

Marta Ponce, Julio Ponce*

Servicio de Medicina Digestiva. Hospital Universitari La Fe. Valencia

*Unidad de Patología Digestiva. Hospital Quirón. Valencia

Introducción

El término disfagia se refiere a la dificultad para la deglución¹. Es un síndrome frecuente, cuya prevalencia aumenta con la edad, y que repercute de forma muy negativa sobre la calidad de vida. En los casos más graves puede causar deshidratación, pérdida de peso y desnutrición, así como complicaciones pulmonares por aspiración, e incluso la muerte. Con frecuencia requiere la participación de equipos médicos especializados y multidisciplinarios para su correcto diagnóstico y tratamiento. No obstante, la orientación diagnóstica realizada por el médico de familia es esencial para un manejo precoz y correcto. En este sentido, se ha indicado que la anamnesis y la exploración física permiten conocer la causa en el 80% de los casos. El esofagograma y la esofagoscopia son suficientes en muchos pacientes para confirmar la impresión clínica inicial. Sólo algunos casos requerirán pruebas diagnósticas complejas, disponibles únicamente en un ámbito especializado. Éstas incluyen estudios neurológicos, videorradiología, manometría y pHmetría esofágicas.

Fisiología de la deglución

La deglución se divide en tres fases: oral, faríngea y esofágica¹. La fase oral incluye la masticación, la formación del bolo alimenticio y su paso a la faringe. La fase faríngea consta de procesos altamente coordinados —cierre de la nasofaringe mediante el velo del paladar, elevación y cierre de la laringe, apertura del esfínter esofágico superior (EES) y contracción del músculo faríngeo— que hacen posible la incorporación del bolo al esófago a la vez que impiden su entrada en la vía respiratoria. La llegada del bolo al esófago inicia la fase esofágica, que permite la transferencia del mismo al estómago gracias a la

OBJETIVOS DE ESTE CAPÍTULO

- » Identificar adecuadamente al paciente que presenta disfagia u odinofagia.
- » Conocer los rasgos clínicos que ayudan a diferenciar disfagia orofaríngea o esofágica y las características que permiten distinguir una disfagia orgánica de otra de origen funcional.
- » Proporcionar una guía adecuada para establecer el diagnóstico etiológico, así como las bases del tratamiento.

REFERENCIAS CLAVE

1. Spechler SJ. AGA technical review on treatment of patients with dysphagia caused by benign disorders of the distal esophagus. *Gastroenterology* 1999; 117:233-254.
2. Cook IJ, Kahrilas PJ. AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterology* 1999;116: 455-478.
3. Ortiz V, Clavé P. Disfagia orofaríngea y trastornos motores esofágicos. En: Ponce J, ed. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Elsevier Doyma. Barcelona, 2011:3-17.

contracción peristáltica del esófago y la relajación coordinada del esfínter esofágico inferior (EEI).

Tipos de disfagia

Desde un punto de vista eminentemente clínico y práctico, la disfagia se clasifica en dos tipos: orofaríngea y esofágica. En ambos casos puede haber causas de naturaleza orgánica o funcional. Dada

la naturaleza de la musculatura que interviene en las fases de la deglución, cuando la disfagia tiene un origen funcional, se asume que la causa afecta al músculo estriado si se trata de una disfagia orofaríngea y al músculo liso cuando se trata de una disfagia esofágica. Las manifestaciones clínicas propias de estos dos síndromes, así como sus consecuencias y su tratamiento, tienen diferencias que justifican que deban ser consideradas por separado en la práctica clínica.

Valoración clínica inicial del paciente con disfagia

El paciente con disfagia puede solicitar atención médica a varios niveles: asistencia primaria o especializada; en régimen ambulatorio u hospitalario. En cualquier caso, la valoración inicial debe comenzar intentado responder a dos preguntas: ¿Padece el paciente realmente una disfagia?; ¿se trata de una disfagia orofaríngea o de una disfagia esofágica?

¿Padece el paciente disfagia?

Habitualmente, es fácil determinar que el motivo de consulta es la presencia de disfagia. El paciente suele describirla como dificultad para el inicio de la deglución o, lo que es más común, como sensación de parada del bolo o sensación de dificultad para el paso del mismo en algún lugar del cuello o de la región esternal. La presencia de otros síntomas relacionados, como la regurgitación o los síntomas respiratorios coincidentes con la deglución, pueden afianzar la impresión clínica, además de ayudar en el diagnóstico etiológico.

En alguna ocasión, sin embargo, el enfermo puede referir sus síntomas de forma confusa, siendo necesario un interrogatorio metódico para obtener una conclusión clara. A este respecto, el motivo de confusión más habitual es el globo faríngeo¹. Éste suele definirse como una sensación de ocupación que el paciente localiza en el cuello, de forma más o menos continua y sin relación con la deglución. De hecho, no es infrecuente que esta sensación

TABLA 1. Principales diferencias entre la disfagia orofaríngea y la esofágica

	Disfagia orofaríngea	Disfagia esofágica
Etiología	Predominan las alteraciones funcionales neuromusculares	Alteraciones orgánicas y funcionales
Manifestaciones clínicas		
• Localización	Cuello	Región esternal y/o cuello
• Acompañantes	Dificultad para la masticación Escape de comida por la boca Sialorrea Deglución fraccionada Disartria Dificultad para iniciar la deglución Deglución repetida Regurgitación nasal Regurgitación oral inmediata Aspiración: tos, asfixia Disfonía	Regurgitación tardía Dolor torácico Pirosis
Valoración riesgo deglución	Inmediata	Generalmente, no inmediata

desaparezca en el momento de la ingesta. La sensación de globo no se acompaña de un trastorno en el tránsito del bolo y su causa queda, habitualmente, desconocida, no requiriendo ningún tratamiento.

¿Es la disfagia orofaríngea o esofágica?

