se remitió de forma primaria a la consulta médica, nos brinda información referida al tiempo de evolución de la sintomatología, y los signos primarios.

##### **2.1.2.2.3. Clasificación TNM clínica**

Proporciona información sobre el tamaño del tumor, ganglios afectados, y la presencia o ausencia de metástasis a distancia.

##### **2.1.2.2.4. Diagnósticos**

Permite identificar los diagnósticos de otros profesionales del equipo manejador, para posteriormente relacionarlos y organizar los objetivos comunes del equipo de salud. En esta parte el fonoaudiólogo puede revisar los exámenes realizados por los profesionales que han atendido

al paciente y sus resultados, los cuales le proporcionarán parámetros para dirigir los objetivos de la intervención fonoaudiológica.

#### 2.1.2.2.5. *Tratamientos previos*

Se especifican los tratamientos médicos realizados previamente (cirugía, radioterapia y quimioterapia), la fecha de realización, y aspectos relevantes.

#### 2.1.3. *Examen físico y funcional*

Complementa la información proporcionada por la observación y la entrevista, ya que indica el estado morfológico y funcional de los OFA (órganos fonoarticuladores) y las vías aerodigestivas altas; con el propósito de descartar que las dificultades de habla y deglución sean secundarias a factores diferentes a la glosectomía parcial.

En esta valoración se examina la ausencia-presencia y estado funcional de fosas nasales, labios, lengua, músculos buccinadores y maseteros, paladar duro y blando, úvula, dientes, maxilares y laringe. Se evalúa la posición habitual en reposo y en tareas de no habla - tareas de habla - deglución, la integridad del órgano, la presencia de cirugías reconstructivas, el tamaño, la movilidad, la forma, la proporcionalidad y la simetría; con el propósito de establecer la relación entre los órganos y el estado de los procesos de habla y deglución.

Luego se pasa a realizar la valoración específica de los procesos:

##### 2.1.3.1. Proceso de deglución

La evaluación clínica de este proceso debe dar razón del tipo de alimentación, la estructura, funcionalidad, sensación, y sensibilidad de los órganos involucrados en el proceso deglutorio, y finaliza con la prueba con alimentos (cuando es posible la ingesta vía oral), y la emisión de un diagnóstico que nos determina el estado deglutorio del paciente.

Los datos sobre la estructura, funcionalidad y sensación pueden ser obtenidos al realizar el examen físico y la evaluación de OFA, la valoración de la sensibilidad nos indica la presencia o ausencia de reflejo nauseoso y del reflejo deglutorio.

Una de las técnicas implementadas para la valoración es la técnica de los cuatro dedos de Logeman que nos permite observar la introducción del alimento en la cavidad oral, la preparación del bolo, el movimiento de propulsión del bolo,

el tiempo de disparo del reflejo deglutorio, la presencia de residuos en la boca, la presencia de tos antes-durante-después de la deglución, y la calidad vocal del paciente después de la deglución (9).

La evaluación por fases con la textura de alimento más manejable por el paciente indicará si hay problemas para iniciar la deglución, mantener el alimento en la boca, barrer - formar y propulsar el bolo, si al finalizar la fase oral de la deglución quedan residuos en la cavidad oral, además permite caracterizar la masticación (10).

Es recomendable realizar la prueba con alimentos usando diferentes texturas (blanda, sólida, líquido espeso y líquido ligero), aunque se debe tener en cuenta el tamaño y la funcionalidad del remanente lingual para decidir la consistencia más manejable.

##### 2.1.3.2. Proceso de habla

Esta valoración inicia con la observación de la región cervical y la cintura escapular (edema, movilidad cervical, de hombros y de brazos), cara (asimetría facial, edemas, paresias o parálisis), boca y faringe (posición y selle labial, reconstrucciones, movilidad, sensibilidad, diadoquinesis, reflejos orales, deglución y tos), aspectos a tener en cuenta para determinar el diagnóstico e implementar tratamiento fonoaudiológico.

Luego se avanza con la valoración de la respiración, que busca identificar y caracterizar los patrones en el soporte de aire del paciente; aquí se observa la presencia o ausencia de traqueotomía, cuando se ha implementado se precisa el tipo, tamaño, uso o no de CUFF, color y consistencia de la secreción (11); si no hay traqueotomía se determina el tipo, ciclo y ritmo respiratorio en reposo y en fonación, la frecuencia respiratoria, la presencia o ausencia de obstrucción nasal, y la longitud y control de la espiración.

