

Intervención fonoaudiológica en usuario con síndrome de Tapia a partir de un caso clínico

Úrsula Hernández Villarreal¹, Pilar Opazo^{1*}, García Jeniffer¹, Pizarro Castillo¹, Diego Sandoval Durán¹.

1. Hospital San Juan de Dios, La Serena, Chile.

*Correspondencia: pilo.opazo@gmail.com

Introducción: El síndrome (SD) de Tapia caracterizado por parálisis de la hemilengua y de cuerdas vocales, causada por una lesión tanto del nervio hipogloso como del nervio laríngeo recurrente (NLR). El mecanismo propuesto en la mayoría de pacientes es la compresión o estiramiento de estos nervios en su curso extracraneal debido a la manipulación de vía aérea bajo sedación, procedimiento que se puede asociar con complicaciones que suelen confundirse con lesión central, por compromiso que existe a nivel de pares bajos en forma simultánea, siendo ésta finalmente una lesión periférica. En el SD de Tapia identificar la presencia de parálisis del NLR es importante en diagnóstico y tratamiento. Se presenta el caso de paciente masculino, 41 años con antecedentes de tabaquismo y policonsumo, diagnóstico (dg) de neumonía aspirativa grave con empiema pleural cavitado que requirió de ventilación invasiva, con tubo endotraqueal N° 8.0, cuff insuflado 30 cm H₂O por 10 días. **Metodología:** Reporte de caso. **Resultados:** Durante hospitalización del usuario en UCI, se realiza mantención de funciones oromotoras y precursores de deglución estando intubado. 24 h. extubado se realiza valoración no nutritiva destacando desviación lingual a comisura derecha (Figura 1), mecanismos protectores de vía aérea ineficientes con dg de disfagia severa, Dysphagia Outcome and severity Scale (Doss) 1, Functional Oral Intake Scale (Fois) 1, en valoración objetiva de la deglución mediante Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES) no se observa aspiración y/o penetración de alimento, presentando residuo vallécular, alteración sensitiva y parálisis cordal unilateral derecha. Se configura diagnóstico de SD de Tapia. Se desarrolla plan de trabajo con 2 sesiones diarias, posterior a 26 sesiones pondera en Fois 2, permitiendo entrenamiento con alimento. Mantiene terapia con ejercicios neuromusculares y vocales permitiendo el retiro de sonda nasogástrica hacia la sesión 30, siendo dado de alta médica a la sesión 34 alcanzando Doss 6 Fois 6. A 38 días del evento índice se observa lengua sin atrofia, protrusión central sin desviación. Electromiografía geniogloso derecho sin actividad denervatoria activa y unidades motoras de morfología y reclutamiento conservado, lo que concluye corresponde a una lesión neuropráxica. **Conclusiones:** Si bien las lesiones neuropráxicas son poco frecuentes, se pueden prevenir en algunos casos con manejo adecuado de la vía aérea, vigilancia de insuflado del cuff, rotaciones de tubo y elección adecuada del tamaño de éste para cada usuario, aunque la mayor parte de los caso de este tipo son leves, se podrían presentar daños irreversibles requiriendo uso de sonda nasogástrica o gastrostomía para evitar riesgo de broncoaspiración, se ha demostrado que la rehabilitación temprana, puede mejorar la función de conducción del impulso nervioso axonal, disminuyendo el tiempo de rehabilitación en el caso de la deglución y la función vocal.



Figura 1: Desviación de hemilengua a derecha.