

Aproximación paliativa en paciente oncológico con disfagia orofaríngea: reporte de un caso

Manuel Matías Ambiado-Lillo

Universidad Arturo Prat, Facultad de Ciencias de la Salud, Fonoaudiología, Iquique, Chile ✉

<https://dx.doi.org/10.5209/rlog.107169>

Recibido 19 de enero de 2026; Primera Revisión 24 de febrero de 2026; Aceptado 2 de abril de 2026

Resumen: El cáncer avanzado constituye una condición clínica de alta complejidad, frecuentemente asociada a un deterioro progresivo de la funcionalidad y la calidad de vida. Entre sus manifestaciones más relevantes se encuentran los trastornos de la deglución, los cuales pueden intensificarse como consecuencia de tratamientos oncológicos contemporáneos, particularmente la inmunoterapia. En este contexto, el Síndrome Triple M, caracterizado por la sobreposición de miocarditis, miositis y miastenia gravis inducidas por inhibidores de puntos de control inmunológico, representa una complicación neuromuscular grave con impacto directo sobre la función deglutoria. El presente artículo describe el abordaje fonoaudiológico de un caso clínico correspondiente a un paciente de 67 años con cáncer avanzado y disfagia orofaríngea secundaria a Síndrome Triple M. La intervención se desarrolló bajo un enfoque paliativo, incorporando técnicas compensatorias junto con ejercicios miofuncionales de orientación rehabilitadora, ajustados a los objetivos y prioridades del paciente. La adherencia sistemática al proceso terapéutico permitió una evolución favorable del desempeño deglutorio, favoreciendo la transición desde una alimentación exclusiva por gastrostomía hacia una ingesta predominante por vía oral, con impacto positivo en el confort y la calidad de vida.

Palabras clave: Calidad de vida; Cáncer; Deglución; Disfagia orofaríngea.

^{EN} Palliative approach in an oncology patient with oropharyngeal dysphagia: A case report

Abstract: Advanced cancer represents a highly complex clinical condition, frequently associated with progressive functional decline and impaired quality of life. Among its most relevant manifestations are swallowing disorders, which may be exacerbated as a consequence of contemporary oncological treatments, particularly immunotherapy. In this context, Triple M syndrome—characterized by the overlap of myocarditis, myositis, and myasthenia gravis induced by immune checkpoint inhibitors—constitutes a severe neuromuscular complication with direct impact on swallowing function. This article describes the speech-language pathology management of a clinical case involving a 67-year-old patient with advanced cancer and oropharyngeal dysphagia secondary to Triple M syndrome. The intervention was conducted within a palliative care framework, integrating compensatory strategies alongside rehabilitative-oriented orofacial myofunctional exercises, aligned with the patient's goals and priorities. Systematic adherence to the therapeutic process resulted in a favorable evolution of swallowing performance, facilitating the transition from exclusive gastrostomy feeding to predominantly oral intake, with a positive impact on comfort and quality of life.

Keywords: Cancer; Oropharyngeal dysphagia; Quality of life; Swallowing.

Sumario: Introducción. Consideraciones éticas. Presentación del caso. Discusión. Conclusiones. Referencias.

Cómo citar: Ambiado-Lillo, M.M. (2026). Aproximación paliativa en paciente oncológico con disfagia orofaríngea: reporte de un caso. *Revista de Investigación en Logopedia* 16(2), e107169, <https://dx.doi.org/10.5209/rlog.107169>

Introducción

El cáncer avanzado constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial y representa un desafío clínico complejo que excede el control tumoral, involucrando de manera directa la funcionalidad, la calidad de vida y la carga sintomática de las personas afectadas. En este contexto, los cuidados paliativos se han consolidado como un enfoque integral orientado a aliviar el sufrimiento físico, psicológico y social, promoviendo la dignidad y el bienestar del paciente a lo largo del curso de la enfermedad (Silva et al., 2025). Diversos estudios han demostrado que, en etapas avanzadas del cáncer, la presencia y severidad de los síntomas, junto con el deterioro funcional progresivo, se asocian estrechamente con el pronóstico vital (Trajkovic-Vidakovic et al., 2012; Yang et al., 2021).