Las diferencias existentes en cuanto a la causa, consecuencias y manejo diagnóstico y terapéutico entre estos dos síndromes hacen necesario alcanzar una respuesta clara a esta pregunta (tabla 1). El lugar donde el paciente localiza la detención del bolo es el primer dato que se debe investigar. Como regla general debe tenerse en cuenta que la sensación de parada se localiza en el mismo nivel donde asienta la alteración causante de la disfagia o por encima de aquél. Por lo tanto, si el trastorno es referido por debajo del hueco supraesternal debe sospecharse que la disfagia es de origen esofágico. Sin embargo, si éste es referido a la altura del cuello, deben investigarse otros datos que ayuden a diferenciar ambos trastornos, ya que tanto la orofaríngea como la esofágica pueden presentar esta localización para el paciente.

La presencia o ausencia de síntomas acompañantes pueden ser de ayuda en estos casos. La disfagia oral puede ir acompañada de alteración en la formación del bolo, dificultad para iniciar la deglución, escape de comida por la boca, sialorrea, deglución fraccionada y disartria. La disfagia faríngea suele ocasionar sensación inmediata de parada del bolo, regurgitación nasal, deglución repetida, síntomas de aspiración como tos y asfixia coincidentes con la deglución y disfonía¹. Además, la identificación de enfermedades que pueden cursar con disfagia ayuda en el diagnóstico diferencial. Ejemplos típicos son la coexistencia de una enfermedad neurológica o muscular (p. ej.: enfermedad de Parkinson), que apoyaría el diagnóstico de disfagia orofaríngea, o la presencia de síntomas previos de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), que sugiere un origen esofágico de la disfagia.

Disfagia orofaríngea

Establecido el diagnóstico sindrómico de disfagia orofaríngea, la evaluación del paciente tiene por objetivos: 1) identificar la causa; 2) considerar el riesgo de aspiración; 3) valorar las alteraciones funcionales de la deglución y 4) decidir el tratamiento. En la figura 1 se esquematiza la actuación clínica en un paciente con disfagia orofaríngea.

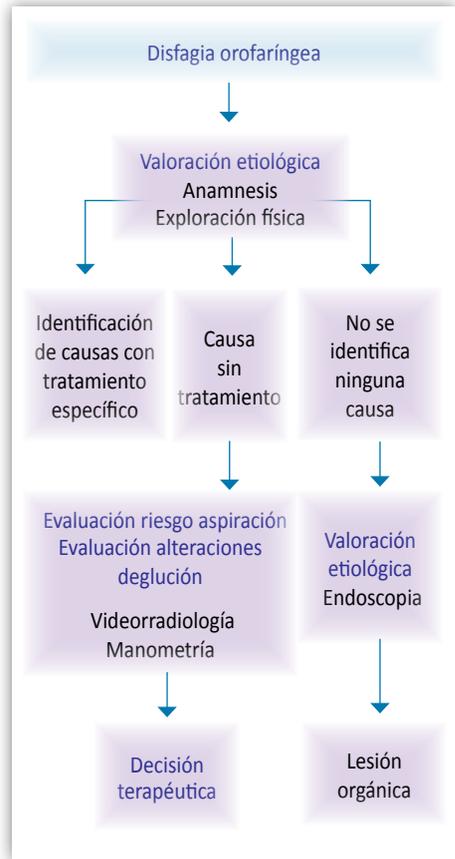


Figura 1. Algoritmo de actuación en la disfagia orofaríngea.

Buena parte de la información necesaria puede obtenerse mediante una historia clínica y una exploración física minuciosas. En muchos pacientes, sin embargo, se precisará la realización de exploraciones complementarias para completar la búsqueda etiológica y definir el tratamiento más adecuado. Entre ellas, las más habituales son la endoscopia, la videorradiografía de la deglución, la manometría esofágica y las pruebas de imagen del sistema nervioso central. El objetivo ideal de esta valoración diagnóstica y terapéutica debería ser la normalización o, al menos, una mejoría suficiente de la deglución, que permita una adecuada nutrición del paciente, evite o disminuya el riesgo de aspiración y, en definitiva, mejore la calidad de vida del enfermo, todo ello con el menor coste posible. Es necesario comprobar que, en muchos casos, estos objetivos sólo pueden obtenerse con la instauración

de una vía alternativa de nutrición, habitualmente mediante gastrostomía o alimentación por sonda; siendo la primera opción además de la más segura y efectiva², la más cómoda tanto para el paciente como para su entorno familiar.

Identificar la causa de la disfagia

Las causas más comunes de disfagia orofaríngea se refieren en la tabla 2. La importancia de su identificación viene determinada por el hecho de que para algunas existe tratamiento específico y eficaz.

ANAMNESIS

Las características evolutivas de la disfagia pueden proporcionar pistas importantes para el diagnóstico. Una disfagia de instauración brusca, a menudo asociada a otros síntomas y signos neurológicos, sugiere que la causa pueda relacionarse con un accidente vascular cerebral. En estos casos, la exploración puede revelar la existencia de hemiparesia o hemiplejía. Si la disfagia presenta una progresión rápida y se acompaña de pérdida de peso debe sospecharse una neoplasia. Si la evolución es lenta, las causas más probables son las miopatías inflamatorias y degenerativas, la miastenia grave y las enfermedades neurológicas no vasculares.

Los síntomas asociados pueden ser también de utilidad diagnóstica. Si existe temblor o ataxia sugiere que el origen del problema puede ser la enfermedad de Parkinson. Un episodio brusco de pérdida de conciencia sugiere, nuevamente, un accidente vascular cerebral o tumor cerebral, especialmente del tronco del encéfalo. Las alteraciones del tronco de encéfalo se manifiestan por náuseas, vómitos, hipo, diplopía, vértigo y acúfenos. Una alteración generalizada de la función del músculo esquelético ocurre en las miopatías y en la miastenia gravis. La disfagia puede ser la primera y, durante mucho tiempo, la única manifestación de algunas enfermedades neuromusculares, como las distrofias musculares, la miastenia gravis y las miopatías metabólicas o inflamatorias. La anamnesis puede descubrir, a su vez, la toma de fármacos que pueden facilitar la aparición de disfagia orofaríngea. Entre ellos debe citarse los anticolinérgicos, psicofármacos o algunos que causan extrapiramidalismo, incluyendo ciertos antieméticos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física, no sólo proporciona pistas útiles para el diagnóstico etiológico, sino que aporta

