

Disfagia

Fecha de la última revisión: **09/05/2017**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se realiza la valoración inicial del paciente con disfagia?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La palabra disfagia proviene del griego que significa desorden al comer. Se define como la sensación o dificultad para la deglución tanto para líquidos como sólidos (Fass R, 2016).

Los pacientes pueden describirla como la imposibilidad al inicio de la deglución a través de la faringe y/o esófago al paso de sólidos y/o líquidos hacia la cavidad gástrica. Sin embargo, es importante diferenciarla del síntoma odinofagia definida como: dolor a la deglución (Galmiche JP, 2006).

Es relativamente frecuente, su prevalencia aumenta con la edad y en presencia de patologías neurológicas; 1 de cada 17 personas presentan alguna forma de disfagia en el transcurso de su vida (Kalf JG, 2012).

Un estudio realizado en el Reino Unido en 2011 describe una tasa de prevalencia de disfagia de 11% en la población general (Holland G, 2011). La condición afecta al 40-70% de los pacientes con accidente cerebrovascular, 60-80% de los que padecen enfermedades neurodegenerativas, al 13% de los adultos mayores de 65 años, y al 51% de la personas institucionalizadas y al 60-75% de los pacientes sometidos a radioterapia por neoplasia de cabeza o cuello (Turley R, 2009; Lin LC, 2002).

Es difícil conocer la epidemiología a nivel mundial porque la mayoría de las enfermedades que pueden provocar disfagia difieren según las regiones y continentes (World Gastroenterology Organisation, 2014).

La disfagia desde el punto de vista clínico se clasifica en (Fass R, 2016; Galmiche JP, 2006):

- Disfagia orofaríngea: cuando la dificultad se localiza antes del esófago, es decir en boca o faringe.
- Disfagia esofágica: cuando se localiza a nivel del recorrido esofágico.
- Disfagia funcional: pertenece al apartado de "Trastornos Funcionales Digestivos" (A3. Criterios de Roma IV).

¿Cómo se realiza la valoración inicial del paciente con disfagia?

La disfagia es un síntoma de alarma que debe ser estudiado sin demoras.

El primer paso a seguir en la valoración de un paciente con disfagia es la realización de una historia clínica detallada para determinar si los síntomas son debidos a patología orofaríngea o esofágica.

Lo primordial es determinar si la sintomatología es al inicio de la deglución o existe la sensación de imposibilidad y/o obstrucción al paso del bolo alimenticio, en la zona cervical o por debajo de la región esternal.

Se deben considerar los siguientes aspectos clínicos en la valoración inicial para orientar a las posibles causas, así como para dirigir las exploraciones complementarias necesarias (Fass R, 2016; World Gastroenterology Organisation, 2014; Montoro M, 2012):

1. Localización.
2. Tipos de alimentos: sólidos y/o líquidos.
3. Progresiva o estable, continua o intermitente.
4. Duración de los síntomas y tiempo de evolución.
5. Presencia de síntomas concomitantes como por ejemplo: regurgitación, impactación de alimentos, tos, sintomatología respiratoria durante la deglución, pirosis, reflujo gastroesofágico y síntomas generales: pérdida de peso, astenia; entre otros, que orientan hacia la etiología de la disfagia. En todos los casos puede existir un componente funcional.

1. Disfagia orofaríngea (DO).

Habitualmente, es fácil determinar que el motivo de consulta es la presencia de DO. Suelen describirla como dificultad para el inicio de la deglución o la sensación de imposibilidad para el paso de los alimentos. Si esta obstrucción se produce en la fase de transferencia desde la hipofaringe hacia el esófago, se define como **síndrome orofaríngeo**. En algunas ocasiones la sintomatología puede ser confusa siendo necesaria la realización de un interrogatorio minucioso que incluya: tiempo de evolución, síntomas concomitantes, uso de fármacos (psicofármacos, anticolinérgicos, antihistamínicos, entre otros), para discernir si el origen reside en una causa orgánica o funcional (Lembo AJ, 2016; World Gastroenterology Organisation, 2014). En la valoración semiológica de la DO se pueden enumerar los siguientes síntomas por orden de frecuencia:

- Globo faríngeo: aunque es un síntoma muy frecuente, en su definición “no es disfagia” y es un síntoma con el que debe hacerse el diagnóstico diferencial, habitualmente los pacientes lo describen como “sensación de nudo en la garganta” (Cook IJ, 2008).
- La odinofagia puede ser secundaria a patología neoplásica, inflamatoria o infecciosa. También es común posterior a intubación endotraqueal prolongada. Si la disfagia se inicia en la fase final de la comida puede ser secundaria a miastenia gravis (Rutegård M, 2011).