Dentro del amplio espectro sintomático del cáncer avanzado, los trastornos de la deglución constituyen una complicación frecuente y clínicamente relevante. Si bien la disfagia ha sido estudiada predominantemente en pacientes con cáncer de cabeza y cuello (Amiando-Lillo, 2024; Baijens et al., 2021; Brockbank et al., 2015; Hajdú et al., 2022) o del tracto gastrointestinal superior, la evidencia contemporánea indica que también está presente en neoplasias sólidas de otros orígenes, especialmente en escenarios paliativos ambulatorios y hospitalarios (Bogaardt et al., 2015; Frowen et al., 2020). En estos pacientes, la disfagia se asocia a un mayor riesgo de malnutrición, deshidratación, aspiración y deterioro funcional, impactando negativamente en la calidad de vida y en la evolución clínica global (Kenny et al., 2019; Silva et al., 2023).

Estudios prospectivos y revisiones sistemáticas han demostrado que la presencia de trastornos de la deglución en cáncer avanzado se relaciona con una reducción significativa de la supervivencia y con peores indicadores de funcionalidad, incluso en ausencia de compromiso tumoral directo de las estructuras implicadas en la deglución (Silva et al., 2023; Silva et al., 2025). No obstante, la disfagia continúa siendo subdiagnosticada y escasamente evaluada de forma sistemática en la práctica clínica, a pesar de su valor pronóstico y de la disponibilidad de herramientas específicas de evaluación (Kenny et al., 2018).

Paralelamente, los avances terapéuticos en oncología han modificado de manera sustantiva el pronóstico de múltiples neoplasias. En particular, la incorporación de la inmunoterapia mediante inhibidores de puntos de control inmunológico ha permitido mejorar la supervivencia en diversos tipos de cáncer. Sin embargo, estas estrategias se asocian a un espectro creciente de eventos adversos inmunomediados, entre los cuales las complicaciones neurológicas han adquirido una relevancia clínica creciente (Montecinos & del Río, 2025; Stavropoulou de Lorenzo et al., 2024).

Dentro de estas complicaciones, destaca el denominado Síndrome Triple M, caracterizado por la superposición de miocarditis, miositis y miastenia gravis inducidas por inmunoterapia. Esta entidad, aunque infrecuente, se asocia a elevada morbimortalidad y a un compromiso funcional significativo, con manifestaciones que incluyen debilidad muscular proximal, compromiso oculobulbar y afectación respiratoria (Montecinos & del Río, 2025; Pathak et al., 2021). El compromiso neuromuscular y de la unión neuromuscular descrito en este síndrome tiene implicancias directas sobre la función deglutoria, incrementando el riesgo de disfagia orofaríngea, aspiración y pérdida acelerada de la autonomía alimentaria (Marini et al., 2021; Montecinos & del Río, 2025).

En este contexto, la disfagia puede constituir una manifestación inicial o concomitante del Síndrome Triple M, reflejando el impacto sistémico de los eventos adversos inmunomediados sobre funciones vitales básicas. A pesar de ello, el abordaje clínico de estos pacientes suele centrarse prioritariamente en el manejo inmunosupresor, neurológico y cardiovascular, pudiendo relegarse la evaluación funcional y sintomática, incluida la deglución. La evidencia sugiere que los eventos neurológicos inducidos por inmunoterapia pueden evolucionar hacia cuadros persistentes o dejar secuelas funcionales de larga duración, aun tras la suspensión del tratamiento oncológico (Farina et al., 2023; Montecinos & del Río, 2025).

Desde la perspectiva de los cuidados paliativos, la disfagia adquiere un significado particular, al situarse en la intersección entre la seguridad alimentaria, el confort, la autonomía y los valores del paciente. La literatura enfatiza que las decisiones relacionadas con la alimentación en etapas avanzadas deben priorizar la calidad de vida y el alivio del sufrimiento, evitando intervenciones desproporcionadas que no aporten beneficios clínicos claros (Aguirre-Bravo & Sampallo, 2015; Palecek et al., 2010). En este marco, la fonoaudiología cumple un rol central, contribuyendo a la evaluación clínica de la deglución, a la implementación de estrategias orientadas al confort y a la toma de decisiones compartidas con el paciente y su familia (Chahda et al., 2017; Tobar-Fredes et al., 2021).

