



World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: **Para el manejo de la disfagia**

January 2004: Final Version

Equipo de Revisión

- J.R. Malagelada (Chair)
- F. Bazzoli
- A. Elewaut
- M. Fried
- J.H. Krabshuis
- G. Lindberg
- P. Malfertheiner
- P. Sharma
- N. Vakil

Secciones:

1. Definiciones
2. Introducción y puntos clave
3. Carga de la enfermedad y epidemiología
4. Causas de disfagia
5. Diagnóstico clínico
6. Opciones de tratamiento
7. Literatura - Referencias
8. Directivas y Sitios útiles en la Web
9. Questions

1. Definición

El término "disfagia" puede referirse a la dificultad para iniciar la deglución (habitualmente denominada disfagia orofaríngea) o a la sensación de que está obstaculizado el pasaje de los alimentos y/o los líquidos desde la boca al estómago (habitualmente denominada disfagia esofágica).

Por lo tanto, la disfagia es la 'percepción' de que hay un impedimento al pasaje normal del material deglutido.

2. Introducción y puntos clave

La deglución es un proceso regido por el centro de la deglución en el bulbo raquídeo y la porción media y distal del esófago mediante un reflejo peristáltico fundamentalmente autónomo coordinado por el sistema nervioso entérico situado en la pared del esófago. La siguiente figura indica los mecanismos fisiológicos que participan de estas diversas fases.

Etapas de la deglución por fase	
El alimento ingresa a la cavidad oral	Fase oral
Masticación y formación del bolo	
La lengua se eleva y propule el bolo hacia la faringe	Fase orofaríngea
El paladar blando se eleva para sellar la nasofaringe	
La laringe y el hueso hioides se desplazan hacia delante y arriba	
La epiglotis se mueve hacia atrás y abajo para cerrarse	
Se interrumpe la respiración	
Se acorta la faringe	
Se relaja el esfínter esofágico superior	Fase esofágica
El bolo pasa al esófago	
El esófago se contrae secuencialmente	
Se relaja el esfínter esofágico inferior	
El bolo llega al estómago	

Debe tomarse la decisión sobre la ubicación de la disfagia de acuerdo a la descripción del paciente; la lesión estará a nivel de la ubicación percibida por el paciente o por debajo.

De similar manera, es importante establecer si la disfagia es para sólidos, líquidos o ambos, y si es progresiva o intermitente. También es importante establecer la duración de los síntomas.

Si bien frecuentemente pueden aparecer juntas, es importante también excluir la odinofagia (dolor a la deglución). Finalmente, en base a los síntomas, es preciso descartar entidades como el globo faríngeo (sensación de nudo en la garganta), presión en el tórax, disnea y fagofobia (miedo a deglutir) entre los diagnósticos diferenciales.

Características claves a considerar en la historia médica:

- Ubicación
- Tipos de alimentos y/o líquidos
- Permanente o intermitente
- Duración de los síntomas

Decisión clave: ¿la disfagia es orofaríngea o esofágica? Esta distinción puede ser hecha con confianza en base a una anamnesis muy cuidadosa que dé una valoración exacta del tipo de disfagia (oro-faríngea o esofágica en alrededor de 80-85% de los casos).

2.1. Disfagia orofaríngea- principales manifestaciones

La disfagia orofaríngea recibe también el nombre de disfagia 'alta', refiriéndose a una ubicación oral o faríngea.

Los pacientes tienen dificultades para iniciar la deglución, y habitualmente identifican el área cervical como el área que presenta el problema.

Síntomas acompañantes frecuentes

- Dificultad para iniciar la deglución

- Regurgitación nasal
- Tos
- Voz nasal (rinolalia)
- Disminución del reflejo de la tos
- Ahogos (obsérvese que puede haber penetración laríngea y aspiración sin ahogos o tos concomitante).
- Disartria y diplopía (pueden acompañar a las afecciones neurológicas que provocan disfagia orofaríngea). Puede haber halitosis en los pacientes con un gran divertículo de Zenker lleno de residuos, también con una acalasia avanzada o una obstrucción de larga data con acumulación luminal o residuos en descomposición.

