

# INTERVENCIÓN LOGOPEDICA EN EL CANCER DE LARINGE

*M<sup>a</sup> Teresa Estellés Puchol*

*Diplomada Universitaria en Enfermería. Logopeda*

[mteresa@ortofon.es](mailto:mteresa@ortofon.es)

[www.logopediapsicologia.com](http://www.logopediapsicologia.com)

## *Resumen*

*Este capítulo pretende dar a conocer la intervención que desde el ámbito logopédico se debe tener en cuenta a la hora de abordar un tratamiento rehabilitador en pacientes operados de cáncer de laringe. La intervención logopédica, no se limita solo a la producción de voz erigimofónica sino que se desdobra en dos partes, ambas necesarias y a la vez complementarias, con el fin de ayudar al paciente en su adaptación y comunicación para lograr la mejor calidad de vida posible. Dentro del cáncer de laringe vamos a ocuparnos solamente de cirugía radical con o sin vaciamiento cervical*

## **1.- HISTORIA**

La Medicina como ciencia encargada del estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte, ha estado siempre presente en la vida del hombre. La historia de la traqueotomía es tan antigua como la Medicina y de ella se encuentran referencias en los tratados médicos más antiguos, como en la época hindú (2.000 a. de C.) o de los egipcios (1.500 a. de C.).

No obstante, en relación a la voz y a la laringe cabe recordar que en nuestro país, hasta 1854, no surge la especialidad de otorrinolaringología, año en el que Manuel García, lírico y médico (aunque muchos autores cuestionan sus estudios de medicina), paseando por los jardines de Versalles con su hermana, también lírica española, contratada en el palacio, sufrió una disfonía y su hermano, inquieto por ver mas allá de lo que la abertura vocal le permitía y la angustia de su hermana, logró verle la glotis con un espejo de bolsillo y otro de dentista iniciándose así la laringología, valoración que aún hoy se practica en la clínica diaria de los especialistas en O.R.L.

No fue hasta 1873 cuando Albert Billroth, laringólogo inglés, practica la primera laringectomía total y su ayudante el alemán Gussenbauer primer catedrático de foniatría en Berlín el que ideó una prótesis que conectaba la traquea con la faringe para restablecer la fonación. Desde entonces hasta nuestros días en los que Marshall Strome, en activo actualmente, profesor y ex jefe de servicio de Otorrinolaringología de la Cleveland Clinic Head and Neck Institute y presidente de la American Laryngological Association, realizó el primer trasplante total de laringe en 1998, han pasado los pacientes afectados de neoplasia laringea por muchos fracasos y decepciones.

Cabe decir que si la ciencia médica ha evolucionado la parte técnica- quirúrgica es la que más ha evolucionado pasando a tener en el momento actual un porcentaje de mortalidad muy reducido.

La clasificación de los cánceres de laringe es muy amplia, no obstante, en este artículo nos vamos a limitar a la intervención logopédica en el carcinoma epidermoide de laringe con y sin vaciamiento radical.

## **2.- INTRODUCCIÓN**

Si consideramos la voz como el medio que utiliza el ser humano para comunicarse, a través de la palabra, nos será fácil entender el gran desequilibrio emocional que sufren las personas que se ven privadas de esta función. Si a ello, añadimos el temor y la incertidumbre que el vocablo cáncer crea en las personas, nos daremos cuenta de que la función del logopeda no puede limitarse a la producción fónica.

¿Quién debe hacer este tratamiento? Esta es una pregunta que se hacen muchos profesionales. Por supuesto que le corresponde al logopeda pero, en muchas ocasiones se necesita estar formando parte de un equipo multidisciplinar ya que son muchos los casos, en los que, también se hacen necesarias las figuras de la enfermera de O.R.L., psicólogo, fisioterapeuta y trabajadora social y respondiendo con rotundidad a la pregunta recordaría las palabras de un gran sabio: “quien sepa”.

No siempre podemos formar parte de dicho equipo pero deberemos estar formados para abarcar todos los periodos que comprende esta patología y que sufre el paciente.

Nuestra intervención deberá estar compuestas de dos etapas, necesarias todas ellas y a su vez complementarias, para llegar a conseguir los mejores resultados en los aspectos psicológicos, físicos, sonoros e integradores ya que determinarán el resultado de dicha rehabilitación y con ello la calidad de vida del paciente.

