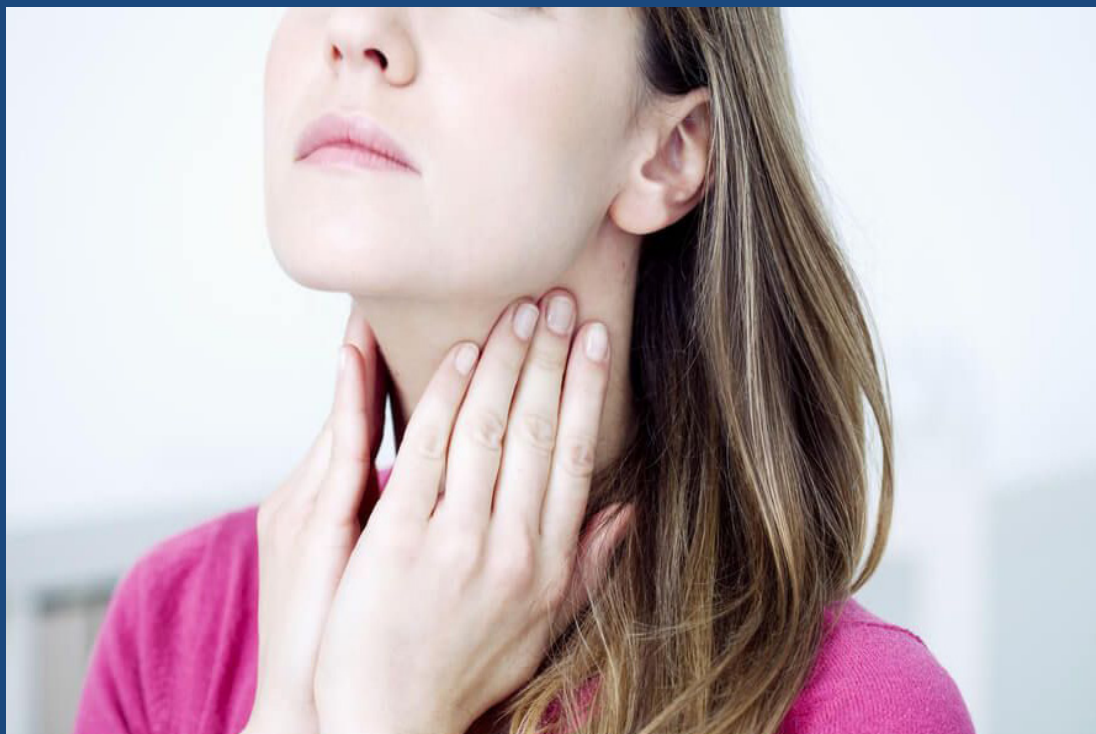


Red Informal de Documentación sobre la
Salud Psicosocial de la Familia

Disfagia

Documento nº 133

Enero 2022



Documento elaborado por
Dr. D. José Antonio Serrano.
Director del Área de Salud

La familia como agente de salud

El 12 de diciembre se celebró el Día Mundial de la Disfagia. El objetivo esencial de esta fecha es dar a conocer un trastorno que afecta a un porcentaje importante de la población, y que consiste en la dificultad para tragar la comida y las sustancias líquidas de manera natural y que, por lo tanto, necesita de la atención inmediata de un especialista.

¿QUÉ ES LA DISFAGIA?

La disfagia es la dificultad para tragar e indica la existencia de algún problema en el tránsito de la comida, sólida o líquida, desde la boca hasta el estómago. La disfagia puede ser debida a problemas estructurales, es decir a un estrechamiento en algún lugar del tracto digestivo que dificulta el paso de la comida, o a problemas funcionales, es decir a alteraciones en los movimientos del tracto digestivo que impiden el paso normal de la comida desde la boca hacia el estómago.

La disfagia puede acompañarse o no de dolor para tragar, (odinofagia) y en algunos casos la deglución es imposible. Las enfermedades que producen disfagia proceden de la boca, la garganta, el esófago, el estómago, o de alguna estructura externa que comprima a algunas de estas zonas.

La disfagia puede manifestarse a cualquier edad, pero es más común en adultos mayores. Las causas de los problemas de deglución varían y el tratamiento depende de la causa.

Una de cada 17 personas padecerá este problema a lo largo de su vida, según la Organización Mundial de Gastroenterología, y se calcula que dos millones de españoles sufren disfagia.