- Otolgia (dolor referido), vértigo, acúfenos asociados a pérdida de peso suele ser secundario a lesión neoplásica en hipofaringe, laringe, faringe o base de lengua (Turley R, 2009).
- La presencia de disfonía o cambios en el tono vocal, disartria, voz nasal y/o dolor durante el habla, puede ser debido a disfunción neuromuscular, parálisis de las cuerdas vocales o distrofia muscular (Lin LC, 2002).
- Sintomatología respiratoria: tos persistente posterior a la ingesta, infecciones respiratorias recurrentes (neumonía broncoaspirativa) e impactación del bolo de alimentos, suelen ser secundarias a divertículo de Zenker y disfunción del esfínter esofágico superior (Lin LC, 2002).
- Síntomas concomitantes: sialorrea, regurgitación nasal, halitosis, deglución repetitiva, astenia y menos frecuente xerostomía.

Examen físico:

Posterior a la anamnesis, la realización de una exploración clínica proporciona herramientas útiles para el diagnóstico etiológico de la DO. En la exploración general se recomienda realizar: inspección de la piel, cabeza y cuello y exploración neurológica completa (Lembo AJ, 2016; World Gastroenterology Organisation, 2014; Montoro M, 2012):

1. Exploración de cabeza y cuello incluye: otoscopia bilateral, exploración de la cavidad oral, región cervical y supraclavicular en busca de adenopatías y masas, inspección de la textura de la piel y cambios en la coloración, así como signos de disfunción muscular.
2. Examen neurológico:
 - Exploración de los pares craneales, especialmente aquellos que intervienen en la deglución (ramas sensitivas de: V IX X y las ramas motoras: V VII X XI XII), descartar la presencia de parálisis facial central o periférica, desviación lingual o de la úvula.
 - Exploración de los grupos musculares faciales y cervicales, afectados en dermatomiositis y/o polimiositis.
 - Valorar la presencia de disfonía, secundaria a parálisis/paresia de cuerdas vocales de origen neurológico o neoplásico.
 - En caso de ptosis palpebral bilateral y fatigabilidad, atrofia muscular, o esfuerzos repetitivos para la deglución, sugieren patología muscular.
 - Signos extrapiramidales y discinesias, puede ser indicativo de enfermedad de Parkinson.
 - Signos de disfunción motora y sensitiva, orientan hacia la presencia de esclerosis múltiple.
 - Valoración de los reflejos velopalatino, deglutorio y nauseoso.
3. Observación directa de la deglución, durante la ingesta de alimentos de diferentes texturas.
4. Exploración abdominal, descartar la presencia de masas y visceromegalias.
5. Valoración del estado nutricional (talla/peso/IMC) e hidratación.

Exámenes complementarios (Fass R, 2016; World Gastroenterology Organisation, 2014; Montoro M, 2012; Velasco M, 2007):

Aunque la anamnesis y la exploración física permiten dirigir el diagnóstico etiológico de la DO, con frecuencia es necesaria la realización de pruebas complementarias y algunas a nivel especializado, para alcanzar el diagnóstico definitivo. Entre las más comunes están:

1. Analítica general y estudios de laboratorio específicos para valoración hormonal (hipertiroidismo y síndrome de Cushing, por ejemplo) o patología infecciosa (sífilis).
2. Endoscopia alta (faringe, laringe y esófago superior): debe realizarse para descartar patología neoplásica como primera causa.
3. Esófagograma baritado: útil para el diagnóstico de divertículo de Zenker, neoplasia, o estenosis esofágica.
4. Manometría faringoesofágica: valoración de la disfunción del esfínter esofágico superior. Puede ser útil cuando se considere la miotomía.
5. Videofluoroscopia de la deglución, también conocida como “deglución o trago de bario modificado”. Este es el patrón de oro para estudiar la DO.
6. Fibroscopia de la deglución (FEES): está indicada en pacientes con disfonía y disfagia, principalmente en aquellos con antecedentes quirúrgicos de ORL.
7. Manometría de impedancia automatizada (MIA): es un fuerte predictor de aspiración.
8. Prueba de deglución del agua: es otra prueba recomendada para el diagnóstico de DO, es utilizada en las unidades de hospitalización y pueden ser realizadas por el personal de enfermería.