Así pues distinguiremos:

### **A. TRATAMIENTO PREVIO A LA OPERACIÓN**

### **B. TRATAMIENTO HOSPITALARIO Y POSTERIOR A LA OPERACIÓN**

## **3.- A. INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN EL TRATAMIENTO PREVIO A LA INTERVENCIÓN**

En el tratamiento previo a la operación, nuestro primer objetivo estará dirigido a conectar y empatizar lo mejor posible con el paciente procurando ganar su confianza, nuestra actitud será objetiva y aprovecharemos para informarle e iniciarlo en la rehabilitación, para ello sería conveniente que contásemos con la colaboración de otro paciente que domine la técnica de voz erigimofónica.

Es necesario que el logopeda conozca el grado de patología que presenta el paciente en el aspecto clínico, el tipo de cirugía que se le va a realizar, el estado emocional en el que

se encuentra, el apoyo familiar con el que cuenta y la repercusión social y laboral que su enfermedad va a ocasionarle.

El segundo objetivo en esta fase previa a ser intervenido el paciente, lo centraremos en la observación de las características del habla que presenta.

Es importante que registremos la audición del paciente, parece que se sale de este tema, hablar de la importancia que tiene la audición para lograr una buena dicción pero queremos subrayar que, será difícil conseguir una correcta calidad de voz si tenemos problemas de audición.

Del mismo modo observaremos y valoraremos la movilidad articular que posee el paciente al igual que el nivel lingüístico, debemos tener en cuenta que aunque el paciente logre sonorizar posteriormente a través del esfínter cricoesofágico, su volumen queda significativamente mermado y presentará un sonido monocorde por lo que los resonadores van a tener una relevancia especial ya que de ellos va a depender la inteligibilidad de su habla que en definitiva es lo más importante para lograr una comunicación oral. También registraremos si existe alguna alteración añadida (trastornos respiratorios, hernia de hiato, úlcera de estómago....).

En esta etapa de la I. L. valoraremos también el estado psicológico del paciente y de la familia así como la repercusión social y laboral.

La mejora de la calidad de vida está sujeta al estado anímico y psicológico y ello conlleva la aceptación y adaptación tanto del paciente como de su entorno.

En el afrontamiento y adaptación vamos a tener en cuenta:

El grado clínico de patología, los efectos del tratamiento, la información que recibe, cuanta y como, el apoyo familiar social y los recursos que tenga o pueda obtener.

Las líneas de intervención Psico-logopédicas que seguiremos son las siguientes:

Solicitar la restricción de consumo de sustancias tóxicas, facilitando hábitos saludables que contrarrestan el estrés y ansiedad que de estas se puede derivar.

Apoyar la información del médico ORL, ya que muchos de ellos, debido a su estado anímico no logran retener la información que les facilita.

Describirle las secuencias de su periodo de hospitalización y ayudarle a aceptarla.

Apreciar el grado de depresión que sufre el paciente y la familia para valorar la indicación de tratamiento psicológico.

Otras líneas en la intervención que deberemos considerar son, el afrontamiento del dolor y la anorexia.

Aunque las décadas de las 60-70 se estimó la no información por parte del equipo médico al paciente, a partir de los 70 esta opinión se movilizó, en parte por imperativos legales y en parte porque se comenzó a adoptar un modelo de atención médica dando mayor importancia al papel activo del paciente.

Hoy podemos afirmar que los pacientes informados correctamente muestran una mejor adaptación social a medio y largo plazo.

**Siempre debemos tener presente que no hay “recetas” terapéuticas, lo que tenemos son pacientes con variables clínicas aunque todos ellos hayan sufrido la misma mutilación y técnica quirúrgica. Considerando este concepto elemental, se establecerá la jerarquía del tratamiento logopédico a seguir.**

Con todos estos datos podremos elaborar un juicio de pronóstico y trazar unos objetivos de abordaje rehabilitador, dentro de un marco de terapia de apoyo que será más intensivo o menos, según la intervención realizada (técnica quirúrgica y pronóstico de evolución) el estado psíquico del paciente, la repercusión social que está teniendo en su entorno y la actitud que adopta la familia.

### **3.-B. TRATAMIENTO LOGOPEDICO HOSPITALARIO Y POSTERIOR A LA OPERACIÓN**

Pasamos ahora a señalar los puntos en los que nos debemos centrar respecto a la rehabilitación postoperatoria.

