

Disfagia

Problemas de deglución

■ JUAN JOSÉ SEBASTIÁN DOMINGO • Doctor en Medicina y Cirugía.
Especialista en Aparato Digestivo. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

El autor revisa la etiología, la clínica, el diagnóstico y el abordaje terapéutico de la disfagia, una afección que a menudo (aunque no exclusivamente) presentan los pacientes de edad avanzada, que comentan en la farmacia problemas de deglución. El farmacéutico deberá informarles de modo general sobre esta patología y remitirles a la consulta del médico.

Se analizan en este artículo los diferentes aspectos de la disfagia, tanto orofaríngea, en la que se encuentra comprometida la transferencia del bolo desde la boca al esófago, como la esofágica, que implica la alteración en el tránsito por el esófago hasta alcanzar el estómago.

QUÉ ES LA DISFAGIA

La disfagia (del griego *dys* —dificultad— y *phagein* —comer—) se define como la sensación de dificultad para deglutir. Es un síntoma que expresa la incapacidad para hacer progresar con normalidad el contenido de la boca hasta el estómago. Incluye tanto la incapacidad para iniciar la deglución, como la sensación de que el material deglutido queda retenido en el esófago.

La mayoría de los pacientes dicen que los alimentos se «atascan» o sienten que la comida «no desciende bien».



MECANISMOS CAUSANTES DE LA DISFAGIA

El mecanismo orofaríngeo de la deglución (paso del alimento desde la faringe al esófago, coincidiendo con la relajación coordinada del esfínter esofágico superior), seguido de las contracciones peristálticas del cuerpo esofágico, suele transportar el bolo alimenticio desde la boca al estómago en unos 10 segundos. Si estas contracciones ordenadas no tienen lugar o no avanzan, un bolo alimenticio ingerido puede no abandonar el esófago, con la consiguiente acumulación, distensión y malestar.

CLASIFICACIÓN DE LA DISFAGIA

De acuerdo con la fisiología de la deglución se distingue la disfagia *orofaríngea*, en la que se encuentra comprometida la transferencia del bolo desde la boca al esófago, y la disfagia *esofágica*, que implica la alteración en el tránsito por el esófago hasta alcanzar el estómago.

El primer tipo está causado por anomalías que afectan el mecanismo neuromuscular finamente ajustado de la faringe y el esfínter esofágico superior (EES); el segundo proviene de trastornos que afectan al cuerpo esofágico.

De manera general, una disfagia de instauración rápida, de corta evolución, de intensidad progresiva, presentación constante, especialmente para sólidos, que puede limitar la ingesta, con pérdida de peso y deterioro del estado general, hace pensar en una estenosis esofágica maligna. Por el contrario, una disfagia de larga evolución, intermitente o de presentación caprichosa, no progresiva, bien tolerada, que no afecta al estado general, debe hacer pensar en una causa benigna y posiblemente de carácter funcional o motor. La existencia de síntomas respiratorios (tos, crisis asmáticas, broncospasmo, etc.) desencadenados con la deglución es propia de la disfagia orofaríngea.

Disfagia orofaríngea

Es un tipo de disfagia debida a trastornos neuromusculares que afectan a la hipofaringe y al esófago superior. El paciente, a menudo, es incapaz de iniciar la deglución y debe intentarlo de forma reiterada. El bolo alimenticio no puede ser propulsado con éxito a la hipofaringe, a través del esfínter esofágico superior, hacia el esófago. El paciente percibe que el bolo no ha abandonado la orofaringe y localiza el lugar de los síntomas en la región del

Tabla I. Causas de disfagia orofaríngea

Procesos neurológicos

- Accidentes cerebrovasculares
- Esclerosis múltiple
- Esclerosis lateral amiotrófica
- Enfermedad de Parkinson
- Corea de Huntington
- Tumores del sistema nervioso
- Otras

Procesos musculares

- Miastenia grave
- Polimiositis
- Dermatomiositis
- Conectivopatías
- Otras

Procesos locales obstructivos

- Fibrosis postirradiación
- Tumores (boca, faringe, laringe, tiroides)
- Procesos inflamatorios (amigdalitis, faringitis, etc)
- Otras

Trastornos funcionales

- Alteraciones motoras del esfínter esofágico superior
- Incoordinación motora faringoesofágica
- Hipomotilidad faríngea

esófago cervical. La disfagia que tiene lugar un segundo después de la deglución indica una anomalía orofaríngea.

