

# Capítulo 13

## Valoración y manejo clínico del paciente con disfagia

J. Horna-Castiñeiras<sup>a</sup>, E. Fernández-Bermejo<sup>b</sup> y E. Raboso García-Baquero<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de ORL. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

<sup>b</sup>Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

### Puntos clave

- La disfagia es un síntoma transmitido por el paciente como la dificultad para el paso del alimento sólido y/o líquido desde la cavidad oral hasta el estómago.
- La importancia en el manejo de la disfagia se basa en asegurar la hidratación y la nutrición del paciente evitando el riesgo de aspiración.
- El paciente con disfagia plantea la necesidad de un enfoque y manejo rehabilitador, especialmente cuando por sí mismo no puede optimizar la función.
- En la disfagia, la consulta al especialista de aparato digestivo es obligada debido a la coexistencia de alteraciones orofaríngeas y esofágicas.
- El 80% de las disfgias es de origen neuromuscular.
- La instauración aguda de la disfagia se asocia a cuadros infecciosos, y la disfagia crónica progresiva con/sin síndrome constitucional y/o dolor local u otalgia a cuadros de etiología tumoral.
- La disfagia para sólidos y nunca para líquidos sugiere una obstrucción mecánica.
- El 50% de los pacientes que sufren una enfermedad por reflujo gastroesofágico presentan disfagia.
- Las indicaciones y el tratamiento específico se establecerán en función de la enfermedad de base.

**Palabras clave:** Disfagia • Deglución • Tos • Neumonía espirativa • Técnicas diagnósticas • Fibroscopia • Radiología • Manometría • Nutrición • Rehabilitación • Terapia de la deglución • Logopedia • Fisioterapia.

En este capítulo se actualiza la toma de decisiones ante un problema que es considerado por las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas dentro del capítulo de temas controvertidos.

El interés actual clínico y de investigación se centra en el desarrollo de técnicas objetivas de las múltiples alteraciones funcionales de la deglución, que pueden coexistir, y su significación, clínica diagnóstica y terapéutica.

El término “disfagia” se refiere a un síntoma transmitido por el paciente como dificultad para el paso del alimento sólido y/o líquido desde la cavidad oral hasta el estómago. Las alteraciones del funcionamiento del mecanismo de la deglución y/o la enfermedad estructural subyacente requieren una aproximación diagnóstica y un manejo terapéutico específico.

La disfagia se diferencia de otros síntomas, como los siguientes:

- Odinofagia: sensación de dolor durante la deglución.
- Globo faríngeo: sensación de nudo en la garganta, generalmente no relacionado con la ingesta, que no impide la deglución ni se asocia a disfagia.
- Sensación de ahogo u opresión retrosternal.
- Fagofobia: rechazo a deglutir alimentos.
- Xerostomía: boca seca.

En la atención del paciente con disfagia el médico de atención primaria puede beneficiarse de la perspectiva que aportamos como introducción a este capítulo:

1. Aproximación diagnóstica etiológica en la disfagia no asociada a enfermedad conocida. Son trascendentales la precocidad en el diagnóstico de la enfermedad tumoral y la toma de decisiones sobre la seguridad de la vía aérea.

2. Valoración de la disfagia asociada a una enfermedad conocida. La disfagia puede ser referida por el paciente como tal o sospechada ante signos directos o indirectos (véase tabla de síntomas) de una alteración en el mecanismo de la deglución o sus complicaciones, especialmente respiratorias y/o desnutrición.

3. La importancia del manejo de los trastornos de la deglución se basa en dos aspectos fundamentales:

*a.* Seguridad de la deglución. Implica la valoración del riesgo de aspiración, toma de decisiones sobre el uso de estrategias compensadoras y otras técnicas de terapia rehabilitadora de la deglución, optar por una vía de nutrición diferente a la oral y/o medidas de protección de la vía aérea, como la traqueotomía o la laringectomía.

*b.* Eficiencia de la deglución. Asegurar la hidratación y la nutrición exige definir cómo aportar los líquidos, valorar el estado nutricional, elegir la vía de alimentación e indicar el tipo de nutrición, según el tipo de enfermedad y del paciente. La desnutrición en el paciente neurológico repercute directamente en la fisiología muscular y en la actividad funcional.

4. Pacientes con traqueotomía sin laringectomía. La indicación de traqueotomía, su carácter permanente o no, la decisión de cierre o mantenimiento de la traqueotomía, la evolución en el caso de enfermedades no progresivas, su cuidado y su posible interferencia sobre la deglución exigen un análisis a menudo transdisciplinario especializado y debería contar siempre con una atención de seguimiento y soporte en los cuidados y referencias al nivel de atención primaria.

5. En cuanto al manejo de la disfagia podemos diferenciar desde el punto de vista clínico práctico tres grandes apartados:

*a.* El paciente con disfagia orofaríngea de causa no conocida. Nos referimos en este capítulo específicamente al paciente con disfagia de reciente comienzo referido a la consulta de otorrinolaringología (ORL) para su diagnóstico.

*b.* El paciente con disfagia orofaríngea de causa conocida. Se enumeran a continuación las situaciones más frecuentes en la práctica clínica:

– El paciente con una enfermedad neurológica con diferentes déficit motores y perceptivos, y especialmente con dificultades en la comunicación y en desarrollar espontáneamente estrategias compensadoras aceptables en términos de seguridad y eficiencia. El curso clínico, la evolución o no de la enfermedad, su posible control farmacológico van a trascender el manejo de la disfagia. Su prototipo son la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), la esclerosis múltiple, las enfermedades neuromusculares, la enfermedad de Parkinson,

la demencia y el paciente con lesión neurológica central adquirida no evolutiva, cuyo referente de daño focal es el ictus y el de daño difuso el traumatismo craneoencefálico.

– El paciente con una lesión estructural orofaríngea conocida, especialmente tumoral con la implicación sobre la deglución de la radioterapia y/o cirugía.

– El paciente con una enfermedad digestiva o sistémica conocidas.

– El paciente anciano, sin enfermedad subyacente conocida.

– El paciente sometido a intubación oro-traqueal prolongada.

– El paciente con disfagia subesternal.

6. La organización del manejo de la disfagia se ajusta al modelo de organización médica transdisciplinaria.

7. El déficit, la discapacidad y las dificultades de inserción social constituyen por definición el objeto específico de la rehabilitación como especialidad médica. El paciente con disfagia plantea la necesidad de un enfoque y manejo rehabilitador, especialmente cuando por sí mismo no puede optimizar la función, el nivel de entrenamiento muscular, desarrollar estrategias compensadoras y/o presenta dificultades en el proceso de adaptación a la discapacidad o dependencia, constatado en las últimas décadas especialmente en los pacientes con disfagia asociada a una enfermedad neurológica conocida, extensivo a otras enfermedades.

## Fisiopatología de la deglución

La deglución es un proceso complejo que se divide en fase preparatoria, fase oral, fase faríngea y fase esofágica (tabla 1).

El proceso de la deglución se inicia con un control voluntario del funcionamiento cognitivo y conductual, seguido de una actividad refleja –el reflejo deglutorio– con un centro en el bulbo raquídeo reconocido como centro de la deglución, y finaliza con una fase esofágica en la porción media y distal del esófago, mediada por un reflejo peristáltico fundamentalmente autónomo, coordinado por el sistema nervioso entérico situado en la pared del esófago. En el proceso de la deglución están implicados 26 músculos y 5 pares craneales.