En primer lugar, trataremos de dar la máxima información posible del estoma traqueal:

- **Formación de tapones mucosos.** Importancia de la humidificación, medidas de evitación, hidratación, síntomas de alerta al taponamiento, medidas que debe tomar el propio paciente y los familiares que están con el, tratamiento tópico lubricante para las mucosas de estoma traqueal.
- **Higiene del estoma.** Se le ayuda a ser autosuficiente desde el primer momento de la intervención, enseñándole a limpiar la cánula, extraer el fiador, sujetarla. En este y otros muchos puntos de la intervención cabe decir que en nuestra experiencia el grado de aprendizaje, aceptación y resolución es mucho mayor en la mujer que en el hombre.
- **Facilitación de instrumentos.** En el momento actual se cuentan con muchos instrumentos de apoyo para proteger, cuidar la higiene y realizar las tareas y actividades diarias (ducha, cubre cuellos para la protección del estoma, adornos).
- **Medidas hídricas y de humidificación.** Teniendo en cuenta que el aire no va hacer el mismo recorrido que hacia anteriormente, pasando por zonas que lo humidificaba calentaba y filtraban (fosas nasales), deberemos proporcionar la hidratación suficiente para mantener las mucosas del esfínter lo mas funcional posible.
- **Pautas de alimentación.** Las pautas de alimentación serán facilitadas teniendo en cuenta las distintas variables que el paciente precisa: cirugía, quimioterapia y radiación, incidiendo en la restricción de las bebidas alcohólicas que serán que producirán quemazón y escozor.

Posteriormente en el caso de que el medico O.R.L. nos haya informado del tratamiento oncológico que precisa, le informaremos respecto a posibles repercusiones que el tratamiento quimioterapia o de radioterapia puede ocasionarle. Siempre tendremos presente que cada persona es “única” y que los síntomas que puede tener uno no los tiene otro. No obstante con mucha frecuencia podemos constatar que se encuentra algunas o todas estas alteraciones:

- **Alteración del gusto.** Los alimentos se perciben insípidos o con sabores alterados, de manera que los alimentos dulces se vuelven agrios y los excesivamente salados amargos.
- **Olfato.** También el olfato sufre una pérdida considerable siendo en muchos casos largo y prolongado el tiempo de recuperación, es por ello que el terapeuta deberá alertarlos de los peligros que esta pérdida sensitiva puede acarrearles ya que su manifestación puede ser súbita sin que le haya dado tiempo a prepararse.
- **Deglución,** no es frecuente tener problemas en la deglución pero, la radiación acarrea en muchas ocasiones la pérdida de piezas dentarias y las molestias en encías y mucosa de la cavidad oral que, unido a la sequedad que existe, hacen que el bolo alimenticio sea obstructor y de difícil deglución.
- **Aparato intestinal.** De los posibles tres tratamientos que se le han aplicado, la quimioterapia fundamentalmente es el que más efectos tiene sobre el tránsito intestinal que se convierte en lento ocasionando estreñimiento.
- **Pérdida de fuerza.** La pérdida se ve reflejada no solo en la musculatura de las extremidades (brazos y piernas) sino también, en musculaturas intrínsecas como las esfinterianas.

Tras la valoración logopédica realizada en relación a estas alteraciones, elaboraremos unas pautas de:

- **Recomendación dietética** en la que contemplaremos una alimentación rica y variada pero poco comprometida de sabor.
- **Entrenamiento en la pérdida del olfato y estimulación** del mismo, cuidando en extremo la limpieza nasal con el fin de que este lo más funcional posible (lavados nasales, tratamiento tópico lubricante).
- **Las pautas en la deglución y masticación** son necesarias ya que la falta de gusto y la posible anorexia, inducen a que el paciente no saboree los alimentos y su ingesta sea excesivamente rápida.
- **Sugeriremos alimentos que faciliten el tránsito intestinal,** pero como muchas veces estamos limitados por sabores como por ejemplo los ácidos (Kywi, naranja...), recurriremos a alimentos poco sabrosos como los espárragos, puerros, peras... que ayudan y facilitan el arrastre de los residuos, no obstante en muchas ocasiones recurriremos a laxantes a ser posible naturales que reduzcan al máximo los efectos secundarios de inflamación.
- **En relación a la pérdida de fuerza,** prepararemos al paciente en cuanto a como debe medirlas y sobre todo evitaremos con la preparación que no se alarme de su impotencia ante esfuerzos esfinterianas como la defecación o eyacuación enseñándole a maniobrar con su esfínter CFE en un primer momento.