Se puede obtener un diagnóstico preciso cuando hay una afección neurológica definida acompañando la disfagia orofaríngea como:

Hemiparesia luego de un accidente cerebrovascular previo

- Ptosis palpebral
- Indicaciones de miastenia gravis (debilidad al final del día)
- Enfermedad de Parkinson
- Otras patologías neurológicas incluyendo distonía cervical, hiperostosis cervical y malformación de Arnold-Chiari (herniación del rombencéfalo)
- Los déficits específicos de los nervios craneanos que participan en la deglución pueden también ayudar a detectar el origen del trastorno orofaríngeo, permitiendo establecer un diagnóstico.

2.2. Disfagia esofágica – principales manifestaciones

La disfagia esofágica recibe también el nombre de disfagia 'baja', refiriéndose a una probable ubicación en el esófago distal, si bien habría que destacar que algunos pacientes con disfagia esofágica, como acalasia, pueden describirla en la región cervical, simulando una disfagia orofaríngea.

- La disfagia que se presenta tanto para sólidos como para líquidos a menudo implica un problema de motilidad esofágica. Esta sospecha se ve reforzada cuando la disfagia intermitente a sólidos y líquidos se acompaña de dolor torácico.
- La disfagia que ocurre solo con sólidos pero nunca con líquidos sugiere la posibilidad de obstrucción mecánica con una estenosis luminal con un diámetro < 15 mm. Si es progresiva, considerar particularmente una estrechez péptica o un carcinoma. Además, vale la pena destacar que los pacientes con estenosis péptica habitualmente tienen una larga historia de pirosis y regurgitaciones pero sin pérdida de peso. A la inversa, los pacientes con cáncer esofágico tienden a ser hombres de más edad con una pérdida marcada de peso.

El examen físico de los pacientes con disfagia esofágica es habitualmente de valor limitado, si bien en los pacientes con cáncer esofágico se pueden palpar linfadenopatías cervicales y/o supraclaviculares. Además algunos pacientes con escleroderma y estrecheces pépticas secundarias pueden presentar el síndrome de CREST (calcinosis -digital-, enfermedad de Raynaud, dismotilidad esofágica, esclerodactilia, teleangiectasias).

La halitosis puede sugerir acalasia avanzada u obstrucción de larga data con acumulación de residuos de descomposición lenta en la luz del esófago.

3. Carga de la enfermedad y epidemiología

La disfagia es un problema común. Por ejemplo, la incidencia de disfagia en los cuidados médicos en agudo ha llegado a 33%, y los estudios en casas de salud han demostrado que entre 30-40% de los pacientes presentan trastornos de la deglución, dando origen a una alta incidencia de complicaciones de aspiración.

Por otro lado, no se dispone de datos epidemiológicos a nivel global, ya que la tasa basal de la mayoría de las patologías que pueden provocar disfagia tiende a diferir entre Europa Occidental y Norte América y Sur de Asia, Oriente Medio o África. Asimismo, las tasas basales varían dependiendo de la edad del paciente y habría que recordar también que el espectro de trastornos que provocan disfagia en la infancia es diferente del espectro de patologías del adulto. Por lo tanto, sólo es posible hacer aproximaciones a escala global. Generalmente, la disfagia aparece en todos los grupos de edad, pero su prevalencia aumenta con la edad.

En los pacientes más jóvenes la disfagia a menudo surge después de accidentes con traumatismo de cabeza y cuello, así como cáncer de garganta y boca. La prevalencia de los tumores difiere entre los diversos países. Por ejemplo, mientras que en EEUU el adenocarcinoma es el tipo más común de cáncer esofágico, en India y China es el carcinoma escamocelular. De similar manera, las estenosis corrosivas del esófago (individuos que consumen agentes corrosivos como intento de suicidio) y tuberculosis pueden ser también aspectos importantes en un ambiente no occidental.

4. Causas de disfagia

Cuando uno trata de establecer la etiología de la disfagia, es útil seguir la misma clasificación adoptada para la valoración de los síntomas, es decir, hacer una distinción entre aquellas causas que afectan fundamentalmente la faringe y el esófago proximal (orofaríngeo o disfagia 'alta') y las causas que afectan fundamentalmente el cuerpo del esófago y la unión esofagogástrica (disfagia 'baja' o esofágica). Sin embargo, es verdad que muchos de los trastornos se superponen y pueden producir disfagia orofaríngea o esofágica. Es muy importante hacer una anamnesis cuidadosa que incluya el uso de medicación, ya que puede haber medicamentos involucrados en la patogenia de la disfagia.