TABLA 2. Causas de disfagia orofaríngea

- » Enfermedades orgánicas:
 - Divertículo de Zenker.
 - Neoplasias.
 - Membranas: síndrome de Plummer-Vinson.
 - Compresión extrínseca: osteófitos, bocio, adenomegalias.
- » Yatrogenia:
 - Postquirúrgica.
 - Radiación.
 - Fármacos.
- » Enfermedades infecciosas:
 - Bacterianas.
 - Víricas.
 - Candida.
 - Sífilis.
 - Botulismo.
- » Enfermedades neurológicas:
 - Accidente vascular cerebral.
 - Enfermedad de Parkinson.
 - Traumatismo cráneoencefálico.
 - Tumor del tronco del encéfalo.
 - Demencia.
 - Esclerosis múltiple.
 - Esclerosis lateral amiotrófica.
 - Poliomielitis.
- » Enfermedades musculares:
 - Miastenia gravis.
 - Miositis.
 - Conectivopatías.
 - Distrofias musculares.
 - Síndrome paraneoplásico.
- » Enfermedades metabólicas:
 - Amiloidosis.
 - Hipertiroidismo.
 - Enfermedad de Wilson.
 - Síndrome de Cushing.
- » Alteraciones funcionales:
 - Acalasia cricofaríngea.
 - Disinergia del esfínter esofágico superior.

información general relativa a las consecuencias de la disfagia (estado de hidratación y de nutrición,



Figura 2. Esofagograma baritado que muestra la imagen de un divertículo de Zenker (imagen lateral).



Figura 3. Esofagograma baritado. Membrana esofágica superior (síndrome de Plummer-Vinson).

semiología respiratoria indicativa de complicaciones pulmonares por aspiración). Algunos datos de la exploración general pueden sugerir la existencia de hipertiroidismo, como exoftalmos, taquicardia, temblor y sudor. En la esclerodermia y otras conectivopatías, que a menudo se asocian a disfagia orofaríngea, existen alteraciones en la piel que pueden resultar diagnósticas, como eritema en alas de mariposa, púrpura, piel seca, telangiectasias o el fenómeno de Raynaud.

La exploración neurológica es muy útil desde el punto de vista etiológico y, con frecuencia, debe ser realizada por un neurólogo que pueda evaluar con mayor precisión la existencia de alguna enfermedad neuromuscular. El temblor y las alteraciones del tono muscular sugieren enfermedad de Parkinson. La ptosis palpebral y la debilidad muscular hacen pensar en miastenia gravis. La pérdida focal de fuerza muscular sugiere enfermedad vascular neurológica.

La exploración de la cabeza, de la boca y del cuello es también muy útil. Puede descubrirse una tumoración que protuye en el cuello y cuya compresión provoca regurgitación, un signo característico del divertículo de Zenker. Las cicatrices quirúrgicas, traqueostomía o la radiodermatitis en el cuello indican el tratamiento previo de una lesión orgánica, por lo común neoplásica y sugieren que su recidiva o las

secuelas relacionadas con el tratamiento pueden ser la causa de la disfagia.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Aunque la anamnesis y la exploración física permiten descifrar la causa de la disfagia en muchos pacientes, con frecuencia se necesita realizar exploraciones complementarias para alcanzar el diagnóstico etiológico.

Las pruebas de laboratorio son útiles en algunos casos. El hipertiroidismo se confirma mediante la determinación de los niveles de hormonas tiroideas. Las colagenosis producen elevación de los reactantes de fase aguda y positividad de determinados autoanticuerpos.

El esofagograma baritado puede ser útil para descubrir lesiones orgánicas muy evidentes como el divertículo de Zenker y las membranas del esófago superior típicas del síndrome de Plummer-Vinson (figuras 2 y 3). Salvo en esos casos, en general, es más útil la videorradiología de la deglución que aporta, sobre todo, información funcional.

La exploración endoscópica de la faringe, la laringe y el esófago superior es el mejor método para descubrir lesiones orgánicas que cursan con disfagia orofaríngea. Es necesario realizarla en todos los pacientes sin diagnóstico etiológico, siendo de primera elección si se sospecha una neoplasia tras la anamnesis.

Sección 1. Síntomas gastrointestinales frecuentes

La manometría esofágica³ tiene unas indicaciones muy concretas en pacientes con disfagia orofaríngea. Su principal utilidad es la valoración de la capacidad de relajación del EES, alterada en la acalasia cricofaríngea que frecuentemente acompaña al divertículo de Zenker. Con la metodología habitualmente utilizada es poco fiable para medir la capacidad contráctil de la faringe, pero sí lo es para valorar su coordinación con la relajación del EES y la capacidad contráctil del esófago superior, que puede estar alterada en las miopatías. Actualmente, el empleo de la manometría de alta resolución permite caracterizar con mayor precisión las alteraciones funcionales de la región faringoesofágica.

Evaluación del riesgo de aspiración

Éste es un aspecto importante de la valoración de la disfagia orofaríngea⁴. De la existencia de aspiración se deriva en buena manera el pronóstico del cuadro clínico, dada la posibilidad de complicaciones pulmonares, que pueden ser graves, y de muerte por asfixia. Otro factor importante para el pronóstico es la propia causa de la disfagia. Cuando existe riesgo significativo de aspiración, debe optarse por un cambio en la alimentación, bien sea por sonda o por gastrostomía.

En principio, todo paciente con disfagia orofaríngea tiene riesgo de presentar complicaciones por aspiración. Algunos síntomas sugieren o confirman su presencia. Entre ellos, la tos o sensación de asfixia durante la deglución, así como el desarrollo de broncopatía crónica, neumonía o absceso pulmonar (figuras 4 y 5). Debe tenerse en cuenta que los síntomas infravaloran la presencia de aspiración. La videorradiología es la prueba adecuada para de-



Figura 4. Esofagograma baritado. Imagen de broncograma por penetración de bario en la vía respiratoria.

mostrar la aspiración, si bien, no detecta a todos los pacientes que la padecen.

