

¿Cómo estudiar al paciente con disfagia?

Claudia Defilippi G.

How to evaluate the patient with dysphagia?

Dysphagia is a frequent cause of consultation for gastroenterologists and is generally due to either mechanical obstruction or esophageal motor disorders. The assessment of patient demographics and symptoms are useful for determining the potential causes and the subsequent investigation. Oropharyngeal dysphagia is usually caused by neurological or anatomical conditions. Videofluoroscopy is the best test for the assessment of this type of dysphagia. Esophageal dysphagia has many causes, these could be studied using different types of tests. Upper endoscopy and barium swallow are de first-line investigation techniques, especially in those patients with a history suggestive of a mechanical obstruction. Esophageal motility could be assessed by different techniques; in the last years high-resolution manometry and impedance have been developed. Recently, new tests like high frequency intraluminal ultrasound and EndoFLIP® (Endolumenal Functional Lumen Imaging Probe) have become available, but are currently limited to research.

Key words: Dysphagia, etiology, deglutition.

Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile; Departamento de Gastroenterología, Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

Recibido: 13 de abril de 2014
Aceptado: 25 de abril de 2014

Correspondencia a:
Dra. Claudia Defilippi G.
Santos Dumont
999, Independencia,
Santiago
Teléfono: [+56 2] 2
9788350
deficlau@gmail.com

Introducción

Entendemos por disfagia a la sensación de dificultad del paso del bolo alimentario desde la boca al estómago. Esta sensación ocurre inmediatamente después de la deglución y debe ser diferenciada del *globus hystericus* (sensación de bulto o cuerpo extraño en la faringe, constante, no relacionada con el acto de tragar)¹.

Su real prevalencia se desconoce, pero algunos estudios epidemiológicos en mayores de 50 años hablan de una prevalencia entre 16-22% de la población. Este valor es mayor en personas ancianas, especialmente en aquellas que se encuentran internadas en casas de reposo^{1,2}.

Existen dos grandes tipos de disfagia:

- a) Disfagia orofaríngea: dificultad del paso del bolo alimentario desde la boca al esófago.
- b) Disfagia esofágica: alteración del paso del bolo alimentario a través del esófago.

Ambos tipos de disfagia tienen causas y formas de estudio diferentes.

Evaluación clínica

El primer paso en un paciente con disfagia es determinar si ésta es de origen orofaríngeo o esofágico. En más de 85% de los pacientes esto se puede lograr a través de una historia clínica detallada^{1,2}.

La presencia de un retardo o falla en el inicio de la deglución, tos post-deglución, regurgitación nasofaríngea o degluciones repetidas para lograr un adecuado aclaramiento esofágico, indican una potencial causa orofaríngea. Este tipo de disfagia es frecuente en pacientes con historia de cirugía de cabeza y cuello, radioterapia, accidente cerebro-vascular u otras condiciones como Parkinson o enfermedades de neurona motora^{1,3}.

En los paciente en los que existe una disfagia esofágica, los síntomas están localizados a la región subesternal y epigástrica. Cuando la disfagia ocurre sólo para sólidos, se sugiere la presencia de obstrucción mecánica del esófago; disfagia tanto para sólidos como para líquidos es sugerente de dismotilidad^{1,3}.

Síntomas crónicos y estables sugieren condiciones benignas como estenosis pépticas o anillos de Schatzki. Cuadros rápidamente progresivos, especialmente junto a baja de peso, son sugerentes de neoplasias esofágicas o gástricas. La presencia de regurgitación inmediatamente después de tragar sugiere retención esofágica de comida. La regurgitación entre las comidas sugiere la presencia de divertículos faríngeos o de Zenker. En pacientes jóvenes que se presentan con disfagia e impactaciones del bolo alimentario, especialmente en aquellos con historia de atopía, debe pensarse en la posibilidad de una esofagitis eosinofílica^{1,3}.

El examen físico también es importante; debe realizarse un detallado examen neurológico y de la región cervical. Deben evaluarse las características de la

Artículos de Revisión

piel y de las articulaciones, buscando esclerodermia, CREST o enfermedades del tejido conectivo³.

Una historia detallada de medicamentos es importante; fármacos como los antagonistas de la dopamina y agonistas anticolinérgicos pueden llevar a xerostomía y dismotilidad esofágica. El uso de bifosfonatos y antiinflamatorios no esteroideos puede producir ulceraciones o esofagitis por fármacos³.

Investigaciones complementarias

Disfagia orofaríngea

El mejor estudio inicial ante la sospecha de una disfagia orofaríngea es el estudio de vídeo deglución o cine radiográfico. Una serie de degluciones de diferente volumen y consistencia son realizadas y registradas en una cinta de vídeo para su posterior análisis. Este estudio permite evaluar en tiempo real y registrar la coordinación orofaríngea, la presencia y cuantía de la aspiración, y el efecto de modificaciones dietéticas compensatorias o de maniobras durante la deglución⁴.