Para el cribado de la disfagia se han desarrollado varios instrumentos validados, uno de ellos es el *Swallow Quality of Life* (SWAL-QOL) (World Gastroenterology Organisation, 2014), sin embargo por su extensión no se ha implementado en la atención primaria de forma rutinaria. A diferencia de la encuesta *Eating-Assessment Tool-10* (EAT-10), más sencillo y rápido, traducido y validado al idioma español como una herramienta útil para el diagnóstico y manejo de los pacientes con disfagia y que puede emplearse en atención primaria (Belfasky PC, 2008; Burgos R, 2012).

Tabla 1. Causas de disfagia orofaríngea.	
Según su fisiopatología	Patologías más frecuentes
Neuromuscular	• ACV. • Enfermedad de Parkinson. • Esclerosis múltiple/ELA. • LOE cerebrales. • Neuropatías periféricas. • Distrofia muscular ocular faríngea.
Obstrucción mecánica	• Divertículo de Zenker. • Abscesos retrofaríngeos. • Bocio. • Cuerpo extraño. • Epiglotitis. • Neoplasias de cabeza y cuello.
Alteraciones músculo-esqueléticas	• Polimiosistis. • Miastenia gravis. • Miopatías.
Misceláneas	• Síndrome de Sjogren. • Medicamentos. • Radioterapia. • Demencia senil.

- Cirugía cervical.

2. Disfagia esofágica (DE).

En la DE la dificultad para la deglución comienza varios segundos después del inicio de la ingesta, los pacientes lo describen como la sensación de atragantamiento o imposibilidad para el paso del bolo alimenticio, localizado en la región retroesternal o a nivel de la articulación esternoclavicular.

En estos pacientes es muy importante la valoración de antecedentes médicos personales como la diabetes, esclerodermia, VIH, patologías neuromusculares, antecedentes quirúrgicos en el área ORL, radioterapia local previa, ingesta de cáusticos o toma de fármacos (Fass R, 2016; World Gastroenterology Organisation, 2014; Zhang HZ, 2012).

En la DE que de inicio es a sólidos y líquidos es probablemente debida a patología de la motilidad esofágica. Sin embargo, deben sospecharse causas obstructivas si inicia a sólidos y posteriormente a líquidos (Rutegård M, 2011). Cuando la sintomatología es progresiva a sólidos inicialmente y luego a líquidos, suele ser secundaria a neoplasia esofágica o estenosis péptica (EP) (Ronkainen J, 2007).

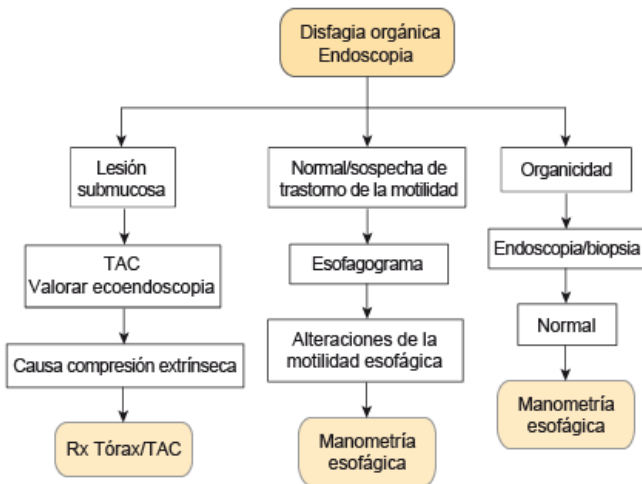
Los síntomas de EP usualmente son insidiosos y gradualmente progresivos, mientras que aquellos debidos a neoplasia esofágica son rápidamente progresivos, también presentes en: acalasia o esclerodermia. En hombres jóvenes, la presencia de disfagia intermitente asociado a la impactación del bolo alimenticio, es altamente sospechosa de esofagitis eosinofílica.

El **examen físico** de los pacientes con DE tiene un valor muy limitado. En algunos pacientes con esclerodermia y estenosis pépticas secundarias pueden presentar síndrome de CREST -por sus siglas en inglés- (calcinosis, fenómeno de Raynaud, compromiso esofágico, esclerodactilia, y telangiectasia). Siempre se debe valorar el estado nutricional e hidratación del paciente (World Gastroenterology Organisation, 2014).

Exámenes complementarios:

Habitualmente los pacientes requieren una derivación temprana para estudios endoscópicos. Su valoración y diagnóstico en atención primaria es limitado (Fass R, 2016; World Gastroenterology Organisation, 2014; Montoro M, 2012).