La presentación de casos clínicos que integren el cáncer avanzado, las complicaciones neurológicas asociadas a la inmunoterapia y el abordaje paliativo de la disfagia permite visibilizar escenarios emergentes en la práctica clínica contemporánea. En particular, contribuye a ampliar la comprensión del rol de la fonoaudiología más allá de intervenciones tradicionales, incorporando un enfoque centrado en la persona y en la calidad de vida al final del curso de la enfermedad (Pollens, 2012). En este contexto, el presente artículo describe un caso clínico que ilustra los desafíos y aportes del abordaje paliativo de la disfagia en un paciente oncológico con Síndrome Triple M secundario a inmunoterapia.

Consideraciones éticas

De acuerdo con los lineamientos éticos internacionales y nacionales, siguiendo la declaración de Helsinki, previo a la evaluación se informó al paciente sobre el uso de sus datos con fines de investigación. Seguidamente se le entregó y firmó el documento de consentimiento informado. Toda información de identificación del paciente fue completamente anonimizada. Los datos se mantienen resguardados en los registros clínicos del Centro de Atención Fonoaudiológica en la ciudad de Iquique en Chile.

Presentación del caso

Paciente masculino de 67 años, con antecedentes oncológicos relevantes, entre los que destaca tumor neuroendocrino de íleon distal grado G2, tratado quirúrgicamente el año 2018. En 2022 presentó progresión sintomática, motivo por el cual inició tratamiento con lanreotide, completando 12 ciclos, asociado posteriormente a terapia con lutecio, finalizada en julio de 2024 tras completar cuatro ciclos. En el contexto de control evolutivo mediante tomografía por emisión de positrones (PET-CT), se identificó melanoma pulmonar, por lo que se indicó inicio de inmunoterapia con pembrolizumab.

Durante el segundo ciclo de inmunoterapia, administrado en febrero de 2025, el paciente desarrolló un cuadro de compromiso general progresivo, caracterizado por fatiga intensa, dolor pélvico y disfagia tanto para sólidos como para líquidos. Dado el deterioro clínico, ingresó a unidad médico-quirúrgica para evaluación y manejo. Tras seis días de evolución, presentó mialgias generalizadas, odinofagia y debilidad muscular, con progresiva pérdida de la funcionalidad, lo que motivó su traslado a unidad de tratamientos intensivos. En dicha unidad se constató bradicardia, por lo que se decidió su traslado a unidad de cuidados intensivos.

Durante su estadía en unidad de cuidados intensivos, se evidenció un patrón ventilatorio aparentemente conservado en reposo; sin embargo, ante mínimos esfuerzos se observó respiración paradójica. Se asoció manejo ineficiente de secreciones y ausencia de capacidad deglutoria funcional. En este contexto, se indicó ventilación mecánica invasiva, realizándose posteriormente traqueostomía para manejo de la vía aérea.

La evolución clínica fue favorable, permitiendo la decanulación previa al alta hospitalaria. No obstante, se estableció el diagnóstico de trastorno deglutorio severo, por lo que se indicó gastrostomía endoscópica percutánea para soporte nutricional. Al momento del alta, se solicitó rehabilitación integral en modalidad ambulatoria.

Evaluación

En octubre de 2025 ingresa al Centro de Atención Fonoaudiológica, al área de Rehabilitación Adulto derivado por el médico tratante, quien solicita evaluación e intervención fonoaudiológica dado que presenta alteraciones en la deglución derivadas del Síndrome Triple M. En la actualidad se alimenta completamente mediante gastrostomía, y pese a ello, el paciente reporta que presenta ingestas mínimas por vía oral de pa-
pilla dada la indicación de alta hospitalaria.

El proceso de evaluación, además de la entrevista inicial, consideró la aplicación de *Eating Assessment Tool* 10 (EAT-10) (Fernández-Rosati et al., 2018), exploración miofuncional orofacial para adultos mayores (Felicio et al., 2017) y Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) (Clavé et al., 2008).