Valoración de las alteraciones funcionales de la deglución

Permite caracterizar mejor la enfermedad y establecer un pronóstico más cierto, a la vez que posibilita la toma de decisiones terapéuticas con mayor seguridad. La videorradiología es la prueba más adecuada para ello. Consiste en la grabación por video de la deglución administrando bolos de material radiopaco de diferente consistencia. Este procedimiento permite valorar: 1) la fase oral de la deglución, al analizar la masticación, la formación del bolo, la contención oral y el inicio de la deglución o transferencia del bolo hacia la faringe; 2) la fase faríngea de la deglución, analizando la progresión del bolo hacia el EES, la regurgitación nasofaríngea, la aspiración a la vía respiratoria y la existencia de residuo faríngeo tras la deglución; y 3) la apertura

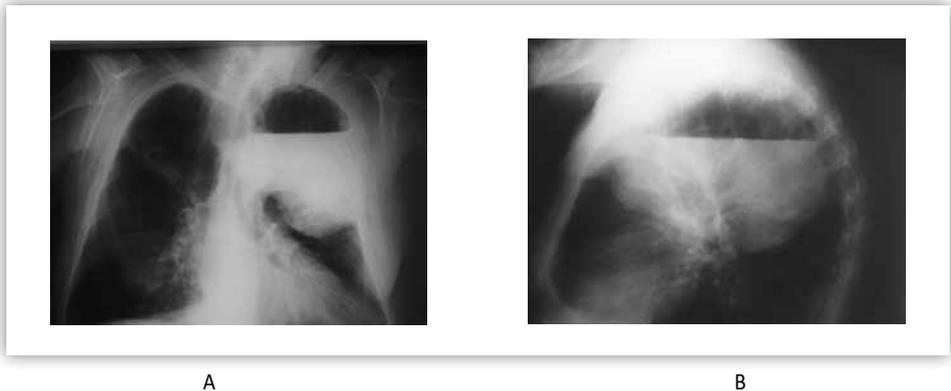


Figura 5. Rx de tórax que muestra la imagen de un absceso pulmonar con un nivel hidroaéreo, días después de un episodio de broncoaspiración. A) Proyección PA. B) Proyección lateral.

del EES, comprobando la facilidad para el paso del bolo hacia el esófago.

Decisión del tratamiento

Algunas causas de disfagia orofaríngea son susceptibles de un tratamiento que puede mejorar e incluso hacer desaparecer las alteraciones de la deglución. Entre ellas, el hipertiroidismo; las miopatías inflamatorias y las colagenosis que mejoran con corticosteroides o inmunosupresores. En la enfermedad de Parkinson existe un desbalance entre la innervación colinérgica y dopaminérgica en favor de la primera, que mejora con anticolinérgicos o dopaminérgicos. En el ictus que cursa con disfagia suele producirse una mejoría de la deglución durante las dos primeras semanas tras el episodio agudo, lo que aconseja un compás de espera antes de tomar decisiones agresivas.

Las lesiones neoplásicas pueden ser tratadas mediante resección quirúrgica, el divertículo de Zenker con diverticulotomía, diverticulopexia o miotomía del cricofaríngeo, la acalasia cricofaríngea mediante miotomía y las estenosis postquirúrgicas, postradioterapia y las membranas con dilatación endoscópica.

Cuando no se ha identificado una etiología tributaria de tratamiento específico la estrategia terapéutica se basa en la rehabilitación de la deglución, la adecuación de las características del bolo, la gastrostomía endoscópica y la miotomía del cricofaríngeo⁴. El tratamiento rehabilitador consiste en enseñar posiciones favorables para la deglución, maniobras deglutorias específicas, incrementar la sensibilidad oral, así como cambios en el volumen y consistencia del bolo. Cuando se aplica en unidades con experiencia consigue resultados muy valiosos, siendo muy relevante el beneficio que se obtiene por disminuir el riesgo de aspiración. El estudio de las alteraciones de la deglución con videorradiología ayuda a decidir la dieta y la postura más apropiadas⁵. En general son mejores las dietas de consistencia semisólida con líquidos espesados, tomadas en pequeñas cantidades. La gastrostomía endoscópica es la mejor opción cuando fracasan las medidas anteriores y existe una esperanza de vida de al menos 3 meses. La miotomía del cricofaríngeo se reserva para pacientes en los que se ha documentado resistencia al tránsito faringoesofágico, por alteración de la apertura del esfínter esofágico superior y que conservan buena propulsión orofaríngea del bolo.

Disfagia esofágica

La localización de la disfagia por debajo del hueso supraesternal, en ausencia de las manifestaciones propias de la disfagia orofaríngea, permite establecer que el paciente padece una disfagia esofágica. El primer objetivo es identificar su causa para poder indicar un tratamiento adecuado (tabla 3).

La anamnesis y la exploración física son básicas para realizar el diagnóstico sindrómico y aportan información primordial para discernir si el origen reside en una causa orgánica o funcional. Finalmente, el diagnóstico será confirmado mediante la realización de esofagograma baritado, endoscopia digestiva alta o una manometría y pHmetría esofágicas en la mayoría de los casos.

Diagnóstico sindrómico

La tabla 4 muestra las características de la disfagia que sirven de ayuda para establecer el origen orgánico o funcional, así como su naturaleza benigna o maligna.

TABLA 3. Causas de disfagia esofágica

- | |
|--|
| <p>Enfermedad de la mucosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad por reflujo gastroesofágico • Anillo esofágico inferior (anillo de Schatzki) • Esofagitis eosinofílica • Esofagitis infecciosa • Lesión por cáusticos • Esofagitis por fármacos • Lesión yatrogénica (tras escleroterapia, ligadura de varices, radiofrecuencia, etc.) • Esofagitis por radioterapia • Tumores esofágicos |
| <p>Enfermedades mediastínicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compresión vascular • Tumores: linfoma, cáncer de pulmón • Infecciones: tuberculosis |
| <p>Trastornos motores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acalasia • Espasmo difuso esofágico • Esclerodermia • Otros trastornos motores esofágicos |

TABLA 4. Diagnóstico diferencial entre los diferentes tipos de disfagia esofágica

	Funcional	Orgánica benigna	Maligna
Tipo de alimento	Sólidos o líquidos indistintamente	Primero sólidos	Primero sólidos
Localización	Variable	Fija	Fija
Presentación	Intermitente	Constante	Constante
Progresión	Muy lenta	Media	Rápida
Repercusión	Nula o escasa	Escasa	Importante