La clasificación anatómica del problema es de uso generalizado por su utilidad clínica:

1. Disfagia orofaríngea: incluye la cavidad oral, la faringe y el esfínter esofágico superior (EES).

2. Disfagia esofágica: incluye el cuerpo del esófago y el esfínter esofágico inferior.

La incertidumbre en la toma de decisiones concierne habitualmente a los trastornos de la deglución en la disfagia orofaríngea, que ocupa la mayoría de los capítulos publicados en

torno al manejo no farmacológico. Nosotros incluimos ambas formas de disfagia, orofaríngea y esofágica, porque a menudo coexisten alteraciones a diferentes niveles, para facilitar una comprensión no fragmentada del paciente, por lo que es obligada la consulta al especialista de aparato digestivo siguiendo las guías de práctica clínica correspondientes.

Las alteraciones orofaríngeas del mecanismo de la deglución pueden clasificarse como predeglutorias, deglutorias y posdeglutorias, según su relación cronológica con el inicio y el final del reflejo deglutorio; su correspondencia con las fases de la deglución se muestra en la tabla 1. Describimos a continuación las 4 fases de la deglución:

## Fase oral preparatoria

Consiste en el proceso cognitivo que desencadena la salivación previa a la ingesta. Esta fase puede encontrarse alterada en pacientes con déficit cognitivo y/o sensoriales, los casos más frecuentes los observamos en pacientes con demencia: el paciente no reconoce el acto de comer.

## Fase oral voluntaria

Se inicia con la entrada del alimento en la cavidad oral, comprende el cierre labial, la masticación, la formación del bolo en localización medial infralingual o supralingual –manteniendo la cavidad oral ocluida por la parte posterior

**TABLA 1. Etapas de la deglución por fases**

Aspectos de interés clínico	Fases: disfagia orofaríngea y esofágica	Fases: disfagia orofaríngea
Acontecimientos reflejos y/o automáticos con desencadenantes cognitivos de reconocimiento y capacidad de aceptación o rechazo de la comida (información adquirida, recuerdos y asociaciones visuales, de olor y/o de gusto) que pueden desencadenar reflejamente salivación y voluntariamente la apertura labial	Fase preoral	Fase preparatoria
El alimento ingresa en la cavidad oral Masticación y formación del bolo La lengua se eleva y propela el bolo hacia la faringe. La propulsión es un acto voluntario dentro de la fase oral	Fase oral	Fase predeglutoria 
El bolo pasa a la faringe y se desencadena el reflejo deglutorio Se inicia la fase faríngea al pasar el bolo de la cavidad oral a la cavidad faríngea. El desencadenamiento del reflejo deglutorio se sigue de una serie de acontecimientos reflejos complejos en torno al inicio de la aducción de las cuerdas vocales hasta su cierre completo y el paso del bolo al esófago	Fase faríngea	Fase deglutoria  
El paladar blando se eleva para sellar la nasofaringe La laringe y el hueso hioides se desplazan hacia delante y arriba. El mantenimiento de dicha elevación puede realizarse de forma voluntaria La epiglotis se mueve hacia atrás y abajo para cerrarse Se interrumpe la respiración Se acorta la faringe Se relaja el esfínter esofágico superior. La pulsión lingual contribuye al aclaramiento de la faringe		
El bolo pasa al esófago Se inicia la fase esofágica al pasar el bolo de la faringe al esófago El esófago se contrae secuencialmente Se relaja el esfínter esofágico inferior El bolo llega al estómago	Fase esofágica	Fase posdeglutoria Se reanuda la respiración con la apertura de las cuerdas vocales

de la lengua— y la propulsión del bolo alimentario por la lengua hasta la faringe. Finaliza cuando el bolo atraviesa el borde posterior del paladar blando (con una variabilidad en la localización dentro de la normalidad) pasando a la faringe, momento en que, en situación de normalidad, se desencadena el reflejo deglutorio con un tiempo de aparición normal menor o igual a 3 s, que cuando es superior a 10 s incrementa el riesgo de aspiración.

Con la colocación del bolo en la faringe se inicia la siguiente fase del proceso de la deglución, llamada fase deglutoria, que incluye los acontecimientos que componen el reflejo deglutorio. El desencadenamiento del reflejo deglutorio es un acto voluntario, a partir del cual la actividad deglutoria pasa a ser refleja. La ausencia de capacidad de volición conlleva un riesgo reconocido de aspiración que en pacientes con bajo nivel de conciencia conlleva la contraindicación absoluta de alimentación por vía oral.

### Fase faríngea

El bolo alimentario es impelido desde la faringe hasta atravesar el EES. El reflejo deglutorio —con una complejidad de eferencias no delimitada— incluye una serie de actividades coordinadas que acompañan el cierre de las cuerdas vocales y el paso del bolo alimenticio a través del EES. La secuencia de acontecimientos se recoge en la figura 1. La duración normal del reflejo deglutorio es de 1 s. La relación temporal entre el cierre glótico y la señal del inicio de la deglución como el movimiento del hioides, el movimiento de la base de la lengua y la actividad electromiográfica del milohioides, así como su relación con la peristalsis faríngea, la elevación laríngea, el cierre del vestíbulo laríngeo y el tránsito orofaríngeo del bolo alimenticio, han sido estudiados sincronizando la videolaringscopia transnasal, la manometría faríngea intraluminal y la electromiografía submentoniana con electrodos de superficie (Shaker, 1990). La aducción de las cuerdas vocales inducida por el inicio del reflejo deglutorio precedía al inicio del movimiento del hioides, de la base de la lengua y a la actividad electromiográfica de los músculos submentonianos; también precedía al inicio de peristalsis nasofaríngea y su propagación a la orofaringe y el EES. El tiempo desde el inicio de la aducción de las cuerdas vocales y su completa apertura fue de  $2,2 \pm 0,09$  s.

La pulsión lingual y la epiglotis que realiza un movimiento de retroflexión generan el mecanismo que más presión ejerce para el correcto aclaramiento faríngeo, y no quedan residuos faríngeos si no hay un trastorno de la motilidad faríngea ni una obstrucción o un déficit de relajación del EES.

Las cuerdas vocales verdaderas se cierran, así como las bandas ventriculares, y hay una contracción de un nivel de los repliegues aritenoepiglóticos que traccionan la epiglotis protegiendo la vía respiratoria. La laringe se eleva rápidamente y después se desplaza hacia delante, por la contracción de la musculatura prelaríngea. Durante esta acción, se

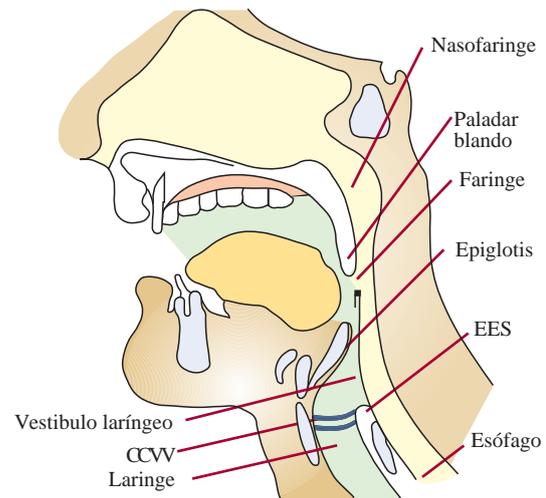


Figura 1. Fase faríngea de la deglución.

traccionan las fibras del EES para abrirlo. La apertura del EES es un proceso con un componente activo; la maniobra de Mendelsohn, diseñada para facilitar la apertura del esfínter cricofaríngeo cuando el paciente voluntariamente aumenta y mantiene la elevación faríngea, al mantener la deglución en una fase intermedia durante unos segundos, ha sido estudiada combinando la videofluoroscopia con manometría; la duración de la apertura del EES se incrementó junto con la prolongación de la excursión anterosuperior del hioides y la laringe. El volumen, la presión intrabolo y la velocidad de éste han sido también objeto de estudio.