Durante la entrevista inicial, el paciente presenta buen estado general, con adecuada comprensión y expresión del lenguaje. Refiere ser completamente autovalente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, manteniendo participación activa en dinámicas familiares y sociales, aunque señala no desempeñar actividades laborales debido a su pronóstico oncológico. Manifiesta una adecuada red de apoyo familiar y expresa de manera explícita que su principal objetivo terapéutico se centra en recuperar, al menos de forma parcial, la alimentación por vía oral, priorizando el confort, el placer asociado a la ingesta y la posibilidad de compartir momentos alimentarios con su entorno, más que la restitución completa de la funcionalidad deglutoria.

El resultado del protocolo de autorreporte para el despistaje de la disfagia EAT-10 fue de 18 puntos sobre 30, lo que implica una notable percepción de alteración en la alimentación y deglución por parte del paciente, considerando que la versión utilizada considera un puntaje de corte >7 puntos (Fernández-Rosati et al., 2018).

En evaluación miofuncional, se evidencian dificultades que se orientan a hipofunción en orbicular de los labios, buccinadores, lengua, y ascenso laríngeo. Las mayores dificultades observadas se centran en la reducción del rango de extensión de los movimientos de elevación y protrusión lingual y disminución de la fuerza lingual, lo que acarrea alteraciones funcionales en el proceso deglutorio.

Se realiza exploración con MECV-V. En viscosidad néctar no se evidencian alteraciones de seguridad ni eficacia con 5ml y 10ml, sin embargo, en 20 ml se evidencia tos, por lo que se continúa con valoración de viscosidad *pudding*; en esta no se registran alteraciones de seguridad con 5ml, pero se fracciona en 2 degluciones, se evidencia residuos en el vestíbulo oral, en 10 ml se registra degluciones fraccionadas, residuos intraorales, presencia de voz húmeda y tos, por lo que se finaliza la exploración.

Finalmente, mediante informe de valoración instrumental FEES, se expresa “evidencia de acumulación de secreciones en zona vallecular y senos piriformes, pliegues vocales en aspecto y movilidad normal, protección glótica conservada, alteración del clearance alimentario, principalmente con yogurt, en ingesta de líquido evidencia acumulación en senos piriformes que logra limpiar con degluciones múltiples”.

Con base en los resultados expuestos, se establece el diagnóstico de disfagia orofaríngea iatrogénica FOIS 2, y se recomienda iniciar terapia fonoaudiológica.

Intervención

El proceso de intervención se enmarcó en una aproximación clásica, sin perder el foco central de la intervención en contexto paliativo, por lo que se consideró principalmente tratamiento compensatorio en adición a ejercicios con orientación rehabilitadora para favorecer la acción miofuncional orofacial. El abordaje compensatorio incluyó la implementación de dos técnicas facilitadoras de la deglución, a saber, deglución forzada y deglución supraglótica (Catini & Falduti, 2020), ambas técnicas se realizaron inicialmente con alimento categorizado de acuerdo con IDDSI en nivel 4 (Cichero et al., 2017). El abordaje rehabilitador consideró dos

tipos de ejercicios, ejercicios miofuncionales isométricos e isocinéticos para músculos orbicular de los labios, buccinadores, linguales y suprahioides, y ejercicios isocinéticos respiratorios para favorecer los efectivos como complemento a la técnica supraglótica (Marchesan et al., 2012; Thankappan et al., 2018; Tisaire & Ordóñez, 2021).

Todos los ejercicios rehabilitadores miofuncionales fueron ejecutados de modo sistemático tres veces al día durante 12 semanas, considerando la aplicabilidad de ejercicios miofuncionales orofaciales expuestos por Marchesan et al. (2012).

De forma paulatina, semana a semana se fueron incluyendo nuevos alimentos, los cuales respondían directamente a los deseos de la persona, y se valoraron en categorías dicotómicas como, (1) sin riesgo de penetración y/o aspiración, y (2) con riesgo de penetración y/o aspiración. Para lo cual se consideraron los clásicos signos de seguridad propuestos en MECV-V (Clavé et al., 2008).