Tabla II. Causas de disfagia esofágica

Procesos orgánicos

- Tumores benignos y malignos del esófago
- Estenosis esofágicas (cáustica, péptica, etc.)
- Membranas esofágicas, anillo de Schatzki
- Divertículos esofágicos
- Cuerpos extraños
- Otras

Trastornos funcionales primarios

- Acalasia
- Espasmo difuso esofágico
- Esfínter esofágico inferior hipertensivo
- Otras

Trastornos funcionales secundarios

- Esclerodermia
- Lupus eritematoso
- Neuropatía diabética, alcohólica
- Distrofia muscular progresiva
- Otras

En los casos graves, el paciente no puede deglutir la saliva y presenta sialorrea (retención salival abundante en cavidad oral). Los episodios de tos durante la comida indican una aspiración traqueobronquial concomitante.

En la tabla I se refieren las causas más frecuentes de disfagia orofaríngea.

Disfagia esofágica

Diversos trastornos de la motilidad o lesiones mecánicas obstructivas pueden ocasionar disfagia esofágica (tabla II). La mayoría de los pacientes refieren dificultad para «transportar» el alimento por el esófago una vez que el bolo ha atravesado la faringe y el esfínter esofágico superior.

Los tiempos entre la deglución y la presentación de la disfagia pueden sugerir el nivel de la obstrucción en el esófago: 1-2 segundos, cuando la obstrucción se sitúa en el tercio superior; 2-4 segundos, si es en el tercio medio; y más de 4 segundos, cuando es en el tercio inferior.

Para precisar la naturaleza y el lugar de la disfagia esofágica son decisivas las respuestas a estas tres preguntas:

- ¿Qué tipo de alimento ocasiona los síntomas?
- ¿La disfagia es intermitente o progresiva?
- ¿El paciente presenta pirosis o ardor de estómago?

Los pacientes que refieren disfagia tanto para sólidos como para líquidos es probable que padezcan un trastorno de la motilidad esofágica. Tal es el caso de la acalasia o cardiospasmo, en el que el esfínter esofágico inferior (cardias) se relaja escasamente, con la consiguiente obstrucción funcional del esófago.

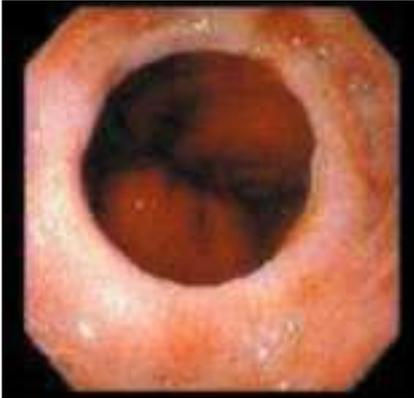
En los pacientes que refieren disfagia sólo para los alimentos sólidos y nunca para los líquidos solos hay que sospechar una obstrucción mecánica.

La disfagia episódica y no progresiva, intermitente, sin pérdida de peso, es característica de un anillo esofágico distal o anillo de Schatzki (fig. 1), que suele ser secundario a fenómenos inflamatorios, sugiriendo una forma atípica de esofagitis péptica; habitualmente coexiste con una hernia de hiato.

Si la disfagia para los alimentos sólidos es claramente progresiva habrá que pensar en una estenosis esofágica péptica (fig. 2) o en un carcinoma de esófago (fig. 3).

En un 10% de los pacientes con reflujo gastroesofágico se producen estenosis esofágicas de manera gradual. La mayoría de ellos tiene una larga historia de pirosis asociada. La

Fig. 1. Anillo esofágico inferior (anillo de Schatzki)



pérdida de peso rara vez se observa en las lesiones benignas.

Por el contrario, los pacientes con cáncer son mayores, refieren una disfagia de rápida evolución, no presentan antecedentes de pirosis, suelen estar anoréxicos y refieren una importante pérdida de peso (véase en la figura 4 el algoritmo diagnóstico que utiliza el médico especialista).

En la tabla III se resumen las características diferenciales entre la disfagia orgánica y la funcional.

¿Cómo se diagnostica el tipo y la causa de la disfagia?

Existen diversas pruebas que permiten determinar la existencia de alteraciones estructurales y/o funcionales que pueden causar disfagia.

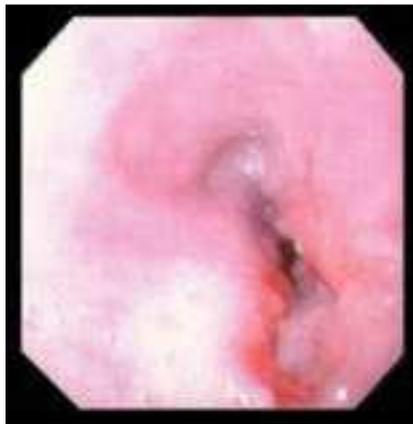
La radiología baritada esófago-gástrica es útil para identificar estenosis esofágica, alteraciones estructurales (tumores, hernia de hiato, etc), compresiones extrínsecas y acalasia (fig. 5).