El paradigma de disfagia funcional es la acalasia esofágica, un trastorno caracterizado por la ausencia de peristaltismo primario en el esófago y la ausencia o dificultad para la relajación del esfínter esofágico inferior. Todo ello conduce a una dilatación progresiva del esófago que, en fases avanzadas, puede adquirir la morfología típica de un esófago sigmoide (figura 6). La disfagia es habitualmente paradójica, apareciendo indistintamente y de forma variable para sólidos y líquidos, pudiendo influir en ello las situaciones que provocan estrés. Su localización puede variar en un mismo paciente. Se presenta de forma intermitente, aunque en estadios avanzados la disfagia es con cada comida. En todo caso, la progresión suele ser lenta y la repercusión sobre el estado general puede ser nula o es-

casa durante años. Sin embargo, en estadios avanzados puede provocar pérdida significativa de peso.

El paradigma de la disfagia orgánica benigna es la estenosis péptica del esófago. Se trata de una disfagia lórica, que aparece primero para alimentos sólidos y sólo si persiste durante muchos meses puede aparecer para semisólidos o, rara vez, para líquidos. Su localización es fija y su presentación, constante. Progresiona en el tiempo con una velocidad intermedia y suele repercutir de forma escasa o moderada en el estado general del paciente. El carcinoma esofágico es el ejemplo más representativo de la disfagia de origen maligno. Aparece primero para sólidos y rápidamente también para alimentos semisólidos e incluso líquidos. Su localización es fija y su presentación constante. Se agrava rápidamente

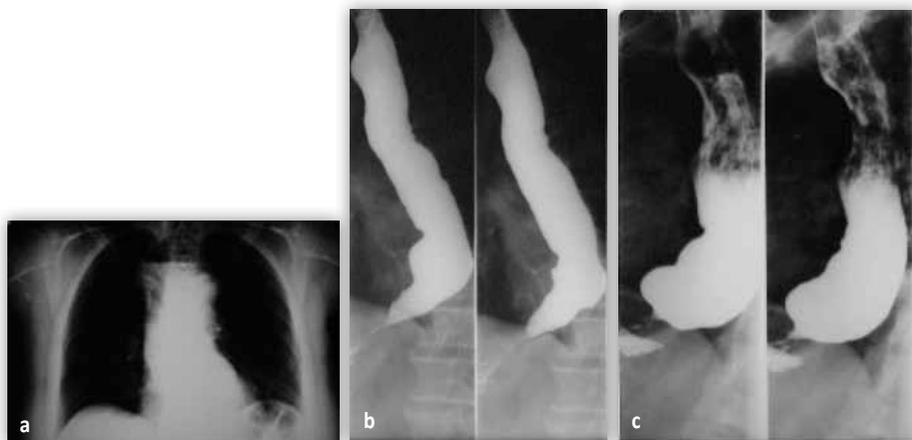


Figura 6. La acalasia es un trastorno motor primario del esófago consistente en una ausencia de relajación del EEI y una ausencia del peristaltismo primario del esófago que conduce a una dilatación progresiva del esófago.

- Radiografía simple de tórax. Se observa un ensanchamiento del mediastino con un nivel en el mediastino superior debido a la presencia de un megaesófago secundario a acalasia esofágica.
- Esofagograma baritado. Dilatación esofágica moderada en un paciente con acalasia en sus estadios iniciales.
- Esofagograma baritado. Megaesófago en un paciente con acalasia en una fase avanzada.

y repercute significativamente en el estado general del paciente, provocando una pérdida de peso importante.

Además de estos ejemplos típicos de disfagia esofágica, existen otras formas agudas o crónicas con características peculiares. La disfagia vascular o disfagia lusoria, provocada por alteraciones cardiovascularmente como el aneurisma ventricular o aórtico o malformaciones vasculares, es constante y fija, aunque no progresa y no repercute en el estado general. Los anillos esofágicos y, en menor medida, la hernia hiatal provocan episodios repetidos de impactación de alimentos sólidos que, en ocasiones, requieren su extracción endoscópica. La esofagitis eosinofílica también puede cursar con episodios de impactación alimentaria que requieren, en ocasiones, la extracción endoscópica⁵. Otros tipos de esofagitis (infecciosa, por fármacos, por cáusticos) y los cuerpos extraños provocan disfagia de instauración brusca y evolución aguda, generalmente acompañada de odinofagia.

La exploración física permite verificar la repercusión de la disfagia en el estado general del paciente, lo que puede ser de ayuda en el diagnóstico sintomático.

Diagnóstico etiológico

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Durante la valoración clínica inicial es posible obtener información que permita una aproximación al diagnóstico etiológico, aunque con frecuencia se deberá recurrir a pruebas diagnósticas confirmatorias. La presencia de pirosis y regurgitación ácida previas o simultáneas con la disfagia sugieren que la ERGE es la causa de la misma. La disfagia puede estar causada por alteraciones motoras secundarias al reflujo, por la existencia de esofagitis o por la presencia de estenosis péptica. Los antecedentes familiares o personales de neoplasia y los hábitos tóxicos como el tabaco y el alcohol incrementan el riesgo de carcinoma esofágico. El tratamiento previo de un carcinoma esofágico debe hacer sospechar recidiva tumoral, estenosis postquirúrgica o lesión por radioterapia.

Debe investigarse la toma de cáusticos, fármacos y la ingestión de un cuerpo extraño, especialmente en niños y enfermos psiquiátricos y cuando la disfagia es de aparición brusca. En pacientes jóvenes con antecedentes de patología alérgica y episodios de impactación alimentaria o aquellos con sín-

tomias de ERGE que no responden al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones se debe valorar la presencia de una esofagitis eosinofílica mientras que en los pacientes inmunodeprimidos debe considerarse la posibilidad de una esofagitis infecciosa (véase capítulo 12). Finalmente, el conocimiento o la sospecha de la existencia de una conectivopatía puede sugerir que ésta es la causa debido a una alteración motora o a la existencia de reflujo gastroesofágico concomitante. La diabetes mellitus provoca con frecuencia alteraciones motoras del músculo liso esofágico, que ocasionalmente pueden provocar disfagia.