En la valoración de la calidad vocal buscamos identificar la concordancia del tono vocal con las expectativas socioculturales del paciente luego de la cirugía, las variaciones tonales, temblores vocales, fuerza e intensidad de la producción hablada espontánea, coordinación fono-respiratoria, y acentuación en la cadena hablada (11).

Respecto al proceso de articulación, se pueden aplicar pruebas estandarizadas, para medir la inteligibilidad del habla, a través de un análisis de muestras de habla grabada, que puede ser obtenido solicitando al paciente la elicitación de palabras en intervalos de 5 segundos, mientras se graba (previa autorización), durante 6-7 minutos (8); luego el fonoaudiólogo transcribe las producciones del paciente y

las compara con las palabras proporcionadas al comienzo (7); se observa la precisión, vigor y agudeza en la producción de los fonemas, sílabas, y palabras; si hay prolongación o distorsión de alguna de estas unidades, y si está alterada la velocidad del habla, o si existen trastornos intermitentes no sistemáticos en la precisión de la articulación (9); además se observa protusión, elevación y lateralización alternada de la lengua en el habla conectada (11).

## **2.2. Diagnósticos fonoaudiológicos secundarios a la glosectomía parcial por cáncer de lengua**

En el caso del cáncer de lengua y su tratamiento, es claro que el habla y la deglución se pueden ver afectadas gracias a la alta participación de este órgano en ambos procesos; las dificultades que se presenten dependerán de la localización y el tamaño del tumor; y si ya se ha recibido tratamiento quirúrgico, otro factor importante será la cantidad de tejido removido en la cirugía (12).

Las consecuencias en los procesos de habla y deglución consisten en alteraciones de la inteligibilidad de los sonidos linguales y de la habilidad de mover el alimento alrededor de la boca o propulsarlo hacia la orofaringe durante la deglución, la severidad del problema dependerá del compromiso morfológico y funcional (12). De tal modo que el grado de disfagia, asepsia bucal, desnutrición, ininteligibilidad, alteración vocal o resonadora, obedecerá a estos factores (10).

### **2.2.1. Proceso de deglución**

Se puede presentar “disfagia en las fases preparatoria oral, oral y faríngea”, secundaria al edema y/u otras dificultades evidenciadas luego de la glosectomía que al final impedirán disparar el reflejo deglutorio. Cuando es así, “la disfagia es temporal”. Por el contrario, una reconstrucción con cierre primario y sutura lingual puede generar “disfagia en la fase preparatoria oral de leve a moderada”, evidenciada en la acumulación de alimentos en la boca, generalmente en el vestíbulo lateral, por incompetencia lingual, o débil cierre labial que dificulta el mantenimiento de los alimentos en la misma. Estos comportamientos afectan, además, la higiene oral y la interacción social del individuo.

La resección de la base de la lengua puede causar dificultades en la apertura del esfínter cricofaríngeo durante la deglución, si además la reconstrucción es realizada con un colgajo miocutáneo de pectoral que no representa movilidad, puede generar aspiraciones recurrentes por falta de control del bolo en la cavidad oral y ausencia del reflejo deglutorio. Como consecuencia hay una reducción de

movimientos peristálticos de la faringe, causando “disfagia en la fase faríngea”. Además, se presenta alteración en la deglución de saliva de forma secundaria a la disfagia, generando acumulación de ésta en la cavidad oral, y generalmente, sialorrea y/o aspiración (10).

Por esta dificultad al ingerir, masticar y/o deglutir alimentos, los pacientes con glosectomía por cáncer de lengua están en constante riesgo de desnutrición. Lo que disminuye drásticamente la tolerancia a los medicamentos coadyuvantes en el posoperatorio (10).

Por esta razón, autores como Logeman citado por Da Silva, resaltan la importancia de que los pacientes sean instruidos en la protección consciente de la vía aérea durante la deglución, ya que la falta de control del alimento puede causar escape hacia esta región antes de iniciar la fase involuntaria de este proceso (10).