Posterior a las 12 semanas de intervención fonoaudiológica, se logró la inclusión de 4 comidas diarias de forma rutinaria sin evidenciar signos de seguridad alterados, considerando el espectro completo propuestos por IDDSI, desde nivel 0 a nivel 7, sin embargo, se generó la restricción en particular de solo un alimento de su dieta, catalogado como "con riesgo de penetración y/o aspiración", el cual fue el queso fundido, dado sus propiedades, que incluso con aplicación de deglución forzada generó disconfort y sensación de cuerpo extraño en región faríngea postdeglución. Con base en los resultados expuestos, se establece una variabilidad en la posibilidad de ingesta de alimentos exclusiva por vía oral.

Reevaluación

Finalizando las 12 semanas de intervención, el resultado del protocolo de autorreporte para el despistaje de la disfagia EAT-10 varió positivamente, estableciendo 4 puntos sobre 30, lo que implica un aumento positivo en cuanto a su percepción deglutoria. En valoración clínica se evidencia mediante MECV-V una deglución segura y eficiente en todos los volúmenes y viscosidades. Se realiza una nueva valoración mediante FEES, en la que se establece "buena sensibilidad laríngea con protección glótica conservada, clearance alimentario deficiente (mejor que examen anterior) principalmente con espeso que logra limpiar con deglución forzada. Buen clearance con líquidos. Ingesta de líquido normal, no se observan signos de penetración ni aspiración. Examen con evolución favorable en cuanto al trastorno de la deglución. Retiro de gastrostomía en caso de informe neurológico favorable".

Ante la progresión en el desempeño deglutorio, y los resultados objetivos se determina alta terapéutica, solo con recomendación de restricción de alimentos que generen sensación de adherencia a la pared faríngea como la evidenciada en las pruebas de tolerancia al queso fundido en múltiples preparaciones, por lo que se sitúa al paciente en FOIS 6.

En la entrevista clínica pre alta fonoaudiológica, considerando orientaciones finales, el usuario describe un drástico cambio positivo en su calidad de vida, explicitando que volver a comer habitualmente ha sido lo mejor que le ha pasado desde su alta hospitalaria, señalando que incluso ha podido retomar actividades sociales esporádicas considerando salidas a cafeterías con amigas, lo cual nunca pensó volver a realizar previo a terapia, lo que ha superado ampliamente sus expectativas. Finalmente, relata que se encuentra en entrevista con el equipo oncológico para potenciar retiro de gastrostomía, con un veredicto favorable desde las áreas fonoaudiológicas y nutricionales.

Discusión

El presente caso clínico ilustra la complejidad del abordaje de la disfagia en pacientes con cáncer avanzado que desarrollan complicaciones neuromusculares secundarias a inmunoterapia, particularmente en el contexto del Síndrome Triple M. En concordancia con la literatura, la disfagia orofaríngea observada en este paciente no puede ser comprendida únicamente como una alteración localizada, sino como la expresión funcional de un proceso sistémico que compromete la musculatura estriada y la unión neuromuscular, con impacto directo sobre funciones vitales como la alimentación y la respiración (Montecinos & del Río, 2025; Pathak et al., 2021).

Diversos estudios han señalado que, en el cáncer avanzado, los trastornos de la deglución se asocian a un deterioro significativo de la calidad de vida, incremento del riesgo de aspiración y mayor carga sintomática global, incluso en ausencia de compromiso tumoral directo de las estructuras orofaríngeas (Bogaardt et al., 2015; Kenny et al., 2019; Silva et al., 2023). En este caso, la aparición de disfagia orofaríngea coincidió temporalmente con la administración de inmunoterapia, lo que resulta coherente con la evidencia que describe eventos adversos neurológicos inmunomediados como complicaciones potencialmente graves, de inicio agudo y evolución variable (Farina et al., 2023; Montecinos & del Río, 2025).

El Síndrome Triple M, caracterizado por la sobreposición de miocarditis, miositis y miastenia gravis inducidas por inhibidores de puntos de control inmunológico, ha sido descrito como una entidad de alta morbilidad, con manifestaciones clínicas que incluyen debilidad muscular proximal, compromiso bulbar y deterioro funcional severo (Marini et al., 2021; Pathak et al., 2021). En este contexto, el compromiso de la musculatura implicada en la deglución resulta fisiopatológicamente esperable, lo que permite interpretar la disfagia orofaríngea observada como una consecuencia iatrogénica del tratamiento oncológico, más que como una progresión directa de la enfermedad tumoral.