ESTUDIOS RADIOLÓGICOS

El esofagograma baritado proporciona, en general, información complementaria a la que puede obtenerse con la endoscopia. De hecho, es más útil que la endoscopia para valorar estenosis esofágicas con un diámetro superior a 10 mm (figura 7) y en algunos pacientes con acalasia en quienes la endoscopia puede ser normal. Además permite obtener información útil respecto al calibre y longitud de las estenosis identificadas en la endoscopia, así como valorar la presencia de una fístula esofágica. Igualmente posibilita el descubrimiento de una compresión extrínseca. La videorradiología de la deglución tiene poco rendimiento en la disfagia esofágica. Finalmente, en algunos pacientes pueden ser de utilidad tanto la radiografía simple de tórax como la tomografía axial computarizada.

ENDOSCOPIA

Es la prueba más útil para evaluar la mucosa esofágica, permitiendo un diagnóstico preciso de las lesiones benignas y malignas (figuras 8 y 9). Permite tomar muestras para citología, cultivo y estudio anatomopatológico, necesarias para el diagnóstico de esofagitis infecciosa, eosinofílica y neoplasias. Además posibilita la dilatación para el tratamiento de las estenosis benignas y de la acalasia, la colocación de prótesis para el tratamiento de neoplasias y determinadas estenosis benignas y la extracción de cuerpos extraños impactados en el esófago.

El desarrollo de nuevas técnicas y tecnologías endoscópicas (cromoendoscopia óptica y electrónica, endomicroscopia confocal, autofluorescencia), así como el uso cada vez más extendido de endoscopios de magnificación y alta definición ha supuesto un avance en el diagnóstico y caracterización de la mucosa esofágica y sus lesiones; así como facilitar la toma de biopsias dirigidas. Por el contrario, la



Figura 7. El esofagograma es una técnica que posee mayor sensibilidad que la endoscopia en la detección de la estenosis. Obsérvese la diferencia entre una estenosis péptica, secuela de la reparación cicatricial de una lesión benigna relacionada con el reflujo gastroesofágico, de contornos lisos, regulares y uniformes (a) y la estenosis abrupta, anfractuosa e irregular producida por un carcinoma del esófago (b y c).



Figura 8. Esofagoscopia. Esofagitis péptica. Puede observarse la presencia de mucosa ulcerada, como consecuencia del efecto lesivo de la secreción clorhidropéptica en un caso de enfermedad por reflujo.



Figura 9. Esofagoscopia. Imagen vegetante que protruye sobre la luz del esófago, correspondiente a un adenocarcinoma del esófago.

cápsula endoscópica de esófago no tiene papel en la actualidad en el estudio de la disfagia, estando contraindicada ante la sospecha de estenosis esofágica⁶.

MANOMETRÍA Y PHMETRÍA ESOFÁGICAS

La principal indicación de la manometría es la confirmación del diagnóstico de dismotilidad esofágica³ siendo la acalasia el paradigma (figura 10). La pHmetría esofágica ambulatoria de 24 horas es,

junto con la endoscopia, la prueba más sensible para el diagnóstico de la ERGE (figura 11). Su máximo rendimiento diagnóstico viene dado cuando la endoscopia es normal (ausencia de esofagitis) y en pacientes con síntomas atípicos de reflujo gastroesofágico (síntomas laríngeos, dolor torácico o asma de origen no aclarado).

En los últimos años se han producido avances en las pruebas de evaluación de la función motora esofá-