En los pacientes con disfagia orofaríngea es particularmente útil la videorradiología esofágica tras ingesta de bario, que permite estudiar el mecanismo de la deglución.

Fig. 2. Estenosis esofágica (por ingesta de cáusticos)



Fig. 3. Carcinoma de esófago



La endoscopia constituye la técnica de elección para valorar las lesiones de la mucosa esofágica, con la posibilidad adicional de poder tomar muestras para biopsia y citología. A su eficacia diagnóstica se añaden las posibilidades terapéuticas que ofrece, como la dilatación de estenosis orgánicas en esófago (fig. 6), entre otras.

En los casos de disfagia relacionada con un trastorno motor, como sucede

Tabla III. Características diferenciales entre la disfagia orgánica y funcional

- Disfagia funcional**
- Localización variable
 - Presentación caprichosa
 - Intermitente, no progresiva
 - Presentación con líquidos y/o sólidos, pero con mayor frecuencia con líquidos
 - Se vence con degluciones repetitivas y/o ingiriendo líquidos
 - Escasa o nula repercusión sobre el estado general

- Disfagia orgánica**
- Localización fija
 - Presentación constante
 - Estable o progresiva
 - Presentación con líquidos y/o sólidos, pero en general mayor con sólidos
 - Dolor o malestar con la impactación del bolo. Mejoría con la regurgitación
 - Repercusión sobre el estado general

en la acalasia, la manometría esofágica es de indicación obligada (fig. 7).

Hay otras técnicas diagnósticas cuyo comentario sobrepasa el alcance de este artículo.

Fig. 4. Algoritmo diagnóstico para la evaluación sintomática del paciente con disfagia en la consulta médica