Finalmente, cuando se requiere radioterapia coadyuvante luego de la glosectomía, es importante que el fonoaudiólogo tenga claro que la irradiación administrada no sólo afecta las células malignas, sino que también es absorbida por los tejidos orales adyacentes y de forma especial por aquellos con una elevada capacidad de renovación, lo que generará lesiones bucales como la mucositis, la pérdida del gusto, la xerostomía, caries, trismus o osteorradionecrosis. Por ejemplo, en lesiones de las glándulas salivales, se presenta una importante xerostomía posirradiación y diversas complicaciones secundarias como disgeusia, hipersensibilidad dentaria, caries rampantes o trismus (13).

### **2.2.2. Proceso de habla**

Se puede encontrar que luego de una glosectomía, y secundaria a la pérdida de volumen y movilidad lingual, algunos pacientes pueden presentar “voces perceptivamente pastosas o monótonas”.

La reducción del movimiento de la lengua presentada luego de la intervención quirúrgica, sumada a la resección de tejido lingual y los cambios morfológicos en este órgano, generan que durante la producción oral el contacto del remanente lingual con los alvéolos y el paladar no siempre sea completo, lo que dificulta la articulación de fonemas linguodentales, linguoalveolares, y linguopalatales, generando “disglosias” de diversos grados de severidad, dependiendo la imprecisión articulatoria (7, 10, 12). Algunos autores afirman que el nivel de dificultad depende del fonema, la deformación lingual y el tiempo posquirúrgico transcurrido (7).

Luego de la valoración completa y la determinación del diagnóstico fonoaudiológico, el tratamiento a seguir dependerá de factores como la disposición del paciente, la higiene bucal y el número de piezas afectadas, pero es de vital importancia que en estos casos el fonoaudiólogo esté en constante comunicación con el cirujano, radiólogo, odontólogo, y todos los profesionales del equipo manejador, para determinar las conductas a seguir y los objetivos en común.

### **2.3. Tratamiento de habla y deglución en pacientes con glossectomía parcial**

Aunque para efectos de este documento se ha hablado de la valoración fonoaudiológica en la etapa posquirúrgica para el inicio de la intervención en esta etapa del tratamiento del paciente; el fonoaudiólogo inicia su participación activa desde la etapa prequirúrgica, apoyando la orientación del paciente respecto a las expectativas y dudas referidas a la cirugía y su posterior rehabilitación. Martins y col. citado por Da Silva, recomiendan que en esta etapa el paciente conozca las funciones profesionales del fonoaudiólogo en el equipo manejador, ya que esto le ayudará a disminuir la ansiedad generada por la cirugía (10).

Ya en la etapa posquirúrgica, frecuentemente el tratamiento va dirigido hacia la adaptación al nuevo tamaño, forma y sensibilidad de la boca; se sugiere que el inicio de la terapia fonoaudiológica sea concertado con el equipo manejador, teniendo en cuenta factores como el tipo de cirugía —tiempo de reposo posquirúrgico— y limitaciones estructurales y funcionales.

Dado que en la mayoría de los casos las perturbaciones en el habla se ven acompañadas de perturbaciones en la deglución, es aconsejable en la práctica una rehabilitación simultánea. Aunque, para fines de este documento, se tratarán primero las estrategias implementadas para la rehabilitación de la deglución, y luego las estrategias implementadas para la rehabilitación del habla.

#### **2.3.1. Proceso de deglución**

Para iniciar la intervención fonoaudiológica es necesario haber realizado una completa valoración. Generalmente la rehabilitación del proceso deglutorio va dirigida a apoyar la alimentación exitosa por vía oral sin presencia de aspiraciones, favoreciendo la protección efectiva de la vía aérea en el proceso deglutorio (6); a través de técnicas directas o indirectas; directas como la adaptación de una dieta específica diseñada a partir de las características propias del paciente (con apoyo del nutricionista), estimulación o sensibilización térmica, cambios posturales, maniobras de

deglución y cambios en la presentación de los alimentos; indirectas como la realización de ejercicios que mejoren la movilidad, tono, fuerza, resistencia y sensibilidad de los OFA, y ejercicios para la manipulación del bolo (6, 9, 10).

#### **2.3.2. Proceso de habla**

El plan de tratamiento va dirigido a facilitar la articulación de los fonemas linguales afectados por los cambios anatómicos y funcionales en este órgano (o en la boca en general, dependiendo el tumor) mejorando de este modo la inteligibilidad de habla; el fonoaudiólogo debe considerar dentro de su propuesta de intervención todos los factores que influyen en una adecuada producción hablada.