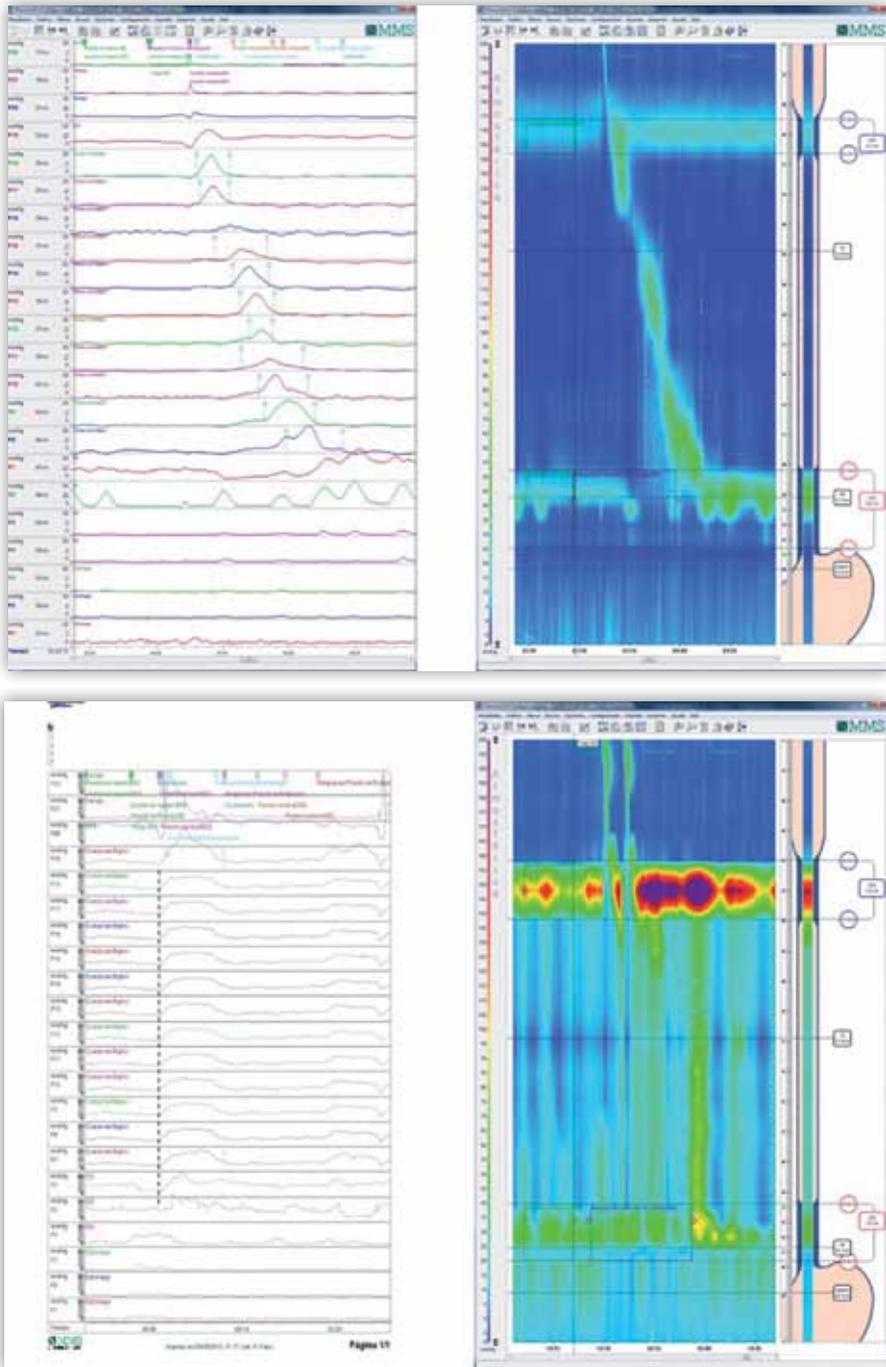


Figura 10. Manometría esofágica de alta resolución. a) Normal: trazado de presión (izda.) y una imagen topográfica (dcha.) en los que se registra esfínter esofágico superior e inferior normales y cuerpo esofágico con una onda primaria de características normales. b) Trazado de presión y una imagen topográfica obtenidos en un paciente con acalasia esofágica. Se registran varias ondas terciarias y ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior (izda.) y una imagen topográfica (dcha.) de un paciente con acalasia esofágica.

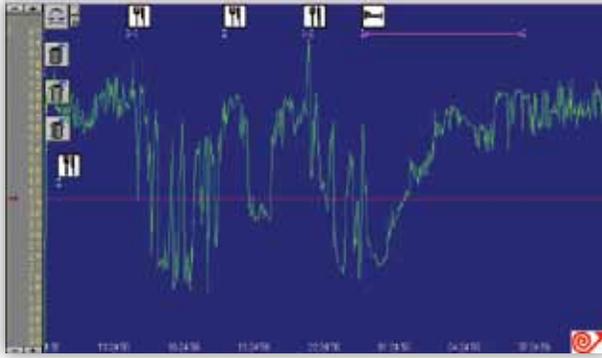


Figura 11. pHmetría esofágica ambulatoria. La línea roja marca el valor de pH 4. Se observa reflujo gastroesofágico anormal en bipedestación y en decúbito.

gica con aparición de nuevas tecnologías como la impedancia y mejora de otras ya existentes, como la manometría de alta resolución^{7,8}. La impedancia evita la radiación en la evaluación del tránsito del bolo mediante monitorización intraluminal de la resistencia y proporciona evidencia cualitativa del vaciamiento esofágico. Por otro lado, el desarrollo de la manometría de alta resolución ha permitido un mejor conocimiento de la fisiopatología esofágica lo que se ha traducido en una nueva clasificación de los trastornos motores esofágicos, la denominada clasificación de Chicago⁹.

Utilización racional de las pruebas diagnósticas

Las pruebas descritas se emplean a menudo en el diagnóstico de pacientes con disfagia esofágica. Las figuras 12 y 13 muestran en forma de algoritmo el orden en que deben ser utilizadas en función de la sospecha clínica inicial (disfagia funcional u orgánica). Si la sospecha inicial es disfagia funcional, la primera exploración a realizar es un esofagograma. Si éste permite objetivar alteraciones compatibles con una lesión orgánica debe realizarse una endoscopia; y si se observan cambios sugerentes de una compresión extrínseca debe practicarse una radiografía de tórax o una tomografía computarizada. Cuando el esofagograma es normal o muestra alteraciones sugerentes de un trastorno motor esofágico debe indicarse una manometría esofágica. Ésta puede informar patrón de acalasia, en cuyo caso debe realizarse endoscopia para excluir cualquier indicio de malignidad. Si la manometría muestra otros patrones de alteración motora, (espasmo difuso esofágico, peristalsis sintomática o trastornos motores inespecíficos), debería realizarse pHmetría ambulatoria de 24 horas para descartar la implica-

ción de la ERGE. Cuando la manometría es normal puede ser necesario realizar endoscopia o pHmetría según la evolución y características clínicas del paciente.

Si la sospecha clínica es de disfagia orgánica el estudio debe iniciarse con una endoscopia. Cuando ésta confirma la existencia de una lesión orgánica, la mayoría de las veces debe ser biopsiada para conocer su naturaleza. Si se observa una lesión submucosa, la toma de biopsias endoscópicas no suele ser útil para obtener tejido de la lesión, debiendo realizar ecoendoscopia o tomografía computarizada. No hay que olvidar que en la esofagitis eosinofílica, la endoscopia puede ser aparentemente normal (aunque con frecuencia se identifican anillos circulares que confieren al esófago un aspecto similar al de la tráquea), por lo que para su diagnóstico se requiere un alto índice de sospecha clínica y la toma de biopsias a varios niveles. Cuando la exploración endoscópica es normal o muestra alteraciones sugerentes de trastorno motor, el esofagograma puede aportar información adicional con utilidad clínica, aunque generalmente deberá ser complementado con la manometría para evaluar la actividad motora del esófago. El esofagograma puede sugerir la existencia de una compresión esofágica extrínseca. Su naturaleza debe ser evaluada mediante una radiografía simple de tórax y una tomografía computarizada, si se considera necesario.