Si el carcinoma ha obligado a un vaciamiento cervical, valoraremos la repercusión fisiológica que esta agresión ha ocasionado y trazaremos un programa de rehabilitación de la musculatura teniendo en cuenta la incisión que se ha hecho y las estructuras musculares afectadas.

El apoyo psicológico se hace imprescindible en muchos pacientes en mayor o menor medida contemplando distintas variables.

Tras esta previa información podemos decir que ya tenemos al paciente preparado para informarle de las técnicas rehabilitadoras de voz erigmofónica .

En este punto hay que distinguir, si al paciente se le ha adaptado una laringe artificial o no. Nosotros pensamos que en ambos casos será conveniente el aprendizaje de erigmofonía.

Si se ha elegido la adaptación de una laringe artificial las instrucciones del uso correcto de ella, las deberá hacer el médico ORL., en relación a la prótesis elegida. Siendo competencia del logopeda la modificación respiratoria y el apoyo resonador - articulatorio

Vamos a señalar algunas de las ventajas que tienen las laringes artificiales.

Siempre hay un porcentaje (se estima el 35% de pacientes) que no pueden aprender el método erigmofónico, por otra parte hay que considerar que la comunicación oral es inmediata y en muchos casos el nivel de intensidad de voz es mayor que el conseguido en erigmofonía.

Con todo esto nosotros pensamos que las laringes artificiales no se utilizan "en lugar de" sino como anexo al programa de voz erigmofónica.

La erigmofonía, precisa un aprendizaje arduo y debemos utilizar todo el tiempo que necesitemos para que el paciente entienda el nuevo mecanismo que debe aprender en el proceso de la toma y expulsión de aire.

Antes de iniciarnos en la producción sonora deberá tener claro y experimentado que:

1. El soplo pulmonar y el bucal son independientes
2. El esfínter cricofaríngeo produce un cierre constrictor solamente, ("estrangulamiento") con una capacidad muy relativa para su cierre. Cada paciente sufre unos cambios anatómicos que afectan el ECF.
3. El aire almacenado en el esófago en un comienzo del aprendizaje no pasa de 50 ml pudiendo llegar con habla esofágica hasta 95 -100 ml
4. La vibración tanto en los pliegues vocales como en el ECF se produce por la columna de aire que desplaza el cuerpo y la cubierta o mucosa.
5. Del mismo modo que en la voz laringea, la hipertensión en la mucosa o cubierta, disminuyen el componente de onda mucosa y tensiones altas en cuerpo o constrictor, van a comprometer la presión del aire y consecuentemente el control
6. En todo momento de los comienzos terapéuticos evitaremos las prisas por sacar sonido si ello conlleva la adquisición de vicios difíciles de evitar posteriormente.

1. El terapeuta debe tener presente que para el paciente, lograr la independencia del soplo es difícil de conseguir ya que le supone romper con automatismos ligados a funciones innatas del ser como es la respiración y lleva reproduciendo durante toda su vida.

2.- Debido al cierre brusco constrictor del esfínter CFE, el sonido que se desprende al pasar la corriente de aire es muy grave, en el caso de las mujeres hay mucha resistencia

a producir dicho sonido, lo detestan porque, el ser humano, la tiene identificada La voz y con razón con el genero y en los registros de voz esofágica se arrojan pocas diferencias.

3.- Aunque cuando hablamos de la voz laringe, los terapeutas referimos muchas veces que lo mas importante no es tener una gran capacidad pulmonar sino un buen control de la musculatura intrínseca y extrínseca de la laringe junto con una armónica sincronía fono-respiratoria, en el almacenaje de aire en esófago, debemos ser consciente de su limite atendiendo al volumen y espacio, incomparable a los dos grandes depósitos pulmonares.

4.- Si es cierto que la mucosa del ECFE vibra y ondula de forma similar a la de los P. V, aunque el cierre en el ECF es transversal y en los P.V es longitudinal. También tenemos que tener presente que la mucosa del ECF es distinta a la de los P.V., las dos tienen epitelio estratificado pero la organización interna es diferente.

5.- Cuando un paciente debe ser sometido a una cirugía radical de laringe, el terapeuta debe tener presente que la falta de flujo de aire a través de las fosas nasales produce una anosia crónica que deberá contemplarse en el tratamiento a través de medidas de estimulación y sensibilización que hemos comentado anteriormente.