La pandemia por COVID-19 ha aumentado la incidencia de disfagia, ya que se trata de una de las principales secuelas en los pacientes que han permanecido mucho tiempo ingresados en la UCI, según los expertos de la Sociedad española de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello (SEORL-CCC), que han explicado que las intubaciones prolongadas, el déficit de la función pulmonar residual y la pérdida de masa muscular (sarcopenia) pueden producir dificultad para tragar.

De hecho, la SEORL-CCC estima que alrededor del 10% de los pacientes que han sido intubados presenta disfagia.

Las afectaciones neurológicas que se han observado en muchos pacientes tras la infección por coronavirus también pueden influir en el desarrollo de la disfagia.

TIPOS DE DISFAGIA

En cuanto a los tipos de disfagia, existen dos según donde encontremos la dificultad para tragar:

1. DISFAGIA OROFARÍNGEA: es la que se origina en la zona de la faringe, dificultando el paso de alimentos sólidos y líquidos desde el primer momento del proceso deglutorio. Los casos graves podrían sufrir de constantes aspiraciones, por lo que los alimentos pasarían a la tráquea, atragantando al paciente, (aspiración).

Entre las causas de disfagia orofaríngea se incluyen las siguientes:

Trastornos neurológicos. Algunos trastornos, como la esclerosis múltiple, la distrofia mus-

cular y la enfermedad de Parkinson, pueden causar disfagia.

Daños neurológicos. Un daño neurológico repentino, como por un accidente cerebrovascular (ictus) o una lesión del cerebro o de la médula espinal, puede afectar la capacidad de tragar.

Divertículos faringoesofágicos (divertículos de Zenker).

Una bolsa pequeña que se forma y recoge partículas de comida en la garganta, por lo general justo encima del esófago, genera dificultad para tragar, gorgoros, mal aliento y la necesidad de aclarar la garganta o toser repetidamente.

Cáncer. Algunos tipos de cáncer y algunos tratamientos oncológicos, como la radioterapia, pueden causar dificultad para tragar.

2. DISFAGIA ESOFÁGICA:

En este caso, el proceso deglutorio logra llevar los alimentos sólidos y líquidos más allá de la faringe, pero las dificultades aparecen mientras estos bajan por el esófago. En casos graves, puede haber vómito constante que imposibilite completamente la nutrición. Algunas de las causas de la disfagia esofágica incluyen las siguientes:

Acalasia. Cuando el músculo esofágico inferior (esfínter) no se relaja adecuadamente para permitir que los alimentos ingresen al estómago, puede hacer que los alimentos regresen a la garganta. También es posible que los músculos de la pared del esófago estén débiles, una afección que tiende a empeorar con el tiempo.

Espasmo difuso. Esta afección provoca contracciones del esófago de mucha presión y descoordinadas, en general, después de tragar. El espasmo difuso afecta los músculos involuntarios de las paredes de la parte inferior del esófago.

Constricción esofágica. Un estrechamiento del esófago puede hacer que los trozos grandes de alimento queden atrapados. Los tumores o el tejido cicatricial, a menudo causados por la enfermedad por reflujo gastroesofágico, pueden causar estrechamiento.

Tumores esofágicos. La dificultad para tragar tiende a empeorar de manera progresiva cuando se presentan tumores esofágicos debido al estrechamiento del esófago.

Cuerpos extraños. A veces, los alimentos u otros objetos pueden obstruir, de manera parcial, la garganta o el esófago. Los adultos mayores con dentaduras postizas y las personas que tienen dificultad para masticar los alimentos tienen más probabilidades de que un trozo de alimento se quede atascado en la garganta o en el esófago.

Anillo esofágico. El estrechamiento de la parte inferior del esófago puede provocar dificultad para tragar los alimentos sólidos de manera intermitente.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico. El daño a los tejidos esofágicos provocado por el ácido estomacal que se acumula en el esófago puede provocar espasmos o cicatrices y estrechamiento de la parte inferior del esófago.

Esofagitis eosinofílica. Esta afección, que puede estar relacionada con una alergia alimen-

taria, se debe a la presencia de demasiadas células llamadas eosinófilos en el esófago.

Esclerodermia. La presencia de tejido similar a una cicatriz, que causa rigidez y endurecimiento de los tejidos, puede debilitar el esfínter esofágico inferior. Como resultado, el ácido se acumula en el esófago y causa acidez estomacal frecuente.