La nasoesoscopia realizada mediante fibra óptica, evalúa visualmente los movimientos linguales, faríngeos y epiglóticos durante la deglución, además permite cuantificar la presencia de retención faríngea de líquidos o sólidos luego de tragar. Es el mejor método para la identificación de lesiones estructurales de la orofaringe y la identificación de lesiones mucosas para biopsia⁴.

Contamos además, con otros exámenes adicionales. La tomografía computada o la resonancia magnética pueden ser útiles para evaluar accidentes vasculares, tumores del sistema nervioso central y de cabeza y cuello. La electromiografía puede diferenciar entre causas neurogénicas y miogénicas de debilidad muscular. La manometría faríngea, realizada con sensores de alta resolución puede ser útil para detectar fallas en la relajación del cricofaríngeo³.

Disfagia esofágica

Los principales exámenes para el estudio de este tipo de disfagia son la endoscopia digestiva alta que permite detectar causas mecánicas como masas obstructivas o estenosis; la manometría esofágica, que detecta alteraciones de la motilidad; y el esofagograma.

El esofagograma baritado es una técnica ampliamente disponible, económica, que puede ser usada como investigación de primera línea. No es invasiva, provee una adecuada evaluación de la función esofágica, incluyendo los esfínteres esofágicos superior e inferior y, además, demuestra la presencia de cualquier anomalía anatómica, incluyendo estenosis, masas y anillos de Schatzki. Dentro de sus principales ventajas está su amplia disponibilidad y bajo costo. Dentro de sus desventajas es que es operador-depen-

diente, tiene pobre sensibilidad para alteraciones leves y existe exposición a rayos⁵.

La endoscopia digestiva alta permite la visualización directa del esófago, estómago y duodeno. Para muchos pacientes, especialmente los con historia sugerente de obstrucción mecánica, este examen se prefiere como primera línea de investigación. Es particularmente útil para identificar masas intraluminales, estenosis, lesiones por reflujo gastroesofágico, esofagitis eosinofílica y ulceraciones producidas por fármacos. Permite la toma de biopsias para confirmar diagnósticos y tiene potencial terapéutico (dilataciones).

En pacientes con disfagia sin una causa mecánica evidente, se recomienda la toma de biopsias esofágicas de rutina, con el objetivo de descartar la presencia de una esofagitis eosinofílica.

La manometría esofágica es la técnica más sensible y exacta para el diagnóstico de los trastornos motores esofágicos, los que deben ser sospechados en pacientes con disfagia y endoscopia digestiva alta normal. En los últimos años se ha desarrollado la manometría esofágica de alta resolución, que ha permitido una mejoría en la calidad y fidelidad de los registros. Con este tipo de técnica se realizan registros de presión cada 1 cm a lo largo de todo el esófago, lo que permite un mapeo más exacto y detallado de la función motora esofágica. Además, se ha desarrollado una nueva forma de analizar los datos obtenidos, denominado análisis topográfico de presiones^{6,7}.

Una de las principales ventajas de esta técnica es que permite evaluar detalladamente la relajación de la unión esofagogástrica, lo que ha conllevado a una mejoría en la detección de la acalasia, principal trastorno motor esofágico que posee terapias bien establecidas. Con esta técnica se han descrito tres diferentes tipos de acalasia según el patrón contráctil presente, los que tienen diferentes respuestas terapéuticas. La acalasia tipo II o con panpresurización es la que presenta los mejores resultados con cualquier tipo de terapia, tanto cirugía como dilatación; en cambio, la tipo III con espasmo es la de peor pronóstico con resultados positivos a la terapia en no más de un tercio de los pacientes^{8,9}.

Además, este tipo de técnica ha permitido la detección de nuevos trastornos motores como la obstrucción al flujo de salida de la unión esófago-gástrica, en la cual existe una falla en la relajación de la unión esófago-gástrica con motilidad conservada y el esófago hipercontráctil o también llamado *Jackhammer esophagus*, caracterizado por ondas de gran amplitud y larga duración^{8,10}.

La cintigrafía esofágica es una técnica poco usada en la práctica clínica en estos momentos y ha sido paulatinamente dejada de lado. Mediante la ingestión de un bolus líquido o sólido marcado con un

radionúclido, como el ^{99m}Tc -DTPA, se registra el movimiento del radiotrazador en una gammacámara, permitiendo así medir el tránsito del *bolus* y el aclaramiento esofágico. Tiene múltiples desventajas, entre ellas la utilización de material radioactivo, la exposición a radiación y una mala definición anatómica en comparación con la radiografía baritada del esófago.