Un aspecto relevante de este caso es que, pese a la gravedad inicial del cuadro y a la indicación de gastrostomía como soporte nutricional, el paciente mantenía un adecuado nivel de autovalencia, participación social y claridad respecto de sus objetivos terapéuticos. Esta condición resulta particularmente significativa

desde la perspectiva de los cuidados paliativos, los cuales promueven un enfoque centrado en la persona, considerando sus valores, deseos y prioridades sobre metas estrictamente biomédicas (Aguirre-Bravo & Sampallo, 2015; Palecek et al., 2010).

Desde esta mirada, la intervención fonoaudiológica no se orientó a la restitución completa de la función deglutoria, sino al logro de una alimentación oral segura y confortable, coherente con los principios de proporcionalidad terapéutica descritos en la literatura paliativa (Palecek et al., 2010). La evidencia sostiene que, en etapas avanzadas de la enfermedad, la alimentación debe comprenderse no solo como un acto nutricional, sino también como una experiencia social, emocional y simbólica, estrechamente vinculada a la percepción de bienestar y dignidad (Aguirre-Bravo & Sampallo, 2015).

En este sentido, el rol de la fonoaudiología en cuidados paliativos adquiere particular relevancia. Estudios previos han enfatizado que el fonoaudiólogo no solo interviene en la seguridad de la deglución, sino también en la facilitación de experiencias alimentarias significativas, la educación del entorno y la toma de decisiones compartidas (Pollens, 2012; Tobar-Fredes et al., 2021). Los resultados observados en este caso, tanto a nivel clínico como subjetivo, se alinean con este enfoque, evidenciando que la recuperación parcial de la vía oral puede constituir un objetivo terapéutico válido y clínicamente relevante, aun cuando no se persiga una rehabilitación completa.

La mejoría observada reflejada en la evolución del desempeño deglutorio, la progresión en la escala FOIS y la percepción positiva reportada por el paciente, concuerda con lo descrito en la literatura respecto al valor de intervenciones fonoaudiológicas individualizadas, incluso en contextos paliativos (Pollens, 2012; Tobar-Fredes et al., 2021). En este marco, la percepción subjetiva del usuario emerge como un indicador fundamental del éxito terapéutico, en coherencia con modelos contemporáneos centrados en la calidad de vida más que en parámetros exclusivamente fisiológicos.

Finalmente, este caso pone de relieve la necesidad de integrar tempranamente la evaluación fonoaudiológica en pacientes oncológicos que presentan eventos adversos neurológicos secundarios a inmunoterapia. Tal como ha sido señalado previamente, la disfagia continúa siendo una condición subdiagnosticada en cáncer avanzado, pese a su impacto funcional y pronóstico (Kenny et al., 2018; Silva et al., 2025). La identificación oportuna de alteraciones de la deglución permite no solo prevenir complicaciones, sino también ofrecer intervenciones acordes a los objetivos del paciente, contribuyendo de manera significativa a su bienestar global.

Si bien los estudios de caso no tienen como finalidad la generalización estadística de sus resultados, poseen un alto valor ilustrativo, especialmente en escenarios clínicos de baja frecuencia o escasamente descritos en la literatura. En este sentido, la sistematización de casos similares podría contribuir al desarrollo de series de casos o estudios observacionales en pacientes oncológicos que presentan complicaciones neurológicas inmunomediadas asociadas a disfagia, permitiendo caracterizar con mayor precisión su evolución clínica y los efectos de las intervenciones fonoaudiológicas en este contexto.

En conjunto, los hallazgos de este caso refuerzan la importancia de un abordaje interdisciplinario y centrado en la persona, en el cual la fonoaudiología desempeña un rol clave en la evaluación, intervención y acompañamiento de pacientes oncológicos con complicaciones neuromusculares inducidas por inmunoterapia, ampliando el marco tradicional de intervención hacia una práctica clínica verdaderamente integrada al modelo de cuidados paliativos.