4.1. Disfagia orofaríngea

En los pacientes jóvenes, la disfagia orofaríngea en general obedece a patologías musculares, membranas y anillos. En las personas de más edad, habitualmente es provocada por patología del sistema nervioso central, incluyendo accidentes cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson y demencia. Generalmente es útil intentar hacer una distinción entre los trastornos mecánicos y los trastornos de la motilidad de origen neuromuscular, como se muestra a continuación.

4.1.1. Causas mecánicas y obstructivas

Infecciones (por ejemplo, abscesos retroperitoneales)

- Agrandamiento de la tiroides
- Adenopatías ganglionares

- Divertículo de Zencker (con pequeños divertículos que pueden ser provocados por disfunción del Esfínter Esofágico Superior)
- Reducción de la complacencia muscular (fibrosis, miositis)
- Neoplasias de cabeza y cuello
- Osteofitos cervicales (raro)
- Neoplasia orofaríngea y cánceres (raro)

4.1.2. Trastornos neuromusculares

- Enfermedades del sistema nervioso central como accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, parálisis bulbar o de los pares craneanos (por ejemplo, esclerosis múltiple, enfermedad de la neurona motora), esclerosis lateral amiotrófica.
- Trastornos de la contractilidad, como espasmo cricofaríngeo (disfunción del EES) o miastenia gravis, distrofia muscular óculo-faríngea, y otras.
- Se ha identificado disfagia posterior a un accidente cerebrovascular en alrededor de 50% de los casos. La severidad de la disfagia tiende a estar asociada con la severidad del accidente cerebrovascular. Hasta 50% de los pacientes con Parkinson manifiesta algunos síntomas consistentes con disfagia orofaríngea y hasta 95% muestra anomalías en la video-esofagografía. Puede haber una disfagia clínicamente significativa precozmente en la enfermedad de Parkinson pero es más frecuente en las etapas más tardías.

4.1.3. Otras

- Mala dentadura
- Úlceras de boca
- Xerostomía
- Uso prolongado de penicilamina

4.2. Disfagia esofágica

Hay tres tipos de afecciones que tienen mayor probabilidad de provocar disfagia:

- Patologías de la mucosa (intrínsecas) que estenosan la luz a causa de inflamación, fibrosis o neoplasia
- Patologías mediastinales (extrínsecas) que obstruyen el esófago por invasión directa o mediante adenomegalias
- Patologías neuromusculares que afectan la musculatura lisa esofágica y su innervación, produciendo la disrupción de la peristalsis o de la relación con el esfínter esofágico inferior o ambos.

Tabla I. Causas más comunes de disfagia esofágica

Cuerpos extraños intraluminales (habitualmente son causa de disfagia aguda)

Patología mucosa

- Estrechez péptica secundaria a enfermedad de reflujo gastroesofágico
 - Anillos o bandas y membranas esofágicas (disfagia sideropénica o síndrome de Plummer-Vinson)
 - Tumores esofágicos
 - Lesiones cáusticas (por ejemplo, ingestión de lejía, esofagitis por píldoras, escleroterapia para várices)
-

-
- Lesión por radiación
 - Esofagitis infecciosa
 - Esofagitis eosinofílica

Patologías mediastinales

- Tumores (por ejemplo: cáncer pulmonar, linfoma)
- Infecciones (por ejemplo: tuberculosis, histoplasmosis)
- Cardiovascular (aurícula dilatada, compresión vascular)

Patologías que afectan la musculatura lisa y su inervación

- Acalasia (idiopática y asociada con enfermedad de Chagas)
- Escleroderma
- Otros trastornos de la motilidad
- Postquirúrgicas (es decir, post funduplicatura, dispositivos antireflujo)

5. Diagnóstico clínico

5.1 Introducción

Es importante contar con una historia exacta que cubra los elementos diagnósticos clave y a menudo puede establecer un diagnóstico con certeza. Es importante establecer cuidadosamente dónde se percibe el problema de la deglución (disfagia orofaríngea vs esofágica).

5.2 Diagnóstico y manejo de la disfagia orofaríngea

La prueba de deglución del agua cronometrada es una prueba de screening básico barata y potencialmente útil, para complementar la evidencia obtenida por la historia clínica y el examen físico.