6.- La cirugía radical sobre todo si implica un tratamiento posterior de quimioterapia y/o radioterapia cursa con ageusia (pérdida o transformación del gusto), en nuestro tratamiento ya habremos iniciado las pautas de estimulación del olfato y el gusto.

7.- En aquellos pacientes que viajan en aviones hay que recordarles que no podrán realizar la maniobra de Valsalva para liberar el oído medio. Del mismo modo que disminuye la tolerancia al esfuerzo físico.

8.- Les recordaremos que la inoperancia de las vías altas respiratorias (filtrar, humidificar, calentar) ocasiona una vulnerabilidad a contraer enfermedades infecciosas pulmonares

#### **4.- METODOS DE PRODUCCIÓN DE VOZ ERIGMOFONICA**

Con el fin de entender los mecanismos de la voz erigmofónica muchas veces debemos contar con una exhaustiva metodología que nos de respuesta a los parámetros implicados en el desarrollo de la voz erigmofónica.

Sería conveniente disponer de: Espirometría. Dinámica del segmento faringoesofagico (presión neoglótica, flujo fonatorio, tiempo máximo de fonación TMF mediante análisis acústico y perceptual. Para la producción de la voz erigmofónica existen distintos métodos vamos a citar los más frecuentes:

- 1 - Método de inyección.
- 2 - Método de presión glossofaríngea.
- 3 - Método inhalatorio.

#### 4 - Método deglutorio.

1 - El método de inyección llamado también método Holandés descrito por Moolenaar-Bill en 1953 y Damté en 1957, para el idioma nuestro, resulta excesivamente agresivo puesto que se centra en el apoyo de consonantes oclusivas con compresión y explosión de aire. El proceso de este método se basa en presionar los labios, apretar la lengua contra el paladar duro y el velo del paladar blando, cerrando el cavum, elevando y retrayendo posteriormente la lengua hacia atrás, comprimiendo el aire en la cavidad faríngea e inyectándolo a través de la entrada esofágica. Esta técnica exige una contractura de la musculatura del cuello, para entenderlo solo debemos recordar la elevación que producimos al ejecutar las praxias correspondientes a las consonantes /P/ /T/ /K/.

Efectivamente, en el idioma holandés, este método está muy admitido y valorado y cabe destacar que la intensidad de la palabra es muy satisfactoria no obstante en idiomas como el francés italiano o español, resulta muy agresivo ya que el volumen sacrifica melodía y entonación.

2 - El método de presión glosofaríngea consiste en llevar la punta de lengua contra alvéolos, haciendo contactar la parte media de la lengua con el paladar duro y blando. Instruir al paciente en el bombeo de lengua y dirigir el bombeo a contactar con la pared faríngea.

No debemos confundir el bombeo de lengua con el movimiento deglutorio. Este método obliga a mantener los labios cerrados lo cual hace que la producción de la voz sea muy lenta y de escasa naturalidad.

3 - El tercer método, el inhalatorio, es el más recomendable de todos porque es el más fisiológico, consiste en utilizar los cambios de presión intraesofágica producidos por los movimientos respiratorios. El aire entra en el esófago si el segmento faringo-esofágico está suficientemente relajado y hacemos coincidir la fonación con la fase de espiración pulmonar.

4 - Cuando hemos fracasado con los métodos descritos hasta ahora (dando preferencia al inhalatorio), practicaremos el deglutorio que consiste en tragar, y producir un eructo, resultando difícil en muchas ocasiones, hacer posible su modulación.

#### CONCLUSIÓN

No quisiera terminar este artículo sin redundar en la necesidad de instaurar la rehabilitación psico-logopédica lo antes posible. La palabra cáncer sigue siendo destructiva en la sociedad del siglo XXI pero si además de ello, le añadimos, que esta maldita enfermedad ha elegido los órganos de nuestro cuerpo encargados de la comunicación humana, la tarea de combate, superación y esperanza resulta aun más ardua y difícil. La labor que prestan las Asociaciones de Laringectomizados es muy valiosa y necesaria siempre y cuando contemplen la necesidad de logopeda especializado en cáncer de laringe y el psicólogo especializado en oncología en el seno de esta, de lo contrario será un club social de gran importancia pero no un centro en el que el/la operada de laringe podrá recibir un tratamiento rehabilitador multidisciplinar.