Conclusiones

El presente caso clínico evidencia que la intervención fonoaudiológica, integrada a un enfoque paliativo y centrado en la persona, puede favorecer la recuperación funcional de la vía oral en pacientes oncológicos con disfagia secundaria a complicaciones neuromusculares inducidas por inmunoterapia. La consideración de los objetivos y valores del paciente permitió orientar decisiones clínicas proporcionales, priorizando el confort, la autonomía y la calidad de vida.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de incorporar de manera sistemática la evaluación y el acompañamiento fonoaudiológico en escenarios oncológicos complejos, particularmente frente a eventos adversos neurológicos emergentes, consolidando el rol de la fonoaudiología como disciplina clave dentro del abordaje interdisciplinario en cuidados paliativos.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

Referencias

- Aguirre-Bravo, A. N., & Sampallo, R. M. (2015). Fonoaudiología en los cuidados paliativos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(2), 289–300. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.48539>
- Ambiado-Lillo, M. M. (2024). Disfagia orofaríngea en personas con cáncer de cabeza y cuello: Un estudio de caso. *Revista de Investigación en Logopedia*, 14(2), e90828. <https://doi.org/10.5209/rlog.90828>
- Baijens, L. W. J., Walshe, M., Aaltonen, L. M., Arens, C., Cordier, R., Cras, P., Crevier-Buchman, L., Curtis, C., Golusinski, W., Govender, R., Eriksen, J. G., Hansen, K., Heathcote, K., Hess, M. M., Hosal, S., Klussmann, J. P., Leemans, C. R., MacCarthy, D., Manduchi, B., & Clavé, P. (2021). European white paper: Oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 278(2), 577–616. <https://doi.org/10.1007/s00405-020-06507-5>