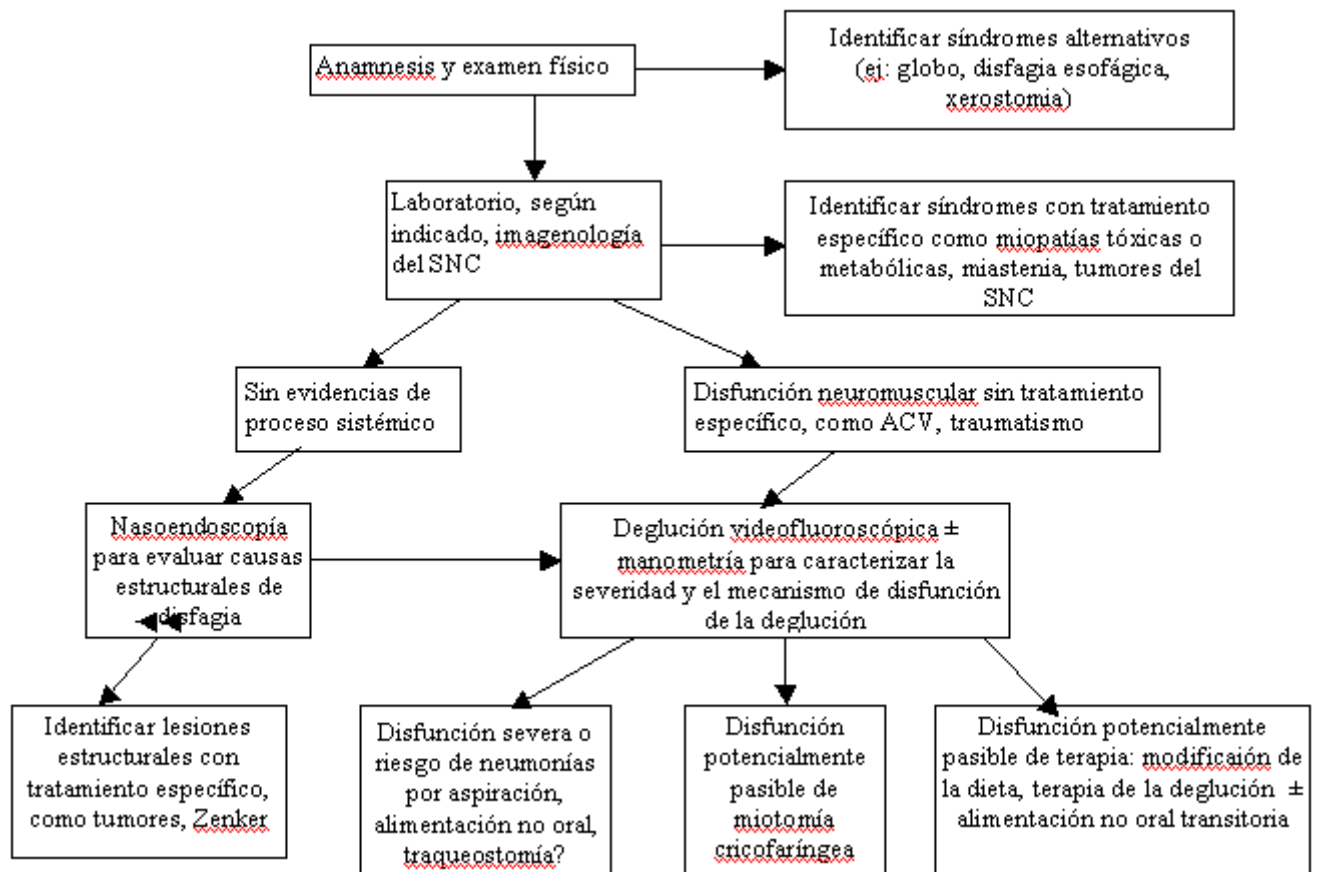
La prueba consiste en que el paciente beba 150 ml de agua de un vaso lo más rápidamente posible, mientras que el examinador registra el tiempo que le lleva beberla y el número de degluciones. A partir de estos datos se puede calcular la velocidad de deglución y el volumen promedio por cada trago. Se ha reportado una sensibilidad predictiva de >95% para identificar la presencia de disfagia. Esta prueba puede ser complementada con una "prueba de alimentos" usando un poco de flan que se coloca en el dorso de la lengua (ref 6).

Al tanto que se puede hacer una prueba de deglución de agua para establecer si hay disfagia. No logra identificar la aspiración en 20-40% de los casos, haciéndose el seguimiento con video fluoroscopia debido a una ausencia del reflejo de tos, como se describió más arriba.

