

CAPÍTULO IX

Disfagia

Iván Martínez, MD

*Oficina de Recursos Educativos
Federación Panamericana de Asociaciones
de Facultades (Escuelas) de Medicina
Bogotá*

Carlos Sánchez David, MD

*Profesor Asociado de Medicina Interna
Facultad de Medicina, Universidad El Bosque
Bogotá*

INTRODUCCIÓN

Disfagia es la dificultad para deglutir alimentos. Es diferente a la odinofagia, que es el dolor al deglutir. Los síntomas asociados con disfagia son comunes, especialmente en personas de edad avanzada. Aproximadamente el 7-10% de los adultos mayores de 50 años tiene disfagia. En los pacientes hospitalizados este porcentaje puede llegar a 30-40%.

La dificultad para deglutir, frecuentemente en forma de episodio agudo, pero también como síntoma crónico, trae al paciente a los servicios de urgencias. Siempre debe alertar sobre la posibilidad de un carcinoma.

EPIDEMIOLOGÍA

Las enfermedades del esófago se encuentran entre las primeras 50 causas por las cuales las personas buscan atención médica. Las entidades patológicas que causan disfagia pueden producir ruptura esofágica, deficiencias nutricionales y neumonía aspirativa. Los pacientes

de edad avanzada tienen un mayor riesgo de padecer disfagia y sus complicaciones.

FISIOPATOLOGÍA

La disfagia puede ser causada por enfermedades que impiden iniciar la deglución o por anomalías que impiden continuarla. El primer caso se conoce como disfagia orofaríngea y el segundo como disfagia esofágica.

En la disfagia orofaríngea los síntomas son el resultado de la incapacidad de paso del bolo alimenticio a través del esfínter esofágico superior al esófago. La disfagia orofaríngea es más común en los pacientes de edad avanzada. La enfermedad cerebrovascular es la causa principal.

La disfagia de origen esofágico se debe a alteraciones de la motilidad o a condiciones obstructivas del esófago. La acalasia y la esclerodermia son las causas más comunes de

alteraciones en la motilidad que producen disfagia. El carcinoma es la causa más frecuente de disfagia obstructiva: en todo caso de disfagia se debe descartar la presencia de un carcinoma del esófago.

ETIOLOGÍA

Las causas de disfagia aparecen en la siguiente tabla.

CAUSAS DE DISFAGIA	
• Mecánicas	
Intrínsecas	<ul style="list-style-type: none"> Estenosis péptica benigna Carcinoma Anillo esofágico inferior Tumor benigno Lesión por cáustico Divertículo de Zenker
Extrínsecas	<ul style="list-style-type: none"> Tumores malignos Tiroides retroesternal Compresión vascular
• Neuromusculares	
Trastornos del músculo liso	<ul style="list-style-type: none"> Acalasia Espasmo esofágico difuso Esclerodermia Enfermedad de Chagaso
Trastornos del músculo estriado	<ul style="list-style-type: none"> Acalasia cricofaríngea Polimiositismo
Trastornos neurológicos	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad desmielinizante

Tomado de: Sánchez C. Disfagia. En: **Guías para Manejo de Urgencias**. Ministerio de Salud, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina. Bogotá, 1996.

CUADRO CLÍNICO

SÍNTOMAS

Los pacientes con disfagia orofaríngea se presentan con dificultad para iniciar la deglución. Pueden tener regurgitación de alimentos por la nariz. Este tipo de disfagia está asociado con enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson y otros tipos de enfermedades neuromusculares.

Los individuos con desórdenes neuromusculares se quejan de dificultad progresiva para deglutir alimentos, tanto sólidos como líquidos. Pueden tener dolor con cada uno de los esfuerzos deglutorios. Cuando la causa es obstructiva la dificultad para pasar se presenta principalmente con alimentos sólidos.

Es muy importante preguntar por la progresión de la disfagia. La disfagia transitoria y de corta duración puede ser debida a un proceso inflamatorio. La disfagia rápidamente progresiva es sugestiva de carcinoma esofágico. La pérdida de peso tiende a ser producida más por una causa obstructiva que por una causa mecánica. Cuando la disfagia es episódica y principalmente para sólidos, con varios años de evolución es sugestiva de un proceso benigno como anillo esofágico inferior.

EXAMEN FÍSICO

Un examen físico cuidadoso puede identificar la causa de disfagia. Es necesario realizar una evaluación neurológica dirigida especialmente a los nervios craneales involucrados en la deglución. Estos son el V, VII, IX, X, XI.

La ausencia del reflejo nauseoso se asocia con un mayor riesgo de aspiración. La inspección meticulosa de la boca y de la faringe permite descubrir lesiones que pueden interferir

con el paso del alimento por la boca o el esófago por causa de dolor u obstrucción.

Pueden encontrarse masas en la glándula tiroideas que causan disfagia de origen obstructivo.

En la piel es posible encontrar signos de enfermedades del colágeno que pueden afectar el esófago como la esclerodermia.

EXÁMENES DIAGNÓSTICOS

La historia clínica y el examen físico identifican la etiología de la disfagia en la mayoría de los pacientes. En algunos casos es necesario utilizar otros medios para confirmar el diagnóstico.

NASOFARINGOSCOPIA

Es particularmente útil para evaluar pacientes con disfagia orofaríngea. Este procedimiento identifica de forma rápida masas y otras lesiones estructurales de la faringe. También examina la sensibilidad de la laringe para descartar causas neurológicas.

ESOFAGOGRAMA

Un examen con bario es el primer paso para estudiar los pacientes con disfagia, especialmente cuando se sospecha una lesión obstructiva. Identifica lesiones estructurales intrínsecas y extrínsecas del esófago. El esofograma permite observar mejor las alteraciones de la motilidad que la endoscopia. No es costoso y tiene pocas complicaciones.

ENDOSCOPIA

La endoscopia es el mejor método para evaluar la mucosa esofágica. En los pacientes que desarrollan disfagia aguda cuando están comiendo, la endoscopia puede identificar el sitio de estancamiento del alimento y removerlo.

La endoscopia tiene el beneficio adicional de detectar infección o erosión de la mucosa con la capacidad de realizar biopsias.

MANOMETRÍA

La manometría está indicada cuando no se encuentran anomalías en el esofagograma con bario o en la endoscopia. Su uso en enfermedades del esfínter esofágico superior no es efectivo, debido a que la mayoría de los pacientes no toleran el procedimiento.

OTROS ESTUDIOS

Las radiografías simples de tórax y de cuello ofrecen información limitada a menos que se encuentren anomalías estructurales evidentes. Los estudios con radionúclidos pueden usarse para evaluar el tránsito del alimento por el esófago.

CONCLUSIÓN

La presencia de disfagia indica un carcinoma de esófago hasta que se pruebe lo contrario. Requiere un endoscopia a la mayor brevedad posible.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Scolapio JS, Gostout CJ, Schroeder KW, et al. Dysphagia without endoscopically evident disease: to dilate or not? *Am J Gastroenterol* 2001; 96:327-330.
2. Colon VJ, Young MA, Ramirez FC. The short- and long-term efficacy of empirical esophageal dilation in patients with nonobstructive dysphagia: a prospective, randomized study *Am J Gastroenterol* 2000; 95:910-913.
3. Sánchez C. Disfagia. En: Guías para Manejo de Urgencias Ministerio de Salud. Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina. Bogotá, 1996.