Técnicas futuras o emergentes

En los últimos años se han estado desarrollando nuevas técnicas diagnósticas. Una de ellas es la impedancia intraluminal multicanal, que tiene una exactitud para medir el tránsito del bolo de 97% en comparación con la fluoroscopia. Utiliza los cambios en la conductividad eléctrica asociados con el pasaje del bolo alimentario para mapear el tránsito del mismo y su aclaramiento. Puede ser utilizada en conjunto con manometría de alta resolución para evaluar a las disfagias no obstructivas. Sirve para aclarar la relación existente entre una anomalía motora y una anomalía en el transporte del bolo, dado que no siempre son sinónimo¹¹.

También en los últimos años se ha desarrollado el ultrasonido intraluminal de alta frecuencia que permite evaluar la contracción de la musculatura longitudinal del esófago y el EndoFLIP® (*functional lumen imaging probe*) técnica que mediante el uso

de balones con solución salina en su interior permite evaluar la apertura y la distensibilidad del esófago, especialmente a nivel de sus regiones esfinterianas¹².

Resumen

La disfagia es un motivo de consulta frecuente al gastroenterólogo y generalmente se debe a obstrucciones mecánicas del esófago o a alteraciones de la motilidad. Las características del paciente y la sintomatología son claves para tratar de determinar su causa y poder planificar el estudio. La disfagia oro-faríngea es causada frecuentemente por alteraciones neurológicas o anatómicas. Para su evaluación el mejor examen es el estudio de vídeo deglución. La disfagia esofágica posee múltiples causas, las que pueden ser evaluadas a través de diferentes exámenes. La endoscopia digestiva alta y la radiografía baritada son los exámenes de primera línea, especialmente cuando se sospecha la presencia de alguna causa mecánica. La motilidad esofágica puede ser evaluada a través de diferentes técnicas, habiéndose desarrollado en los últimos años la manometría de alta resolución y el monitoreo de impedancia. Están en desarrollo nuevas técnicas como el ultrasonido esofágico y en EndoFLIP® (*Endoluminal Functional Lumen Imaging Probe*), cuyo uso aún se encuentra limitado al campo de la investigación.

Palabras clave: Disfagia, etiología, deglución.

Referencias

- 1.- Lind C. Dysphagia: evaluation and treatment. *Gastroenterol Clin North Am* 2003; 32: 553-75.
- 2.- Spieker M. Evaluating Dysphagia. *Am Fam Physician* 2000; 61: 3639-48.
- 3.- Kuo P, Holloway R, Nguyen N. Current and future techniques in the evaluation of dysphagia. *J Gastroenterol Hepatol* 2012; 27: 873-81.
- 4.- Cook I. Oropharyngeal Dysphagia. *Gastroenterol Clin North Am* 2009; 38: 411-31.
- 5.- Allen B, Baker M, Falk G. Role of barium esophagography in evaluating dysphagia. *Cleve Clin J Med* 2009; 76: 105-11.
- 6.- Bredenoord A, Hebbard G. Technical aspects of clinical high-resolution manometry studies. *Neurogastroenterol Motil* 2012; 24 (Suppl.1): 5-10.
- 7.- Conklin J. Evaluation of esophageal motor function with high-resolution manometry. *J Neurogastroenterol Motil* 2013; 19: 281-94.
- 8.- Boeckxstaens G, Zaninotto G. Achalasia and esophago-gastric junction outflow obstruction: focus on the subtypes. *Neurogastroenterol Motil* 2012; 24 (Suppl. 1): 27-31.
- 9.- Rohof W, Salvador R, Annese V, Bruley des Varannes S, Chaussade S, Costantini M, et al. Outcomes of treatment for achalasia depend on manometric subtypes. *Gastroenterology* 2013; 144: 718-25.
- 10.- Bredenoord A, Fox M, Kahrilas P, Pandolfino J, Schwizer W, Smout AJ, et al. Chicago classification criteria of esophageal motility disorders defined in high resolution esophageal pressure topography. *Neurogastroenterol Motil* 2012; 24 (Suppl. 1): 57-65.
- 11.- Bredenoord A, Tutuian R, Smout A, Castell D. Technology Review: Esophageal impedance monitoring. *Am J Gastroenterol* 2007; 102: 187-94.
- 12.- Neumann H, Neurath M, Vieth M, Lever F, Meijer F, Lips IM, et al. Innovative techniques in evaluating the esophagus; imaging of the esophagus morphology and function; and drugs for esophageal disease. *Ann. N.Y. Acad Sci* 2013; 1300: 11-28.