Es preciso considerar pruebas más específicas y confiables para la evaluación de la disfagia, dependiendo de las características de los pacientes y la importancia de su problema. En este sentido, por favor, observar que el estudio de la deglución por video fluoroscopia (conocido también como 'deglución de bario modificada') es la prueba de

referencia para el diagnóstico de disfagia orofaríngea, y la nasoesfiboscopia es la prueba de referencia para la evaluación de las causas estructurales de la disfagia (7,8,9). Además, las técnicas videofluoroscópicas pueden ser transmitidas por Internet, facilitando así las lecturas interpretativas desde sitios remotos (10). La evaluación videofluoroscópica puede también ayudar a predecir el riesgo de neumonía por aspiración (11).

El algoritmo que se da a continuación da una indicación de pruebas más sofisticadas y procedimientos necesarios para llevar a cabo una investigación diagnóstica que lleve a terapias específicas.



Algoritmo 1. Evaluación y manejo de disfagia orofaríngea

* Alimentación por sonda yeyunal en agudo; alimentación por sonda de gastrostomía percutánea o yeyunostomía en situaciones crónicas.

5.3. Diagnóstico y manejo de la disfagia esofágica

5.3.1. Primero hay que considerar la historia clínica.

La principal preocupación con la disfagia esofágica es excluir la neoplasia maligna.

La historia del paciente puede dar pistas; es probable que haya una neoplasia si hay:

- Duración breve (< 4 meses)
- Progresión de la enfermedad

- Mayor disfagia para sólidos que para líquidos
- Pérdida de peso

Es más probable que se trate de una acalasia si:

- Hay disfagia tanto para sólidos como para líquidos
- El problema lleva ya varios meses o año
- No hay pérdida de peso

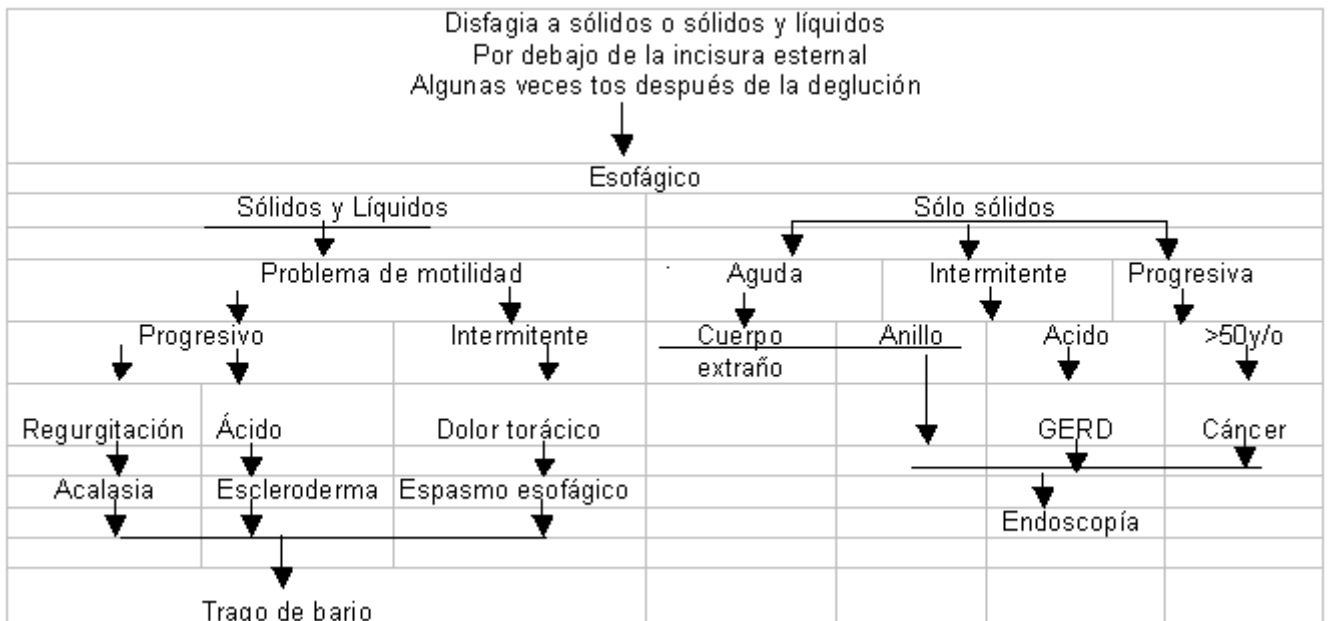
En cuanto a las pruebas diagnósticas, se discute si hay que hacer primero endoscopía o un tránsito alto baritado.