Procede resaltar la importancia de la pulsión lingual en el aclaramiento de la faringe.

Todos estos mecanismos se producen de forma rápida y coordinada, la propulsión oral dura 2 s y la fase faríngea menos de 1 s.

### Fase esofágica

Coincidiendo con la estimulación faríngea por el bolo, se produce una relajación refleja sostenida del esfínter esofágico inferior y una peristalsis descendente en el cuerpo esofágico que propulsará el bolo hasta el estómago. El reflejo peristáltico esofágico es fundamentalmente autónomo, coordinado por el sistema nervioso entérico situado en la pared del esófago. Con el paso del bolo al esófago se desencadenan 3 tipos de ondas peristálticas, dos de tipo propulsivo (primarias y secundarias) y las terciarias no propulsivas. Las primarias se inician en la hipofaringe y son desencadenadas por la presencia del bolo; las secundarias son puramente esofágicas y espontáneas, y colaboran en la deglución y el aclaramiento posdeglutorio; las terciarias, también esofágicas, pueden asociar dolor. Los mecanismos que mantienen cerrado el esfínter esofágico inferior en condiciones normales son la acción del diafragma, el ángulo de His y la porción de

esófago intraabdominal en el cuerpo del esófago. En la fase esofágica la propulsión del bolo tiene control involuntario: se suceden una serie de contracciones tanto de la musculatura longitudinal como circular de forma ordenada que se propagan como una ola hacia el esfínter esofágico inferior, que se haya relajado desde el momento en que se comienza la deglución hasta que el bolo pasa al estómago. La duración de esta fase es de 8-20 s.

La “urgencia de toser”, expresión reconocida en la literatura médica anglosajona, media respuestas cognitivas ante el estímulo de la tos: estímulo, urgencia, deseo, acción, evidencia de la acción y grado de satisfacción de la urgencia son los 6 componentes del sistema de motivación-acción, aplicables a la tos. Se reconocen 3 tipos de tos: refleja, voluntaria y conductual.

La tos refleja es involuntaria, puede ser evocada desde la laringe a través del reflejo tusígeno laríngeo, desencadenando una contracción coordinada de los músculos torácicos, abdominales y pélvicos, con incremento de la presión intraabdominal, desplazamiento del diafragma hacia arriba y generando una fuerza espiratoria. El reflejo tusígeno inducido es una activación involuntaria, rápida, repetida y sincrónica de los músculos espiratorios que causa y sostiene una elevada presión intraabdominal, suficiente para la protección de la vía aérea. La distribución de la rama interna del nervio laríngeo superior es objeto de estudios anatómicos como vía aferente del reflejo tusígeno, y se ha descrito que su rama superior se distribuye sobre el seno piriforme y su rama media distribuye ramas sobre la mucosa del vestíbulo laríngeo; se considera que es tal vez esta última específicamente el componente aferente del reflejo. El umbral del reflejo tusígeno ha sido estudiado mediante el estímulo de diferente pH ácido en la mucosa laríngea.

La tos voluntaria es desencadenada por la persona, y puede ser de diferentes magnitudes; el patrón motor de la tos está directamente relacionado con la magnitud percibida. Los desencadenantes volicionales de la tos están directamente relacionados con el patrón del reflejo tusígeno. La tos voluntaria y el reflejo tusígeno laríngeo tienen funciones neurofisiológicas diferentes. Los conceptos de tos voluntaria y tos refleja se recogen en la bibliografía. Los cambios en la presión intraabdominal con el reflejo tusígeno y la tos voluntaria han sido objeto de estudio, así como la activación de la musculatura pélvica y la contracción anal durante la tos. La presión intraabdominal generada se considera de posible interés desde el punto de vista clínico, por ejemplo para facilitar la decanulación.

## Epidemiología de la disfagia

Se trata de un problema común de consulta. El 33% de los pacientes lo refiere como curso agudo.

En el 80% de los casos la disfagia es de origen neuromuscular. La revisión de la literatura médica en cuanto a la inci-

dencia de disfagia y complicaciones pulmonares en el ictus demuestra una menor incidencia cuando se utilizan técnicas de cribado (37-45%) y tests clínicos (51-55%) que cuando se utilizan técnicas instrumentales (64-78%).

Diferentes estudios llaman la atención sobre la frecuencia de disfagia en pacientes institucionalizados, situándola en el 30-40%. En un estudio comparativo de las características de la disfagia en adultos y ancianos, publicado en 2006 en *Archives of Gastroenterology*, se encontraba una sintomatología similar en ambos grupos de edad, aunque se destaca una mayor frecuencia significativa de alteraciones orofaríngeas en el anciano.

La frecuencia de aspiración en pacientes con nutrición enteral es del 25-40%, sin que haya predictores del riesgo de neumonía ni comparación aleatorizada con pacientes sin nutrición enteral. Los pacientes con nutrición enteral pueden no mejorar los parámetros nutricionales, funcionales, de laboratorio ni de estado de salud de forma significativa. En cuanto a la enfermedad de base, en un estudio de seguimiento prospectivo de 417 pacientes mayores de 65 años con nutrición mediante gastrostomía percutánea por vía endoscópica (PEG) de la unidad de disfagia de la Clínica Mayo, el 35% eran neurológicos, el 8% presentaba una enfermedad gastrointestinal, el 15% cáncer de cabeza y cuello y el 13% demencias; la mortalidad en pacientes con PEG dados de alta en 1991 fue del 24% al mes, el 63% al año y el 81% a los 3 años.

Los resultados de 913 fibroendoscopias ORL en 553 pacientes de la unidad de cuidados intensivos con factores de riesgo y signos clínicos de aspiración tras la extubación muestran aspiración en el 69,3% (Hafner, 2008); se indicó alimentación por sonda nasogástrica (SNG) en el 49,7% y alimentación por PEG en el 13,2% de todos los pacientes, el 6,3% precisó una traqueostomía adicional para prevenir la aspiración; el 22,9% (59/258) de las traqueostomías pudieron ser cerradas; el 30,7% de todos los pacientes pudieron ser manejados con el inicio inmediato de dieta oral y estrategias compensadoras rehabilitadoras. La aspiración en el paciente crítico es un evento común con consecuencias clínicas variables, que frecuentemente causa una grave comorbilidad.

En los distintos grupos de edad, la etiología difiere según la prevalencia; la disfagia constituye un mayor problema en los extremos de la vida, y es una entidad significativa en neonatos y ancianos. El proceso de maduración hace que el análisis del problema de la deglución y succión en las primeras etapas de la vida sea absolutamente específico en este grupo de edad y no constituye un objeto de este capítulo.

## Clasificación y causas de disfagia

La disfagia se clasifica, según la localización del origen, en orofaríngea (causas que afectan fundamentalmente a la fa-

ringe y el esófago proximal) y esofágica (causas que afectan fundamentalmente el cuerpo del esófago y la unión esofago-gástrica). Muchos de los trastornos se superponen y pueden producir disfagia orofaríngea y esofágica. Se considera de

utilidad realizar una distinción entre los trastornos mecánicos y los trastornos de origen neuromuscular y el factor concomitante de fármacos que pueden agravar una disfagia de causa orgánica debe ser siempre valorado (tablas 2 y 3).