Radioterapia. Este tratamiento para el cáncer puede causar inflamación y cicatrices en el esófago.

COMPLICACIONES DE LA DISFAGIA

Malnutrición, pérdida de peso y deshidratación. La disfagia puede dificultar la ingesta suficiente de alimentos y líquidos.

Neumonía por aspiración. Los alimentos o los líquidos que ingresan en las vías respiratorias durante los intentos de deglución pueden causar neumonía por aspiración debido a que los alimentos introducen bacterias en los pulmones. Con el tiempo, la aspiración recurrente puede inducir una enfermedad pulmonar crónica.

Atragantamiento. Un alimento atorado en la garganta puede causar atragantamiento. Si el alimento bloquea completamente las vías respiratorias y nadie interviene con una maniobra de Heimlich, puede producirse la muerte. La impactación de alimentos también pone a los pacientes en riesgo de perforación esofágica espontánea, que puede provocar sepsis e incluso la muerte.

PREVENCIÓN

Aunque las dificultades para

tragar no se pueden prevenir, puedes reducir el riesgo de padecer dificultades ocasionales para tragar si comes lentamente y masticas bien los alimentos. Sin embargo, si tienes signos o síntomas de disfagia, consulta con tu médico

EVALUACIÓN

Los antecedentes de la enfermedad actual deben investigar el tiempo de evolución de los síntomas y la agudeza del comienzo.

Los pacientes deben describir qué sustancias provocan dificultades y dónde sienten que se localiza el trastorno. Se debe interrogar específicamente si los pacientes tienen dificultad para deglutir sólidos, líquidos o ambos, si le salen alimentos por la nariz, si babean o derraman comida por la boca, si quedan alimentos retenidos y si tosen o se asfixian al comer.

La anamnesis debe centrarse en los síntomas sugestivos de trastornos neuromusculares, digestivos y del tejido conectivo, y en la presencia de complicaciones. Los síntomas neuromusculares importantes son debilidad y cansancio fácil, alteración de la marcha o el equilibrio, temblor y dificultad para hablar. Los síntomas digestivos son pirosis u otras molestias torácicas sugestivas de reflujo. Los síntomas de trastornos del tejido conectivo son mialgias y artralgias, fenómeno de Raynaud y alteraciones cutáneas (p. ej., erupción, tumefacción, engrosamiento).

EXAMEN FÍSICO

El examen físico se enfoca en hallazgos sugestivos de trastornos neuromusculares, digestivos y del tejido conectivo, y en

la presencia de complicaciones.

El examen general debe evaluar el estado nutricional (incluido peso corporal).

Es esencial un examen neurológico completo, con atención a cualquier temblor en reposo, de los nervios craneales (obsérvese que el reflejo nauseoso puede estar abolido en condiciones normales; por lo tanto, esta ausencia no es un buen marcador de disfunción de la deglución) y de la fuerza muscular.

Los pacientes que refieren cansancio fácil deben ser observados mientras realizan una acción repetitiva (p. ej., parpadear, contar en voz alta) para detectar una disminución rápida del rendimiento que sugiera miastenia grave. Hay que observar la marcha del paciente y su equilibrio. Se investigan erupciones, engrosamiento o cambios de textura de la piel, en particular en las puntas de los dedos. Se inspeccionan los músculos para detectar consunción y fasciculaciones, y se busca cualquier dolor a la palpación. Se evalúa el cuello para detectar bocio u otra masa.

Signos de alarma: Cualquier tipo de disfagia plantea preocupación, pero ciertos hallazgos indican mayor urgencia:

- Síntomas de obstrucción completa (p. ej., babeo, incapacidad para deglutir cualquier cosa)
- Disfagia que causa pérdida de peso
- Déficit neurológico focal de aparición reciente, en particular cualquier debilidad objetiva
- Neumonía aspirativa recurrente

INTERPRETACIÓN DE LOS HALLAZGOS

Es probable que la disfagia que se produce junto con un episodio neurológico agudo se deba a ese evento; la disfagia reciente en un paciente con un trastorno neurológico estable de larga data puede tener otra etiología. La disfagia sólo para sólidos sugiere una obstrucción mecánica; en cambio, un problema con sólidos y líquidos es inespecífico. El babeo y el derrame de alimentos de la boca al comer o la regurgitación nasal sugieren un trastorno bucofaríngeo. La regurgitación de una pequeña cantidad de alimento durante la compresión lateral del cuello es casi diagnóstica de divertículo faríngeo.