En el caso de la glossectomía parcial se deben implementar ejercicios que mejoren la movilidad del remanente lingual, tales como: protusión, retracción, lateralización, resistencia, elevación, rotación, hablar con gomas y lápices en la boca, y el desarrollo de posturas y movimientos linguales alternativos que puedan favorecer el mejoramiento de la inteligibilidad (7, 9, 10).

Por otro lado, los ejercicios de sobrearticulación ayudan a mejorar la precisión articulatoria y desarrollar la compensación necesaria para superar la dificultad, por ejemplo se puede pedir al paciente que toque el paladar duro con el remanente y produzca fonemas linguodentales o linguoalveolares, aproximando el punto articulatorio y favoreciendo la compensación articulatoria (10).

## **CONCLUSIONES**

- Con el propósito de ofrecer calidad de vida a los pacientes con cáncer, el fonoaudiólogo se incluye en el equipo manejador, como profesional que aporta al mejoramiento de las deficiencias en los procesos de deglución y habla, resultantes de los tratamientos realizados para eliminar la enfermedad.
- La inclusión del fonoaudiólogo dentro del equipo manejador de los pacientes con cáncer de lengua (y en general de cabeza y cuello) se ha venido presentando de forma más frecuente en los últimos años, gracias a la nueva visión holística que el personal de salud ha desarrollado del enfermo como individuo y no sólo como una patología, transformando el objetivo primordial de la neta erradicación del cáncer, hacia la búsqueda de opciones de calidad de vida para el paciente con esta patología.
- Dentro de los objetivos de trabajo trazados por el fonoaudiólogo se estipula el mejoramiento de la

inteligibilidad del habla y de las habilidades deglutorias afectadas por la enfermedad o su tratamiento (para efectos del documento la glosectomía parcial), favoreciendo de este modo la interacción social del individuo consigo mismo y con su entorno, y aportando al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (para efectos de este documento de lengua).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mellete S, Blunk K. *Cancer rehabilitation*. Seminars in Oncology. 1994; 21 (6): 779-782.
2. Sociedad Mexicana de Estudios de Oncología. Tumores de la cavidad oral. tumores de cabeza y cuello - diagnóstico y tratamiento. México D.F., Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2000.
3. Lynch M. Traducción de Folch A, & Orizaba J. *Manual práctico de medicina bucal*, tomo II, octava edición, México D.F., Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V. 1990.
4. Malagón G. *Cáncer de cavidad oral*. Academia Nacional de Medicina de Colombia. Artículo científico, 2004.
5. Gras J, Orús C, León X, et al. *Tratamiento de los estadios iniciales (T1-T2N0) del carcinoma de lengua móvil*. Acta Otorrinolaringológica Española, 2003; 54: 443-448.
6. Logeman J, Rademaker A, McConel F, et al. Speech and swallow function after tonsil/base tongue resection with primary closure. *Journal of Speech and Hearing Research*, 1993; 36: 918-926.
7. Fletcher, S. Speech production following partial glosectomy. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 1988; 53: 232-238.
8. Gallegos J, Arias W, Arias H, et al. Glosectomía transversa para el tratamiento del cáncer de lengua. *Revista Cirugía y Cirujanos*, 2004; 72 (1): 11-13.
9. Pauloski B, Logeman J, Rademaker A, et al. Speech and swallowing function after anterior tongue and floor of mouth resection with distal flap reconstruction. *Journal of Speech and Hearing Research*, 1993; 36: 267-276.
10. Da Silva Mendes A. *Cáncer de Boca. Um Campo a ser explorado pela fonoaudiologia*. Monografía de conclusión de curso de especialización en motricidad oral. CEFAC. Centro de especialização em fonoaudiologia clínica motricidade oral. Rio de Janeiro, 2000.
11. McKinsty A, Perry A. *Evaluation of speech in people with head and neck cancer: a pilot study*. Int J Lang Comm Dis. Taylor & Francis health sciences, 2003; 38 (1): 31-46.
12. Korpijaakko-Huuhka A, So´ derholm A, Lehtihalmes M. *Long-lasting speech and oral-motor deficiencies following oral cancer surgery: a retrospective study*. Log Phon Vocol, 1998; 24: 97-106.
13. Silvestre F, Plaza A, Serrano C. *Prevención y tratamiento de las complicaciones derivadas de la radioterapia en pacientes con tumores de cabeza y cuello*. Medicina Oral, 1998; 3: 136-147.