**TABLA 2. Causas de disfagia: disfagia orofaríngea**

Causas mecánicas y obstructivas	Trastornos neuromusculares	Otras causas
Infecciones, abscesos retrofaríngeos	Enfermedades del sistema nervioso central	Mala situación dentaria
	Ictus (hasta el 95%)	
	Enfermedad de Parkinson	
	Demencia	
	Parálisis bulbar o de pares craneales	
Enfermedad del tiroides con aumento de tamaño	Esclerosis múltiple	Enfermedad de la mucosa oral
Adenopatías	ELA	Uso prolongado de penicilamina
Divertículo de Zencker (EES)	Enfermedades neuromusculares:	
Afectación muscular focal (miositis, fibrosis)	Miastenia gravis	
Neoplasias de cabeza y cuello. Neoplasia orofaríngea	Distrofia oculofaríngea	
Osteofitos cervicales	Otras	
<b>Disfagia asociada a fármacos</b>		
Especial importancia como coadyuvante sobre alteraciones previas:		
Disfagia como efecto secundario reconocido		
Fármacos con efecto inhibitorio sobre la motilidad esofágica		
Fármacos neurolépticos: síntomas extrapiramidales en la orofaringe y el esófago		
Toxina botulínica		
Anestésicos locales: bloqueo de la conducción aferente		
Fármacos que inducen xerostomía. Defecto de neutralización del pH ácido		
Alcohol: consumo y abstinencia		
EES: esfínter esofágico superior.		

**TABLA 3. Causas de disfagia: disfagia esofágica**

Enfermedad intraluminal (intrínsecas)	Enfermedad mediastínica (extrínsecas)	Enfermedad que afecta a la musculatura lisa y su innervación
Cuerpos extraños intraluminales (suele aguda)	Tumores (p. ej., cáncer pulmonar, linfoma)	Acalasia
Enfermedad mucosa	Infecciones (p. ej., tuberculosis, histoplasmosis)	Escleroderma
Estrechez péptica secundaria a ERGE	Cardiovascular (dilatación auricular, compresión vascular)	Otros trastornos de la motilidad
Anillos o bandas y membranas esofágicas (disfagia sideropénica o enfermedad de Plummer-Vinson)		Posquirúrgicas (posfunduplicatura, dispositivo antirreflujo)
Tumores esofágicos		
Lesiones cáusticas (p. ej., lejía)		Descrito componente de afectación de la musculatura lisa en enfermedades neuromusculares
Esofagitis por fármacos		
Escleroterapia de varices		
Lesiones por radiación		
Esofagitis infecciosa		
Esofagitis eosinofílica		
ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico.		

**TABLA 4. Categorías de la disfunción de la deglución orofaríngea y técnicas diagnósticas**

Categorías de la disfunción de la deglución orofaríngea
I. Ausencia o retraso de inicio del reflejo deglutorio
II. Aspiración del alimento ingerido
III. Regurgitación nasofaríngea
IV. Permanencia de lo ingerido en la cavidad faríngea
Videorradiología
Permite diferenciar las 4 categorías de disfunción deglutoria orofaríngea
I. Ausencia o retraso de inicio del reflejo deglutorio
II. Aspiración del alimento ingerido
III. Regurgitación nasofaríngea
IV. Permanencia de lo ingerido en la cavidad faríngea
No permite cuantificar la fuerza de contracción faríngea
No permite detectar la relajación incompleta del EES
Paciente sentado, no puede estar tumbado, limitación en fase aguda o grave de afectación ORL
Permite valorar la eficacia de modificaciones en la dieta, postura y maniobras deglutorias
Fibroendoscopia ORL con/sin test sensorial
Lesiones estructurales endocavitarias
Identificación y biopsia de lesiones mucosa
Permite detectar 3 categorías
I. Ausencia o retraso de inicio del reflejo deglutorio
II. Aspiración del alimento ingerido
IV. Permite visualizar el déficit de aclaramiento faríngeo y su posible aspiración posdeglutoria
No permite detectar la categoría III
III. Regurgitación nasofaríngea
(IV. No permite visualizar la totalidad de la fase faríngea)
Medicina basada en la evidencia: nivel de evidencia similar a la videofluoroscopia como predictor de aspiración
El paciente puede estar en decúbito. Sin radiación
Manometría esofágica:
Aislada: evidencia indirecta de la disfunción deglutoria orofaríngea
Permite detectar y cuantificar
Alteraciones estáticas
Hipertonía/hipotonía del EES
Alteraciones dinámicas
Relajación insuficiente/nula
Incoordinación deglutoria
Disminución de la contracción faríngea
Gran utilidad en el diagnóstico de los trastornos motores cricofaríngeos
Es preciso aportar detalles técnicos: eficacia, reproductibilidad
Manorradiología
Manometría realizada simultáneamente con videorradiología
Permite detectar todas las categorías de la disfunción orofaríngea y correlacionar los eventos radiológicos con los manométricos
EES: esfínter esofágico superior; ORL: otorrinolaringológica.

## Aspectos clínicos de la disfagia

Para el manejo de la disfagia orofaríngea se aceptan unas categorías de disfunción orofaríngea que son las que podemos clínicamente objetivar. Según éstas, se tomarán las decisiones de localización de la afectación y el tratamiento. La indicación de las diferentes exploraciones complementarias para estudiar el mecanismo de la deglución se puede realizar en función de dichas categorías, como se muestra en la tabla 4. En la tabla 5 se reproducen las recomendaciones del American College of Radiology para el estudio radiológico de la disfagia, revisadas en 2005.

### Diagnóstico ORL en la disfagia como síntoma de inicio agudo o subagudo

La anamnesis puede orientar el diagnóstico en un 85% de los casos. Frecuentemente hallamos en la consulta de ORL una disfagia como síntoma de inicio. Se considerarán las causas de disfagia especificadas en las tablas 2 y 3. Pediremos al paciente que nos señale el lugar de la obstrucción, diferenciando la localización correspondiente a la orofaríngea de la esofágica. Observaremos si puede señalarlo con la punta del dedo o de forma más difusa, teniendo en cuenta que la localización verdadera del problema se halla donde señala o bien a un nivel inferior en un 80% de los casos. En cuanto a la forma de comienzo, diferenciaremos la instauración aguda compatible con cuadros infecciosos, o progresiva con/sin síndrome constitucional y/o dolor local u otalgia, que determina la indicación de descartar una etiología tumoral. Se especificarán otros síntomas asociados con la deglución. Nos aproximaremos a definir en qué fase del proceso deglutorio se refiere la dificultad del paso del alimento. La tos posdeglución es uno de los mejores predictores de disfagia en la enfermedad ORL. La situación que más preocupa diagnosticar en la enfermedad neurológica es la disfagia silente (aspiración sin tos por alteración del reflejo tusígeno), que se presenta hasta en un tercio de los pacientes neurológicos. Qué tipos de alimentos en cuanto a consistencia y textura son los más aceptados por el paciente y cuáles evita o rechaza forman parte de la anamnesis dirigida, y se clasifica la disfagia para sólidos y/o líquidos.

### Exploración dirigida

– Valoraremos la voz, el tono o la intensidad como indicadores de una alteración en la motricidad de las cuerdas vocales. La voz húmeda que se aclara con el carraspeo es patognomónica de penetración: las secreciones atraviesan las falsas cuerdas vocales pero no las cuerdas vocales verdaderas, la saliva permanece remansada en el vestíbulo laríngeo.