Decisión de tratamiento

En primer lugar hay que garantizar una nutrición adecuada sin riesgo de complicaciones, en particular la aspiración pulmonar y la impactación esofágica. Para ello, en ocasiones sólo es necesario suprimir la ingesta de alimentos sólidos o compactos. En casos extremos es imperativo anular todo tipo de

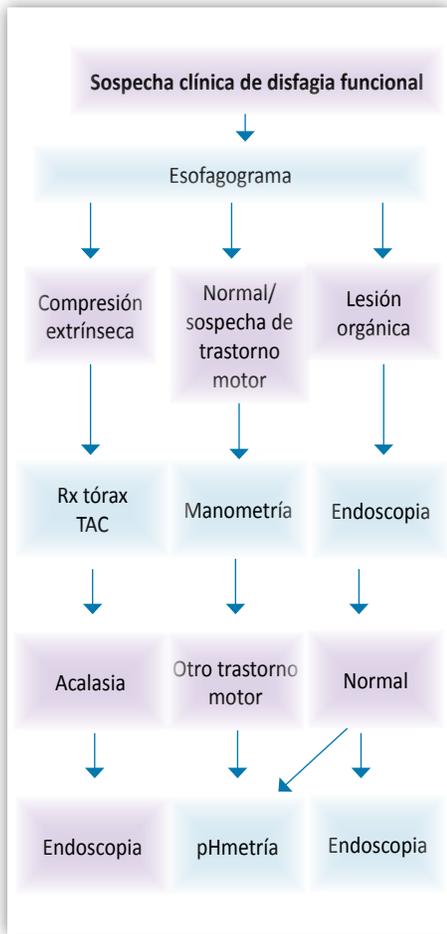


Figura 12. Algoritmo de actuación ante la disfagia de posible origen funcional.

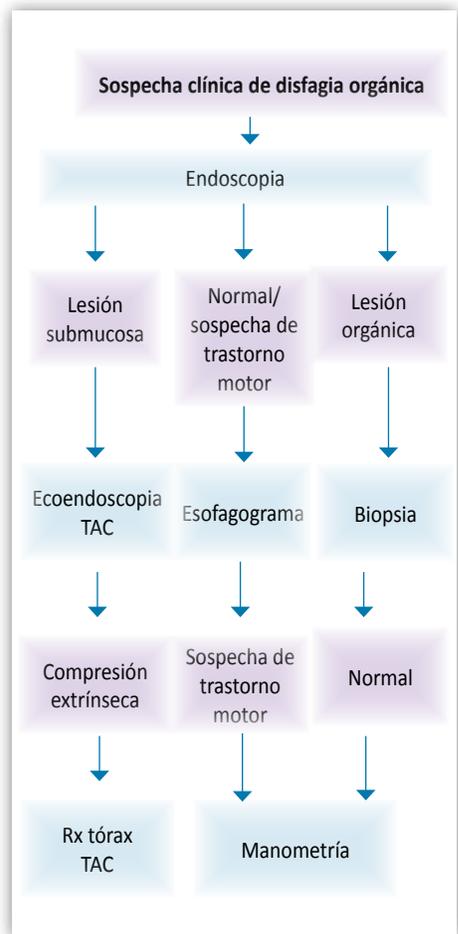


Figura 13. Utilización racional de pruebas diagnósticas en la disfagia de posible causa orgánica.

ingesta e indicar nutrición artificial en tanto se arbitran medidas específicas para resolver el cuadro clínico, bien mediante la aplicación de un tratamiento efectivo, bien por la instauración de medidas terapéuticas paliativas.

En ocasiones, la disfagia tiene una etiología para la que existe tratamiento específico y eficaz¹⁰. Es el caso de la estenosis péptica (dilataciones y tratamiento antirreflujo), la acalasia (dilatación forzada del cardias, cardiomiectomía), la esofagitis infecciosa (antimicrobianos según el agente causal), esofagitis eosinofílica (corticoides), etc. En otros casos sólo es posible un tratamiento paliativo que permita la nutrición del paciente; ejemplos típicos son: el

tratamiento dilatador de la estenosis por cáusticos, la aplicación de prótesis en tumores esofágicos o la propia gastrostomía endoscópica.

Odinofagia

La odinofagia se define como dolor durante la deglución. Oscila desde dolor leve retroesternal durante la deglución hasta dolor de intensidad extrema, referido como una puñalada que irradia hacia la espalda impidiendo la deglución de la propia saliva. Suele reflejar la presencia de una lesión esofágica ya sea por infiltración neoplásica, inflamación o ulceración; sin embargo, al igual que ocurre con la disfagia, puede ser secundaria a lesiones orofa-

ríngeas. La etiología de la odinofagia es variable ocupando un papel importante las causas infecciosas. El lector puede ampliar información sobre este tópico en el capítulo 12.

Bibliografía

1. Cook IJ, Kahrilas PJ. AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterology* 1999;116:455-78.
2. Gomes CA Jr, Lustosa SA, Matos D, Andriolo RBm, Waisberg DR, Waisberg J. Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for adults with swallowing disturbances. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;Nov 10;11:CD008096.
3. Pandolfino JE, Kahrilas PJ. AGA Technical review on clinical use of esophageal manometry. 2005;128:209-24.
4. Ortiz V, Clavé P. Disfagia orofaríngea y trastornos motores esofágicos. En: Ponce J, ed. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Elsevier Doyma. Barcelona, 2011:3-17.
5. Prasad GA, Talley NJ, Romero Y, Arora AS, Kryzer LA, Smyrk TC, Alexander JA. Prevalence and predictive factors of eosinophilic esophagitis in patients presenting with dysphagia: a prospective study. *Am J Gastroenterol* 2007;102:2627-32.
6. Waterman M, Gralnek IM. Capsule endoscopy of esophagus. *J Clin Gastroenterol* 2009;43:605-12.
7. Kahrilas PJ, Sifrim D. High-resolution manometry and impedance-pH/manometry: valuable tools in clinical and investigational esophagology. *Gastroenterology* 2008;135:756-69.
8. Wilson JA, Mainie I, Tutian R, Agrawal A, Castell DO. Multichannel intraluminal and esophageal manometry data for unrestricted swallowing: establishing normal values. *Dis Esophagus* 2008;21:51-6.
9. Kahrilas PJ, Ghosh SK, Pandolfino JE. Esophageal motility disorders in terms of pressure topography: the Chicago classification. *J Clin Gastroenterol* 2008;42:627-35.
10. Spechler SJ. American Gastroenterological Association medical position statement on treatment of patients with dysphagia caused by benign disorders of the distal esophagus. *Gastroenterology* 1999;117:229-33.