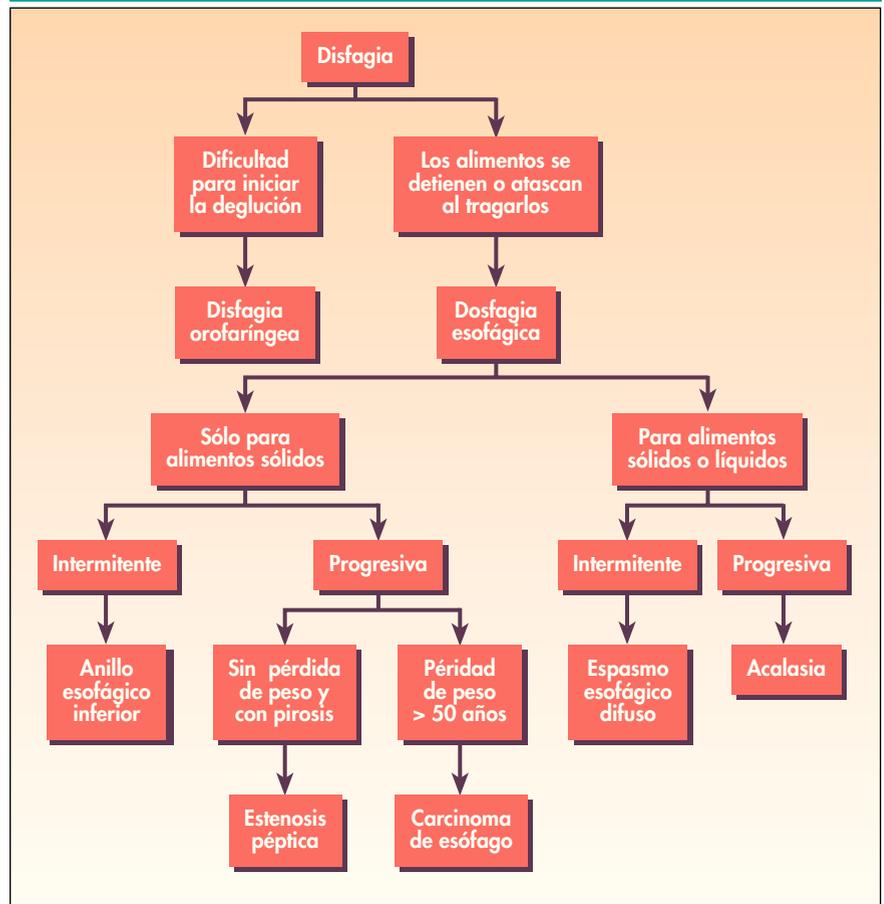


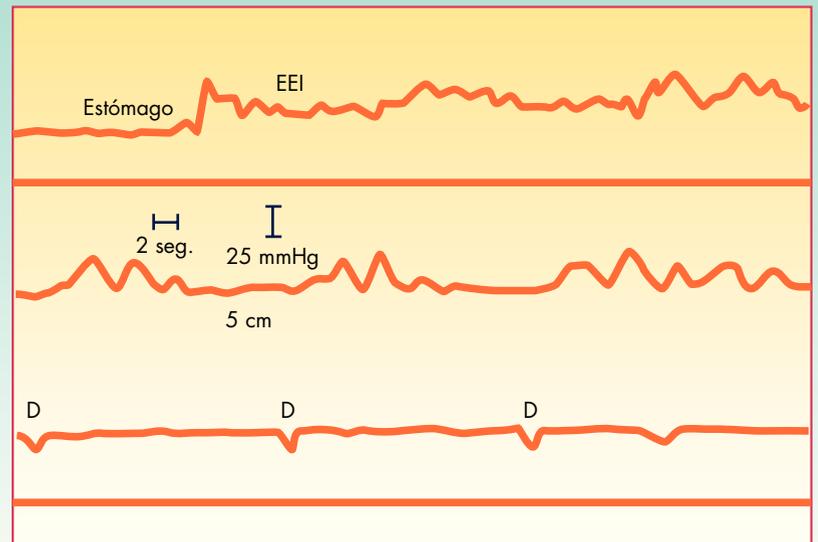
Fig. 5. Acalasia (esofagograma baritado)



Fig. 6. Dilatación hidrostática de una estenosis esofágica



Fig. 7. Trazado manométrico en un paciente con acalasia



Nota: En el trazado superior puede observarse la ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior; en el trazado medio, la respuesta anormal del cuerpo esofágico (hipo o aperistalsis).

De manera general, cuando la sospecha clínica sugiere un origen funcional de la disfagia, el esofagograma baritado suele ser la primera exploración a indicar. Si el estudio radiológico resulta normal o sugiere un trastorno motor, la siguiente exploración será la manometría esofágica.

Cuando se demuestran lesiones estructurales, debe realizarse una endoscopia para tipificar las lesiones. La endoscopia es la primera prueba a realizar cuando la sospecha clínica es de disfagia orgánica. Si la endoscopia resulta normal o se observan signos que sugieren la existencia de un trastorno motor, la siguiente prueba a practicar es la manometría esofágica.

TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA

El tratamiento de la disfagia depende del proceso que la origina. En general, la disfagia de tipo funcional o neuromuscular tiene unas posibilidades terapéuticas muy limitadas, salvo la acalasia esofágica que, por otra parte, es el trastorno más frecuente. En este caso, se recurre a la dilatación endoscópica neumática forzada de la unión esófago-gástrica o a la cardiomiectomía quirúrgica (técnica de Heller; sección quirúrgica de las fibras musculares del esfínter esofágico inferior) con buenos resultados.

En los casos de disfagia orgánica se cuenta fundamentalmente con la terapéutica endoscópica y quirúrgica. La dilatación esofágica bajo control

endoscópico obtiene muy buenos resultados en la estenosis péptica (aparece en casos de reflujo gastroesofágico crónico). Los anillos y membranas esofágicas pueden destruirse también por vía endoscópica. Las estenosis malignas por carcinoma de esófago deben tratarse quirúrgicamente cuando sea posible. La resección quirúrgica curativa es la única posibilidad de tratamiento definitivo de los tumores esofágicos pero, desgraciadamente, son muchos los casos en los que no se alcanza este objetivo. En estos casos, muchas veces hay que recurrir a medidas paliativas (radioterapia, laserterapia, prótesis esofágicas, gastrostomía, etc.). □

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Aviv JE. Prospective, randomized outcome study of endoscopy versus modified barium swallow in patients with dysphagia. *Laryngoscope* 2000; 110 (4).
- Broniatowski M. Fiberoptic endoscopic evaluation of dysphagia and videofluoroscopy. *Dysphagia* 1998; 13 (1): 22-23.
- Castell DO and Donner MW Evaluation of dysphagia: A careful history is crucial. *Dysphagia* 1987; 2: 65-71
- Ekberg O, Olsson R, Bulow M. Radiologic evaluation of dysphagia. *Abdom Imaging*. 1999; 24 (5): 444.
- Ekberg O, Olsson R. Dynamic radiology of swallowing disorders. *Endoscopy* 1997; 29(6): 439-446.
- Ponce J, Hinojosa J. Trastornos motores del esófago. En: Berenguer J (editor). *Gastroenterología y Hepatología* (2.ª ed.). Barcelona: Mosby/Doyma Libros 1995.