**TABLA 5. Recomendaciones del American College of Radiology para el estudio radiológico de la disfagia**

Guía basada en revisión de la literatura médica y panel de expertos 2001-2008. Escala de idoneidad de criterios 1-9 (1, el menos apropiado; 9, el más apropiado)

Variante 1: disfagia orofaríngea con una causa atribuible

Variante 2: disfagia orofaríngea no explicada

Variante 3: disfagia subesternal en pacientes inmunocompetentes

Variante 4: disfagia subesternal en pacientes inmunocomprometidos

Técnica	Variante/escala 1-9			
	Variante 1	Variante 2	Variante 3	Variante 4
Deglución de bario modificada	8	8	8	8
Imagen de la faringe estática y dinámica	6	8	8	8
Esofagograma bifásico (doble contraste y simple)	4	6	6	5
Esofagograma con contraste simple	4	6	4	4
Endoscopia	4	4	4	3
Manometría esofágica	4	4	6	2
Transito esofágico con escintigrafía radionuclear	2	4	4	2

– Exploración orofacial: cierre labial, tono muscular facial, estado dental, asimetría del velo del paladar, reflejo nauseoso, reflejo velopalatino, motilidad de la lengua, fasciculaciones, palpación de la base de la lengua.

– Exploración clínica de la deglución: estrategias compensadoras, varias salvadas al tragar, el tiempo en segundos que tarda en desencadenar el reflejo deglutorio tras recibir la orden de tragar y deglución con diferente volumen y consistencia (test clínico de deglución). El ascenso laríngeo se valora con un dedo sobre la quilla del cartílago tiroideos mientras traga el paciente, o con tres dedos delimitando dicha estructura y su ascenso en relación con la región submentoniana.

– La palpación bimanual del suelo de la boca y la base de la lengua para detectar masas que pueden estar implicadas en la alteración de la deglución, masas tiroideas y adenomegalias.

– La laringoscopia indirecta permite observar la afección laríngea, así como las retenciones salivales patológicas en las paredes faríngeas, los senos piriformes y la valécula. Prestaremos atención al tipo de saliva remansada en estos casos porque tiene diferente significado una saliva espumosa, mezclada con aire, que implica una cierta motilidad, a una que no lo sea.

## Signos y síntomas de la disfunción de la deglución

### Disfagia orofaríngea, o disfagia “alta”. Principales manifestaciones clínicas

– El paciente puede referir dificultad para iniciar la deglución y habitualmente identifica la región cervical como el área del problema. El listado de síntomas frecuentes utiliza-

dos para el diagnóstico clínico se muestran en la tabla 6 como síntomas/signos más frecuentes acompañantes, directos o indirectos.

– Déficit cognitivo. Especialmente el déficit de reconocimiento del acto de comer, como ocurre en las demencias, el funcionamiento cognitivo inconsistente en cuanto a la voluntariedad del inicio del reflejo deglutorio, como ocurre en los estados de bajo nivel de conciencia o en el déficit ejecutivo, el déficit de atención dividida con dificultad del control voluntario cuando hay factores distractores, el déficit en la resolución de problemas, entre los que cabe resaltar las situaciones cambiantes a lo largo del día como situación de riesgo. Se requiere un nivel de funcionamiento cognitivo de

**TABLA 6. Listado de síntomas y signos frecuentes asociados a los trastornos de la deglución y disfagia**

Falta de reconocimiento del alimento
Dificultad para iniciar la deglución
Segmentación del bolo en la cavidad oral
Restos de alimentos en cavidad oral
Regurgitación nasal
Retraso de reflejo deglutorio
Ausencia de reflejo deglutorio
Tos posprandial
Tos
Voz húmeda posdeglución (penetración)
Alteración del reflejo tusígeno. Ausencia de tos
Dificultad respiratoria, atragantamiento
Salida de alimentos por traqueostoma
Complicaciones respiratorias: broncorrea, broncospasmo, neumonía, fibrosis pulmonar
Sospecha de aspiración silente

VI en la Escala de Funcionamiento Cognitivo del Hospital Rancho de los Amigos abreviada (tabla 7) para indicar, desde el punto de vista cognitivo, la alimentación oral supervisada; a partir del nivel IV se pueden plantear medidas terapéuticas activas en la rehabilitación de la deglución, incluido el uso de alimentos en condiciones controladas, si se demuestra la seguridad de la vía aérea en dichas condiciones.

– Afectación de pares craneales, tono muscular, distonía, miotonía, rigidez, temblor, atrofia muscular o hipertrofia, fasciculaciones, debilidad muscular, acinesia, dificultad respiratoria, alteración de la marcha o del equilibrio. La exploración clínica neurológica es obligatoria para una orientación diagnóstica. No hay correlación entre la ausencia de reflejo nauseoso y la disfagia.

– En las lesiones cerebrales vasculares en territorio de la arteria cerebral media, descrito en el ictus, predomina la afectación de la fase oral y con frecuencia hay un déficit del aclaramiento faríngeo ipsilateral a la hemiparesia. Pueden quedar restos de alimentos en la valécula o los senos piriformes, lo cual se previene deglutiendo en rotación del cuello hacia el lado afectado (el contenido alimenticio desciende por el lado sano en esta posición). Estos restos alimenticios descenderán fuera del tiempo del reflejo deglutorio, y pueden pasar a la vía aérea en fase posdeglutoria cuando las cuerdas vocales están abiertas, produciendo tos posdeglutoria, dificultad respiratoria postdeglutoria o aspiración silente posdeglutoria, que pueden prolongarse una vez finalizada la comida.

– Se aceptan las descripciones de casos de disfagia en la enfermedad cervical con hiperostosis (raro) y en la malformación de Arnold-Chiari con herniación del rombencéfalo.

– La valoración de la deglución en sus facetas de seguridad de la vía aérea y eficiencia (nutrición, hidratación) debe considerarse a lo largo de la evolución de la enfermedad, directamente o a través de sus complicaciones.

## Disfagia esofágica, o disfagia “baja”. Principales manifestaciones clínicas

### Anamnesis

– En cuanto a la ubicación de los síntomas, cabe destacar que algunos pacientes con disfagia esofágica, como en la acalasia, pueden describir sus síntomas en la región cervical simulando una disfagia orofaríngea.

– La disfagia para sólidos y líquidos implica un problema de motilidad esofágica, reforzado por un curso intermitente acompañado de dolor torácico.

– La disfagia para sólidos y nunca para líquidos sugiere una obstrucción mecánica. El curso progresivo indicará una estrechez péptica (historia prolongada de pirosis y regurgitación sin pérdida de peso) o un carcinoma (varón de edad avanzada con notable pérdida de peso).

### Exploración física

– Tiene un valor limitado, y cabe resaltar la presencia de linfadenopatías cervicales o supraclaviculares, síntomas específicos de enfermedad sistémica propios de la esclerodermia o síndrome de Crest (calcicosis digital, fenómeno de Raynaud, dismotilidad esofágica, esclerodactilia, telangiectasias) y la presencia de halitosis en la acalasia, divertículo de Zenker u obstrucción de larga evolución.