- Bogaardt, H., Veerbeek, L., Kelly, K., van der Heide, A., van Zuylen, L., & Speyer, R. (2015). Swallowing problems at the end of the palliative phase: A scoping review. *Dysphagia*, 30(2), 145–151. <https://doi.org/10.1007/s00455-014-9590-1>
- Brockbank, S., Miller, N., Owen, S., & Patterson, J. M. (2015). Pretreatment information on dysphagia: Exploring the views of head and neck cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(1), 89–97. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.04.014>
- Catini, M. E., & Falduti, A. (2020). Maniobras deglutorias utilizadas en el tratamiento de la disfagia orofaríngea. *Argentinian Journal of Respiratory & Physical Therapy*, 2(3). <https://doi.org/10.58172/ajrpt.v2i3.135>
- Cichero, J. A. Y., Lam, P., Steele, C. M., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R. O., Duivesteyn, J., Kayashita, J., Lecko, C., Murray, J., Pillay, M., Riquelme, L., & Stanschus, S. (2017). Development of international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened fluids used in dysphagia management: The IDDSI framework. *Dysphagia*, 32(2), 293–314. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9758-y>
- Chahda, L., Mathisen, B. A., & Carey, L. B. (2017). The role of speech-language pathologists in adult palliative care. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 19(1), 58–68. <https://doi.org/10.1080/17549507.2016.1241301>
- Clavé, P., Arreola, V., Romea, M., Medina, L., Palomera, E., & Serra-Prat, M. (2008). Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clinical Nutrition*, 27(6), 806–815. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2008.06.011>
- Farina, A., Lombardi, F., Carandina, D., Rossi, S., & Bassetti, C. L. (2023). Long-term outcomes of immune-mediated neuromuscular adverse events associated with immune checkpoint inhibitors. *Journal of the Neurological Sciences*, 449, 120678. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2023.120678>
- Felício, C. M., Lima, M. D., Medeiros, A. P., & Ferreira, J. T. (2017). Orofacial myofunctional evaluation protocol for older people: Validity, psychometric properties, and association with oral health and age. *CoDAS*, 29(6), e20170042. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172017042>
- Fernández-Rosati, J., Lera, L., Fuentes-López, E., & Albala, C. (2018). Validez y confiabilidad del cuestionario Eating Assessment Tool 10 (EAT-10) para detectar disfagia en adultos mayores chilenos. *Revista Médica de Chile*, 146, 1008–1015. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872018000901008>
- Frowen, J., Hughes, R., & Skeat, J. (2020). The prevalence of patient-reported dysphagia and oral complications in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 28(3), 1141–1150. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04921-y>
- Hajdú, S. F., Wessel, I., Dalton, S. O., Eskildsen, S. J., & Johansen, C. (2022). Swallowing exercise during head and neck cancer treatment: Results of a randomized trial. *Dysphagia*, 37(4), 749–762. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10320-5>
- Kenny, C., Gilheaney, Ó., Walsh, D., Regan, J., & Kelleher, F. (2018). Dysphagia assessment tools in cancer populations: A systematic review. *Dysphagia*, 33(3), 303–320. <https://doi.org/10.1007/s00455-017-9865-2>
- Kenny, C., Regan, J., Balding, L., Higgins, S., O’Leary, N., & Kelleher, F. (2019). Dysphagia prevalence and predictors in cancers outside the head and neck. *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(6), 949–958.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.06.030>
- Marchesan, I., Silva, H., & Berretin-Felix, G. (2012). *Terapia fonoaudiológica em motricidade orofacial*. Pulso Editorial.
- Marini, A., Bernardini, A., Gigli, G. L., Valente, M., Muñoz-Castrillo, S., Honnorat, J., & Vogrig, A. (2021). Neurologic Adverse Events of Immune Checkpoint Inhibitors: A Systematic Review. *Neurology*, 96(16), 754–766. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000011795>
- Montecinos, G., & del Río, F. (2025). Complicaciones neurológicas relacionadas con la inmunoterapia en pacientes oncológicos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 36(3), 146–155. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2025.06.001>
- Palecek, E. J., Teno, J. M., Casarett, D. J., Hanson, L. C., Rhodes, R. L., & Mitchell, S. L. (2010). Comfort feeding only: A proposal to bring clarity to decision-making regarding dysphagia in advanced dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(3), 580–584. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02740.x>
- Pathak, R., Katel, A., Massarelli, E., Villafior, V. M., Sun, V., & Salgia, R. (2021). Immune Checkpoint Inhibitor-Induced Myocarditis with Myositis/Myasthenia Gravis Overlap Syndrome: A Systematic Review of Cases. *The Oncologist*, 26(12), 1052–1061. <https://doi.org/10.1002/onco.13931>
- Pollens, R. D. (2012). Role of the speech-language pathologist in palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 15(8), 869–870. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.9660>
- Silva, D. N. M., Vicente, L. C. C., Glória, V. L. P., & de Lima Friche, A. A. (2023). Swallowing disorders and mortality in adults with advanced cancer: A systematic review. *BMC Palliative Care*, 22(1), 150. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01268-4>
- Silva, D. N. M., Jardim, Y. C. G., Vicente, L. C. C., & de Lima Friche, A. A. (2026). Swallowing disorders, survival and functionality in adults with advanced cancer outside the head and neck and upper gastrointestinal tract in outpatient palliative care setting: A prospective cohort study. *Dysphagia*, 41(1), 248–260. <https://doi.org/10.1007/s00455-025-10876-6>
- Stavropoulou De Lorenzo, S., Andravizou, A., Alexopoulos, H., Michailidou, I., Bokas, A., Kesidou, E., Boziki, M. K., Parissis, D., Bakirtzis, C., & Grigoriadis, N. (2024). Neurological immune-related adverse events induced by immune checkpoint inhibitors. *Biomedicines*, 12(6), 1319. <https://doi.org/10.3390/biomedicines12061319>

- Tisaire, A., & Ordóñez, B. (2021). *Guía de intervención logopédica en las disfagias*. Editorial Síntesis.
- Tobar-Fredes, R., Olivares-Matus, C. A., & Tapia-Saavedra, S. (2021). Fonoaudiología en cuidados paliativos para adultos y adultos mayores: Fundamentos, roles, abordajes y desafíos. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 20, 1–16. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2021.58486>
- Trajkovic-Vidakovic, M., de Graeff, A., Voest, E. E., & Teunissen, S. C. (2012). Symptoms tell it all: A systematic review of symptom prevalence and severity in advanced cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 84(1), 130–148. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2012.01.003>
- Yang, E. J., Lee, K. S., Lim, M. C., Baek, J. Y., Han, J. Y., Yu, E. S., & Chung, S. H. (2021). Symptom perception and functioning in patients with advanced cancer. *PloS one*, 16(2), e0245987. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245987>