- Endoscopia superior: es la prueba más útil para evaluar la mucosa esofágica, permite toma de biopsia, cultivos entre otros.
- Esofagograma de contraste baritado (prueba de trago de bario): es la prueba inicial más útil en los pacientes con antecedentes o características clínicas que sugieran una lesión del esófago proximal. Su indicación previa a la endoscopia superior es controvertida.
- En algunos pacientes con trastornos de la motilidad esofágica pueden estar indicadas pruebas más específicas como la manometría/pHmetría esofágica, la manometría esofágica de alta resolución o la centellografía de tránsito esofágico con radionucleidos.



Actuación en la disfagia orgánica

Tabla 2. Causas de disfagia esofágica.	
Según su fisiopatología	Patologías más frecuentes
Obstrucción mecánica	• Membranas/anillos de Schatzki. • Patología mediastínica: neoplasias pulmonares, linfomas. • Divertículos. • Cuerpo extraño: impactación del bolo alimenticio. • Patología benigna esofágica. • Patología vascular: arteria subclavia aberrante, elongación aórtica.
Alteraciones de la motilidad	• Acalasia. • Espasmos musculatura esofágica: esófago Jackhammer. • Esclerodermia. • Mal de Chagas.

Misceláneas	• Neuropatía diabética. • Etilismo crónico. • Esofagitis eosinófila. • Patologías endocrinas: hipo e hipertiroidismo.
Enfermedades de la mucosa. Estrechan la luz secundario a inflamación, neoplasia o fibrosis.	• Neoplasia esofágica. • Síndrome de Plummer-Vinson. • Lesiones secundarias a ingestión de cáusticos y escleroterapia de varices esofágicas. • ERGE: estenosis péptica. • Lesión rádica. • Esofagitis infecciosa: herpes, cándida.
Postquirúrgicas	• Después de la funduplicatura, dispositivos antirreflujo.

Tabla 3. Diferencias entre la disfagia orofaríngea y esofágica.		
	Disfagia orofaríngea	Disfagia esofágica
Etiología	• Alteraciones neuromusculares.	• Alteraciones orgánicas y funcionales.
Localización	• Región cervical.	• Región esternal/cuello.
Concomitantes	• Dificultad para la masticación. • Tos. • Disartria. • Globo faríngeo. • Regurgitación nasal. • Neumonías a repetición. • Voz nasal/disfonía.	• Pirosis. • Regurgitación tardía de la alimentación. • Pérdida de peso. • Halitosis. • Anemia.

3. Disfagia funcional (DF).

Se caracteriza por la sensación de un tránsito anormal del bolo a través del cuerpo esofágico. Para realizar el diagnóstico se requiere la exclusión de lesiones estructurales como por ejemplo: enfermedad por reflujo gastroesofágico y lesiones motoras esofágicas.

Según los criterios de Roma IV, pertenece al apartado de “Patologías Funcionales Esofágicas” A3. Debe incluir lo siguiente (Drossman DA, 2016):

1. Sensación de que alimentos sólidos y/o líquidos se pegan, empozan o pasan anormalmente por el esófago.
2. Ausencia de evidencia de reflujo gastroesofágico o esofagitis eosinofílica que sea la causa de la sintomatología.
3. Ausencia de desórdenes de motilidad esofágica con base histopatológica.

Los criterios que se cumplan en los últimos tres meses con inicio de los síntomas al menos seis meses antes del diagnóstico.

¿Cómo se trata?

El objetivo del tratamiento de la DO consiste en mejorar el tránsito del bolo alimenticio y si es posible resolver la causa que lo ha originado. En su manejo es muy importante valorar el riesgo y prevenir la broncoaspiración.

Entre las posibles intervenciones están: la endoscopia terapéutica, la cirugía y las técnicas de rehabilitación de la deglución para pacientes con patología neuromuscular o causas estructurales de DO.

El tratamiento de la DE con frecuencia debe realizarse fuera del ámbito de la atención primaria mediante técnicas invasivas y quirúrgicas. En algunos pacientes puede estar indicado el uso de IBPs a dosis altas, relajantes musculares, corticoides además de los consejos higiénico-dietéticos para evitar la broncoaspiración y la impactación esofágica (Velasco M, 2007; World Gastroenterology Organisation, 2014).

Entre las medidas dietéticas (Lembo AJ, 2016; World Gastroenterology Organisation, 2014; Montoro M, 2012):

- Cambios en la textura de los alimentos: uso de espesante en la DO, y evitar la alimentación sólida y compacta en la DE.
- Cambios en el volumen de los bolos: pequeñas cantidades y con mayor frecuencia.
- Recomendaciones para prevenir la broncoaspiración: posición en sedestación o en semisedestación posterior a la alimentación, técnicas para la deglución.