**TABLA 7. Escala de Funcionamiento Cognitivo del Hospital Rancho de los Amigos, abreviada, diseñada para la valoración de pacientes con traumatismo craneoencefálico**

Niveles I-VIII	Funcionamiento cognitivo	Descripción abreviada
Nivel I	Sin respuesta	El paciente está en un coma profundo y parece profundamente dormido; ausencia total de respuesta a los estímulos
Nivel II	Respuesta general	El paciente responde al dolor o a estímulos repetidos con movimientos involuntarios o aumento de la actividad
Nivel III	Respuesta local	La respuesta del paciente es más específica, como volver la cabeza hacia un sonido o cumplir una orden sencilla. Las respuestas son lentas e inconsistentes
Nivel IV	Confuso-agitado	El paciente está un poco más despierto, en estado de confusión, agitado, intenta quitarse las sondas, muerde, golpea o da patadas a sus cuidadores. La conducta es inadecuada y el lenguaje es a menudo incoherente.
Nivel V	Confuso-inadecuado-no agitado	El paciente parece alerta y puede cumplir órdenes sencillas. Las respuestas son confusas y sin objetivo. La memoria está deteriorada y el lenguaje suele ser inapropiado
Nivel VI	Confuso-adeecuado	El paciente muestra conductas con alguna finalidad pero necesita que lo dirijan y supervisen para realizar ciertas actividades, como vestirse o comer; va siendo más consciente de su entorno; la memoria va mejorando
Nivel VII	Automático-adeecuado	El paciente lleva a cabo actividades de forma adecuada y con un grado mínimo de confusión, pero con frecuencia parece actuar “como un robot”. El juicio, el pensamiento y la resolución de problemas siguen estando deteriorados
Nivel VIII	Decidido-adeecuado	El paciente está orientado, y la memoria y las habilidades van mejorando. Puede requerir aún supervisión debido al deterioro de la capacidad cognoscitiva Sospecha de aspiración silente

## Disfagia en la enfermedad por reflujo gastroesofágico y relación con el globo faríngeo

Está descrito que el 50% de los pacientes que sufren una enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) presenta disfagia. El incremento de la presión de la porción superior del esófago, así como por alteración de la motilidad esofágica que provoca contracciones espásticas, desfavorece la progresión del bolo. La regurgitación de pequeñas cantidades de contenido gástrico a la vía aerodigestiva, la alteración de la motilidad faringoesofágica y la retención en los senos piriformes con posible hipofaringitis se manejan como factores implicados en la disfagia. La relación entre el globo faríngeo y el reflujo gastroesofágico se plantea en la literatura médica. No todos los autores coinciden y la incidencia de ERGE descrita en pacientes con globo faríngeo varía entre el 10 y el 90%; nuestra experiencia práctica apoya el uso de antiácidos como parte del tratamiento de esta entidad.

## Disfagia en el contexto de neoplasias de la hipofaringe

La enfermedad tumoral extendida a la hipofaringe, más concretamente al área de los senos piriformes, es una causa importante de disfagia alta. Se trata de una disfagia para sólidos que puede progresar a consistencias más líquidas, asociado generalmente a odinofagia y otalgia. Otros síntomas clave son la presencia de vómitos, con restos hemáticos o no, y la pérdida de peso. La disfonía, la disnea y la tos posdeglutoria indican una afectación laríngea. La derivación al especialista no se debe demorar más de 2 semanas. El modo de comienzo y la rapidez en la progresión de los síntomas no se consideran buenos predictores.

El tratamiento con quimioterapia y radioterapia, así como la cirugía láser, pueden ser causas de estenosis local que agraven el problema. El paciente con neoplasia orofaríngea en el curso del tratamiento va a presentar trastornos de la deglución que requerirán una atención específica. La faringe poslaringuectomía total ofrece mayor resistencia al paso del bolo, que el paciente laringectomizado tiene que compensar con un incremento de la propulsión lingual; el tiempo de tránsito faríngeo estudiado por manofluorografía se halla prolongado en el paciente con laringuectomía total, y es significativamente superior en pacientes con laringuectomía total y afectación de la lengua, sin posibilidad de compensación.

## Disfagia en pacientes traqueotomizados

La prevalencia de aspiración en el paciente portador de cánula de traqueotomía no laringectomizado se estima entre el 50 y el 83%. Se han descrito diferentes factores que actúan sobre el mecanismo deglutorio: disminución de la tos eficiente por aumento del umbral del reflejo y ausencia de la

contribución de la presión subglótica, atrofia muscular farin-golaríngea, que impide la propulsión del bolo hacia el crico-faríngeo y debilita el reflejo aductor glótico, y el anclaje de la tráquea, que impide el ascenso y la rotación anterior laríngea. Sin embargo, los resultados de diferentes estudios no soportan la impresión clínica de que una traqueotomía o el tubo de traqueotomía incrementan el riesgo de aspiración y que la decanulación propicie una mejoría de la función deglutoria.

## Disfagia en el paciente anciano

La valoración de la fase oral del anciano puede indicar una mala situación dentaria, sequedad de mucosas y/o disminución en los movimientos propulsores de la lengua, dado el aumento fisiológico del tejido conectivo, pero estos hallazgos no se pueden considerar causa de disfagia en el sentido estricto, aunque sí situaciones coadyuvantes. Algunas enfermedades prevalentes en este grupo de edad, como el ictus, la enfermedad de Parkinson, el divertículo de Zenker, etc., determinan una elevada frecuencia de disfagia. Las siguientes alteraciones en la fase faríngea dificultan la deglución en el anciano: *a)* elongación del tiempo de deglución, observándose la necesidad de tragar múltiples veces para terminar aclarando la faringe; *b)* descoordinación entre deglución y respiración; *c)* penetración sin aspiración, definida como alimento en vestíbulo laríngeo que no sobrepasa las cuerdas vocales verdaderas, y *d)* disminución de la sensibilidad y disminución del reflejo tusígeno, con una mayor probabilidad de aspiración silente. El tono del músculo cricofaríngeo no suele representar un problema, pero sí la fibrosis del EES. Las ondas peristálticas esofágicas primarias no se ven afectadas pero las secundarias, encargadas de dejar libre de residuo el cuerpo esofágico, se ven muy disminuidas o ausentes en el anciano.

## Exploraciones complementarias

### Radiografía simple

Radiografía simple de tórax:

- Masas mediastínicas.
- Enfermedad pulmonar causa de disfagia.
- Niveles hidroaéreos por retención esofágica.
- Cuerpos extraños radioopacos.
- Tejidos blandos.
- Epiglotis.
- Abscesos retrofaríngeos.

Radiografía simple de abdomen:

- Datos de dificultad de tránsito.
- Ausencia de gas intragástrico.

## Esofagograma

– El estudio radiográfico con contraste permite detectar masas tumorales y un paso ineficaz en el caso de anomalías motoras cricofaríngeas.

– Puede ser más sensible que la endoscopia en la detección de estenosis, membranas o anillos, y en las estenosis pépticas de más de 10 mm. También más sensible en algunos trastornos motores en estadios iniciales, así como en hernias paraesofágicas y divertículos faríngeos, minimizando el riesgo de perforación endoscópica.

– Proporciona información útil en la valoración terapéutica de las estenosis (datos sobre longitud, diámetro...).

## Tránsito esofágico con isótopos radiactivos

– Permite evaluar la dinámica deglutoria al cuantificar el tiempo de vaciamiento orofaríngeo.

– Sensibilidad y especificidad inferior a la manometría en el diagnóstico de problemas motores esofágicos.

– Resulta muy útil en los casos en que no es posible realizar la manometría, como en el caso de pacientes con afectación motora esofágica asociada a síndrome de Down.