Los pacientes que refieren dificultad para lograr que la comida abandone la boca o que la comida se atasca en el segmento inferior del esófago suelen localizar de manera correcta el trastorno.

La sensación de disfagia superior es menos específica.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Los pacientes con disfagia siempre deben ser sometidos a una endoscopia alta, que es extremadamente importante para descartar cáncer. Durante la endoscopia, también se deben realizar biopsias esofágicas para investigar esofagitis eosinófila.

Se debe realizar un estudio de deglución con bario si el paciente no puede ser sometido a una endoscopia alta o si la endoscopia alta con biopsia no identifica una causa.

Si el estudio de deglución con bario es negativo y la endos-

copia alta es normal, se deben practicar estudios de motilidad esofágica.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la disfagia se orienta a la causa específica. Si hay obstrucción completa, es esencial la endoscopia alta de urgencia. Si se detecta una estenosis, un anillo o una membrana, se realiza una dilatación endoscópica cuidadosa. Mientras aguardan la resolución, los pacientes con disfagia bucofaríngea pueden beneficiarse con la evaluación por un especialista en rehabilitación. En ocasiones, resultan útiles la modificación de la posición de la cabeza al comer, el reentrenamiento de los músculos de la deglución, los ejercicios que mejoran la capacidad de alojar el bolo de alimentos en la cavidad bucal o los ejercicios de fuerza y coordinación para la lengua.

En general si una persona tiene problemas para tragar debe:

Comer en posición sentada completa (90°) con la cabeza ligeramente hacia adelante.

Mantenerse sentada o de pie hasta unos minutos después de haber acabado la comida.

Mantenerse concentrada en la actividad de comer evitando hablar con la boca llena.

Partir la comida en trozos pequeños y masticarla lentamente.

Tragar en varias ocasiones hasta que todo el contenido de la boca haya pasado hacia el estómago.

Machacar las pastillas antes de ingerirlas. Dado que no todas las pastillas pueden ser machacadas, hable con su médico.

Modificar la consistencia de los alimentos. Puede ser necesaria una dieta blanda o incluso una dieta pasada por la batidora.

En las disfagias funcionales, puede ser conveniente evitar el consumo de líquidos para evitar el paso de estos hacia el tracto respiratorio. Por este motivo, se deben administrar líquidos en forma de gelatinas o mezclándolos con polvos que los hacen más sólidos.

En situaciones donde sea imposible tragar, se puede insertar una sonda nasogástrica muy fina por la nariz y proceder a alimentación enteral o incluso abrir un orificio en la pared abdominal para pasar la comida directamente al estómago (gastrostomía).

CONCEPTOS GENERALES EN GERIATRÍA

Masticar, deglutir, saborear y comunicarse exigen una función neuromuscular coordinada de la boca, la cara y el cuello. En particular, la función motora bucal

declina mensurablemente con el envejecimiento, aun en individuos sanos. La declinación funcional puede tener numerosas manifestaciones:

La reducción de la fuerza de los músculos masticatorios es frecuente, sobre todo en pacientes con prótesis dentales parciales o completas, y puede determinar una tendencia a deglutir trozos de alimentos más grandes, lo que puede aumentar el riesgo de asfixia o aspiración.

La caída de la región inferior de la cara y los labios por disminución del tono de los músculos peribucales y, en individuos desdentados, el menor sostén óseo es una preocupación estética y puede provocar babeo, derrame de alimentos y líquidos, y dificultad para cerrar los labios al comer, dormir o descansar. La sialorrea (escurrimiento de saliva) suele ser el primer síntoma.

Las dificultades deglutorias aumentan. Demanda más tiempo desplazar los alimentos de

la boca a la bucofaringe, lo que aumenta la probabilidad de aspiración.

Después de los cambios relacionados con la edad, las causas más comunes de alteraciones motoras orales son los trastornos neuromusculares (p. ej., neuropatías craneales causadas por diabetes, accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple). Los fármacos (p. ej., anticolinérgicos, diuréticos), la radioterapia de la cabeza y el cuello y la quimioterapia pueden alterar mucho la producción de saliva. La hiposalivación es una causa importante de retraso y alteración de la deglución.

El abordaje multidisciplinario es la mejor manera de tratar la disfunción motora oral. Pueden ser necesarias derivaciones coordinadas a especialistas en odontología protésica, medicina de rehabilitación, patología del lenguaje y gastroenterología.