Bibliografía

- Belfasky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Ann Otol Rhinnol Laryngol. 2008;117(12):919-24. PubMed [PMID: 19140539](#)
- Burgos R, Sarto B, Segurola H, Romagosa A, Puiggrós C, Vázquez C, et al. Translation and validation of the Spanish version of the EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) for the screening of dysphagia. Nutr Hosp. 2012;27(6):2048-54. PubMed [PMID: 23588456](#). [Texto completo](#)
- Cook IJ. Diagnostic Evaluation of dysphagia. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol. 2008;5(7):393-403. PubMed [PMID: 18542115](#). [Texto completo](#)
- Drossman DA, Chang L, Chey WD, Kellow J, Tack J, Whitehead WE (Eds.). Rome IV Functional Gastrointestinal Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. Rome Foundation, Raleigh, NC (2016). Disponible en: <http://theromefoundation.org/>

- Fass R. Overview of dysphagia in adults. En: Feldman M, Robson KM, editors. UpToDate, 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-dysphagia-in-adults>
- Galmiche JP, Clouse RE, Bálint A, Cook IJ, Kahrilas PJ, Paterson WG, et al. Functional esophageal disorders. Gastroenterology. 2006;130(5):1459-65. PubMed **PMID: 16678559**. [Texto completo](#)
- Holland G, Jayasekeran V, Pendleton N, Horan M, Jones M, Hamdy S. Prevalence and symptomprofiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of an elderly population: a self-reporting questionnaire survey. Dis Esophagus. 2011;24(7):476-80. PubMed **PMID: 21385285**
- Kalf JG, de Swart BJM, Bloem BR, Munneke M. Prevalence of oropharyngeal dysphagia inParkinson's disease: a meta-analysis. Parkinsonism Relat Disord. 2012;18(4):311-5. PubMed **PMID: 22137459**
- Lembo AJ. Oropharyngeal dysphagia: Clinical features, diagnosis, and management. En: Talley NJ, Deschler DG, Robson KM, editors. UpToDate, 2016. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/oropharyngeal-dysphagia-clinical-features-diagnosis-and-management>
- Lin LC, Wu SC, Chen HS, Wang TG, Chen MY. Prevalence of impaired swallowing in institutionalized older people in Taiwan. J Am Geriatr Soc. 2002;50(6):1118-23. PubMed **PMID 12110075**
- Montoro M, García Pagán JC. Problemas comunes en la práctica clínica: gastroenterología y hepatología. 2.ª ed. Madrid: Jarpay Editores, S.A.; 2012. p. 3-15.
- Ronkainen J, Agréus L. Epidemiology of reflux symptoms and GORD. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2013;27(3):325-37. PubMed **PMID 23998972**
- Ronkainen J, Talley NJ, Aro P, Storskrubb T, Johansson SE, Lind T, et al. Prevalence of oesophageal eosinophils and eosinophilic oesophagitis in adults: the population-based Kalixanda study. Gut. 2007;56(5):615-20. PubMed **PMID: 17135307**. [Texto completo](#)
- Rutegård M, Lagergren P, Nordenstedt H, Lagergren J. Oesophageal adenocarcinoma: the new epidemic in men? Maturitas. 2011;69(3):244-8. PubMed **PMID: 21602001**
- Turley R, Cohen S. Impact of voice and swallowing problems in the elderly. Otolaryngol HeadNeck Surg. 2009;140(1):33-6. PubMed **PMID: 19130958**. [Texto completo](#)
- Velasco M, Arreola V, Clavé P, Puiggrós C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Nutr Clin Med. 2007;1(3):174-202. [Texto completo](#)
- World Gastroenterology Organisation (WGO). Disfagia guías y cascadas mundiales. Actualizado Septiembre 2014. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. [Texto completo](#)
- Zhang HZ, Jin GF, Shen HB. Epidemiologic differences in esophageal cancer between Asian and Western populations. Chin J Cancer. 2012;31(6):281-6. PubMed **PMID: 22507220**. [Texto completo](#)

Más en la red

- Abdel Jalil AA, Katzka DA, Castell DO. Approach to the patient with dysphagia. Am J Med. 2015 Oct;128(10):1138.e17-23. PubMed **PMID: 26007674**
- Pracy P, Loughran S, Good J, Parmar S, Goranova R. Hypopharyngeal cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. J Laryngol Otol. 2016 May;130(S2):S104-S110. PubMed **PMID: 27841124**

Autores

- Yohaina Souki Kade Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
- Jesús E. Aular Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

Servicio de Atención Primaria de Villalba. Servizo Galego de Saúde. Lugo. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