## Videofluoroscopia orofaríngea/cinerradiología

Es la técnica de elección en la valoración orofaríngea, ya que proporciona información sobre las 4 categorías de la disfunción faríngea:

- Incapacidad o dificultad para iniciar la deglución.
- Aspiración del alimento ingerido.
- Regurgitación nasofaríngea.
- Permanencia del alimento ingerido en la cavidad faríngea tras la deglución.

Permite evaluar la eficacia de la terapia deglutoria, pero no cuantificar la contractilidad faríngea o la presión intraluminal durante la deglución ni detectar una relajación incompleta del EES.

## Tomografía computarizada/resonancia magnética

Se realiza en las compresiones extrínsecas, las lesiones mediastínicas y la enfermedad maligna toracoabdominal. Es útil para descartar que un problema motor detectado en la manometría sea secundario a lesiones cervicales, mediastínicas o de la unión gastroesofágica, gástrico o esofágico.

## Técnicas endoscópicas

Faringolaringoscopia (transnasal o transoral): es la técnica de elección para identificar lesiones estructurales intrínsecas de la cavidad faríngea y laríngea, y permite tomar biopsias. Proporciona datos acerca de 3 categorías de la disfunción orofaríngea:

- Incapacidad o dificultad para iniciar la deglución.
- Aspiración del alimento ingerido, de forma indirecta (al mostrar secreciones acumuladas o tinte en la vía aérea supraglótica).
- Permanencia del alimento ingerido en la cavidad faríngea tras la deglución.

Puede valorar el riesgo de aspiración traqueobronquial al inyectar un pequeño bolo de aire que estimula la mucosa faríngea, provocando de esta forma la aducción de la glotis.

## Esofagogastroscoopia

Es una técnica fundamental para la valoración de la disfagia esofágica:

- Inflamación, fibrosis, estenosis benignas, enfermedad maligna.
- Toma de biopsia y obtención de citología exfoliativa.
- Puede tener una escasa utilidad en los trastornos motores en estadios precoces.

## Ultrasonografía endoscópica

Tiene una gran utilidad en los tumores submucosos de la unión gastroesofágica no detectados por la esofagogastroscoopia, que se comportan manométricamente como trastornos motores esofágicos primarios. Se emplea la tomografía computarizada para valorar el estadio local del cáncer de esófago.

## Manometría

– Manometría faríngea. Permite cuantificar la contractilidad faríngea, detectar la completa relajación del EES y proporciona información indirecta acerca de las categorías de disfunción orofaríngea.

– Manofluorografía faríngea. Es la combinación de la manometría faríngea y de la videofluoroscopia, y permite estudiar las 4 categorías de disfunción orofaríngea, diferenciar la apertura incompleta del EES y distinguir una contractilidad faríngea débil con alta presión intrabolo durante la deglución.

– Manometría esofágica. Permite detectar y cuantificar alteraciones estáticas y dinámicas. Es la técnica más sensible y específica en el diagnóstico de los trastornos motores primarios, como la achalasia o el espasmo esofágico difuso, y de los trastornos esofágicos secundarios, como las colagenopatías o las alteraciones motoras de la enfermedad por reflujo esofágico.

## Tratamiento de la disfagia orofaríngea

En la figura 2 se incluye un algoritmo que puede servir como aproximación en la toma de decisiones clínicas. Las in-

dicaciones de referencia y tratamiento específico se establecerán en función de la enfermedad de base. Incluimos en este apartado las pautas generales de manejo establecidas para la disfagia orofaríngea asociada a una enfermedad neurológica conocida:

– Modificaciones dietéticas. Aceptadas las consistencias *puding*, miel, néctar, líquido fino según el resultado del test de deglución/técnicas diagnósticas. El uso de espesantes alimentarios comerciales, específicos para disfagia, puede permitir mantener la vía oral modificando drásticamente la tolerancia.

– Modificaciones de volumen según el resultado del test de deglución/técnicas diagnósticas: 2,5, 5, 10 y 15 ml. Una

modificación del volumen y/o la consistencia puede hacer que un paciente pase inmediatamente a comer confortablemente, aunque la demostración de efectividad sobre el riesgo de neumonía por aspiración no permita aportar el nivel de evidencia.

– La posición en flexión del cuello durante la deglución facilita la seguridad de la vía aérea. La rotación del cuello hacia el lado afectado se utiliza para prevenir el depósito de residuos en los senos piriformes en pacientes con hemiparesia y para mejorar la voz en pacientes con paresia de una cuerda vocal.

– En las diferentes formas de afectación de la disfagia orofaríngea hay estrategias compensadoras clásicamente desarrolladas que se incluyen dentro de los manejos de logope-

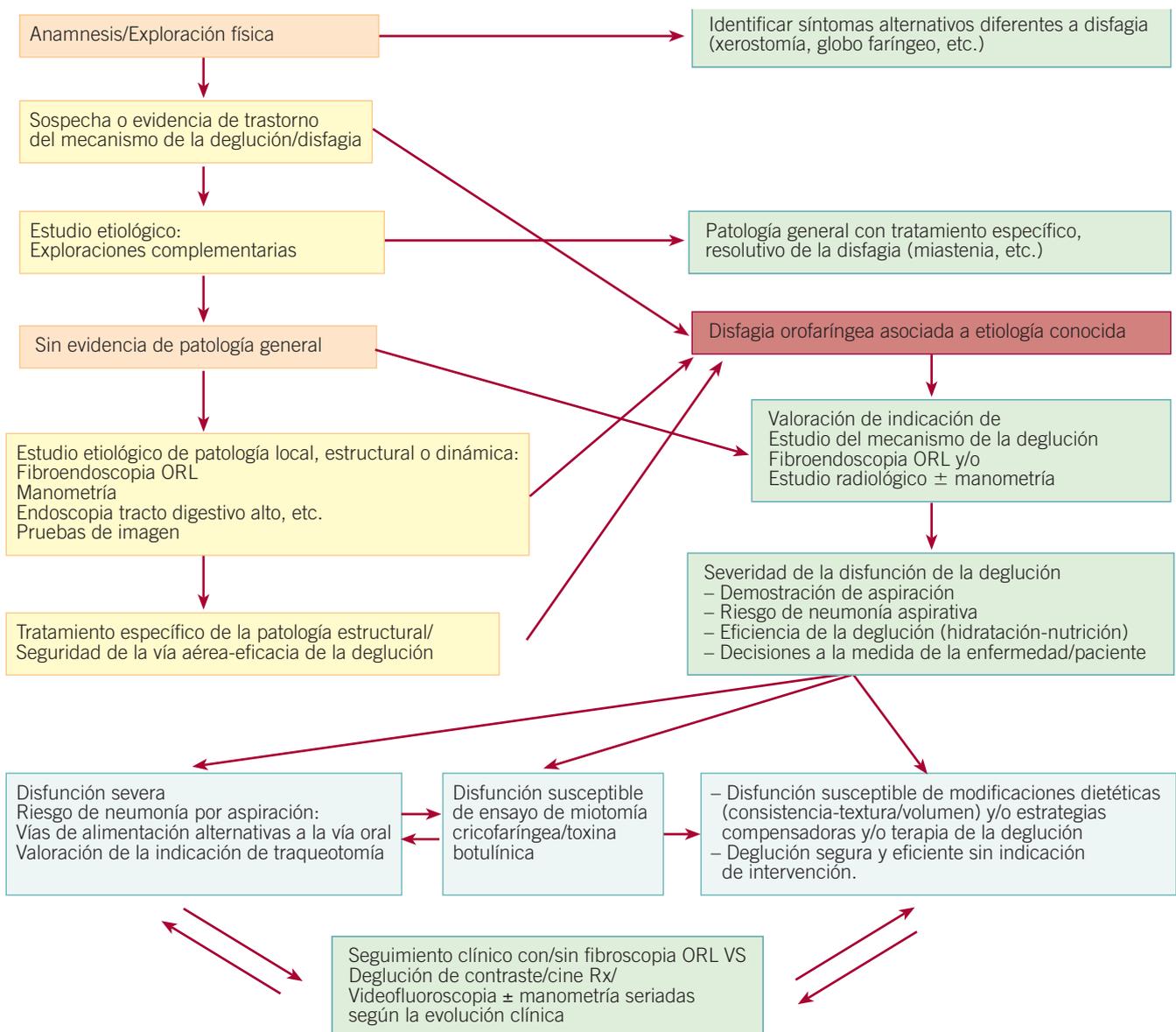


Figura 2. Algoritmo de evaluación y manejo de la disfagia orofaríngea.

dia y fisioterapia (terapia deglutoria). Para optimizar la pulsión lingual, fundamental para el aclarado de los restos de alimento de la faringe, se utilizan diferentes ejercicios, como ejercitar el chasquido de la lengua sobre el paladar y/o practicar degluciones con la lengua sujeta entre los dientes y/o potenciar los músculos flexores del cuello contra gravedad tumbado y/o músculos hioideos manteniendo la elevación faríngea 3 s al deglutir saliva. Las degluciones repetidas se aconsejan cuando hay restos alimenticios en la valécula y los senos piriformes. Las diferentes maniobras, que incluyen el entrenamiento de una tos cinética tras deglutir en inspiración, exigen un aprendizaje y una automatización, deseable pero difícil generalización, subsidiarios de entrenamiento y repetición, que el paciente realiza con el terapeuta dedicado a la deglución, dentro del programa de rehabilitación.

Hay evidencia de nivel A sobre la afectividad de las siguientes medidas rehabilitadoras en pacientes neurológicos:

- El entrenamiento de la musculatura flexora del cuello (músculo esternocleidomastoideo, susceptible de entrenamiento con flexiones en decúbito supino) y los músculos hioideos (mantener la elevación faríngea unos segundos durante la deglución). La electroestimulación muscular se plantea con la misma orientación.

- Estimulación termotáctil.

- Siempre que se demuestre segura y eficiente se mantendrá la vía oral. La mejor forma de estimular y reentrenar la deglución es la alimentación oral. El agregado de cítricos a la comida se considera que estimula el desencadenamiento del reflejo deglutorio. De forma experimental, se utilizan diferentes pH ácidos para el estudio del reflejo tusígeno.

- Definir la indicación de mantener o no la alimentación oral.

- Para reducir el riesgo de neumonía por aspiración.

- Para asegurar la hidratación y la nutrición.

- Atendiendo al resultado de la valoración clínica objetiva y los estudios complementarios.

- Atendiendo a la situación cognitiva del paciente.

## Alternativas a la alimentación oral

1. Nutrición mixta oral y enteral transitoria o permanente. Asegura la administración de líquidos y fármacos por vía enteral con/sin un complemento de las necesidades nutricionales, y permite el entrenamiento de la vía oral y/o mantener el valor personal y social básico y arraigado del acto y disfrute de comer o alimentar, aceptado en la literatura médica y planteado frecuentemente en la práctica clínica.

2. Vía enteral. La decisión de nutrición enteral plantea cuestiones de carga emocional, aceptación social y manejo ético ampliamente tratadas en la literatura médica. La fibroendoscopia ORL seriada muestra la evolución y permite modificar la aptitud terapéutica en los pacientes con disfagia, definiendo cuándo reasumir la alimentación oral y el tipo de dieta más segura:

- SNG. Si está previsto un mantenimiento inferior a 4-6 semanas.

- PEG o vía laparoscópica como alternativa a la SNG. Si se prevé como permanente o durante un período superior a 4-6 semanas según las recomendaciones de la Sociedad Americana de Gastroenterología. Se considera aceptable el riesgo de complicaciones actuales frente a las ventajas demostradas para el paciente. La vía laparoscópica permite visualizar mejor el estómago y evita las complicaciones del procedimiento endoscópico.

- Yeyunostomía/ileostomía percutánea. Se considerará como alternativa a la gastrostomía percutánea en determinadas circunstancias: aspiración relacionada con la nutrición enteral, intolerancia a la nutrición gástrica en alteraciones clínicamente importantes de la motilidad gastrointestinal, reflujo gastroesofágico, insuficiencia gástrica por resección previa o en los pacientes que requieren nutrición distal a una obstrucción. Exige el uso de bomba de infusión con la consiguiente restricción de movilidad y plantea limitaciones a la administración de fármacos que son activados en el estómago o con una absorción más proximal.

- Vía enteral asociada a procedimientos quirúrgicos dirigidos a evitar la aspiración de la ingesta y/o las secreciones orales.

3. Vía parenteral (intravenosa). Indicaciones establecidas atendiendo al riesgo de complicaciones, menos fisiológica y organización de la atención hospitalaria:

## Toxina botulínica

- Efecto temporal, recogido en la bibliografía, uso compasivo previa demostración de hipertonia del EES, con posibilidad de repercusión clínica.

- Posible planteamiento previo a la decisión de miotomía cricofaríngea.

- Descrita la inyección de 5-10 U de Botox en el músculo cricofaríngeo.

## Miotomía cricofaríngea

- Resultados variables y no previsibles.

- Menos eficaz que en el caso de lesiones estructurales por afectación tanto motora como sensitiva.

- Grado de recomendación C.

## Tratamiento de la disfagia esofágica

En cuanto a este aspecto, referimos a la literatura especializada de gastroenterología atendiendo a la continua evolución de la toma de decisiones en la enfermedad gastroesofágica, tanto en cuanto al tratamiento médico como a las indicaciones quirúrgicas. Como ya hemos reseñado, en múltiples ocasiones coexiste una disfunción orofaríngea y esofágica.

**Bibliografía**

- Addington WR. Intra-abdominal pressures during voluntary and reflex Cough. *Cough*. 2008;30:2-5.
- American Gastroenterological Association Medical Position Statement on management of oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterology*. 1999;116:452-78.
- Arias F. Disfagia aguda de causa oncológica. Manejo terapéutico. *An Sist Sanit Navar*. 2004;27:109-15.
- Easterling C, Grande B, Kern M, Sears K, Shaker R. Attaining and maintaining isometric and isokinetic goals of the shaker exercise. *Dysphagia*. 2005;20:133-8.
- Hafner T. Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing in intensive care unit patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2008;265:441-6.
- Holsinger F. Examination of the larynx and pharynx. *N Engl J Med*. 2008;358:43-4.
- McMahon M. Medical and ethical aspects of long-term enteral tube feeding. *Mayo Clin Proc*. 2005;80:1461-76.
- Sasaki T, Leder S. Comments on selected recent dysphagia literatura. *Dysphagia*. 2006;32:206-8.
- Selina HB. Accuracy of bedside clinical methods compared with fiberoptic endoscopic examination of swallowing (FEES) in determining the risk of aspiration in stroke patients. *Dysphagia*. 2001;16:1-6.
- World Gastroenterology Organization Practice Guidelines: Dysphagia Management. 2004.