5.3.2. Esofagograma con contraste baritado (Deglución de bario)

El esofagograma baritado - tomado con el paciente en posición supina y de pie - destaca las irregularidades en la luz del esófago e identifica la mayoría de los casos de obstrucción, membranas y anillos. El estudio baritado de la orofaringe y esófago durante la deglución es la prueba inicial de mayor utilidad; puede ser también útil en la detección de acalasia y espasmo esofágico difuso, si bien estas afecciones son diagnosticadas de manera más definitiva mediante manometría. También puede servir incluir un comprimido de bario para identificar las estenosis sutiles. La deglución de un trago de bario puede ser útil también en los pacientes disfágicos con una endoscopía negativa, si se agrega el comprimido.

5.3.3.

El esofagograma baritado - tomado con el paciente en posición supina y de pie - destaca las irregularidades en la luz del esófago e identifica la mayoría de los casos de obstrucción, membranas y anillos. El estudio baritado de la orofaringe y esófago durante la deglución es la prueba inicial de mayor utilidad; puede ser también útil en la detección de acalasia y espasmo esofágico difuso, si bien estas afecciones son diagnosticadas de manera más definitiva mediante manometría. También puede servir incluir un comprimido de bario para identificar las estenosis sutiles. La deglución de un trago de bario puede ser útil también en los pacientes disfágicos con una endoscopía negativa, si se agrega el comprimido.



5.3.4. Otras pruebas diagnósticas

- **Manometría esofágica**
Este método diagnóstico está disponible con menor frecuencia que la deglución de bario y la endoscopia pero puede ser muy útil en casos seleccionados. Se basa en el registro de la presión de la luz del esófago usando bario sólido o técnicas de perfusión.
La manometría está indicada cuando se sospecha una causa esofágica de disfagia cuando los resultados de una deglución de bario y la endoscopia son poco concluyentes y luego de un tratamiento antirreflujo adecuado (habiéndose demostrado la cicatrización de la esofagitis endoscópicamente).
Las tres principales causas de disfagia que pueden ser diagnosticadas por manometría esofágica son acalasia, escleroderma (peristalsis esofágica ineficaz) y espasmo esofágico.
- **Centellografía de tránsito esofágico con radionucleótidos**
El paciente traga un líquido radiomarcado (por ejemplo agua mezclada con coloide de azufre con tecnecio-99m) y se mide la radioactividad dentro del esófago. Los pacientes con trastornos de la motilidad habitualmente tienen una desaparición retardada del fármaco radiomarcado del esófago. La técnica es usada primariamente con fines de investigación, pero actualmente se está comenzando a usar con fines clínicos en algunas instituciones especializadas

6. Opciones de tratamiento

6.1. Disfagia orofaríngea

Hay pocas opciones de tratamiento para la disfagia orofaríngea, ya que los trastornos neurológicos y neuromusculares que la producen rara vez pueden ser corregidos mediante terapia farmacológica o quirúrgica. Entre las excepciones notables están el tratamiento médico de la enfermedad de Parkinson y la miastenia. El manejo de las complicaciones es de enorme importancia. En este sentido, la identificación de los riesgos de aspiración es un elemento clave al considerar las opciones de tratamiento.

Nutrición y dieta

El cambio de la dieta con alimentos más blandos y medidas posturales constituyen medidas útiles. Siempre que sea posible conviene mantener la alimentación por vía oral. La modificación de la consistencia de los alimentos para espesar los líquidos y los alimentos blandos puede hacer una diferencia importante (12). Debe prestarse atención al monitoreo de los líquidos y las necesidades nutricionales (riesgo de deshidratación). El agregado de ácido cítrico a las comidas mejora los reflejos de deglución, posiblemente gracias a un aumento de la estimulación gustativa y trigeminal de ácido (13). El tratamiento adyuvante con un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina para facilitar el reflejo de la tos también puede ser de utilidad (14)

Si existe un riesgo elevado de aspiración o cuando la ingesta por boca no permite un estado nutricional adecuado, debe considerarse un soporte nutricional alternativo. Se puede pasar una sonda de alimentación blanda y fina perforada, bajo guía radiológica. La alimentación por gastrostomía después de un accidente cerebrovascular reduce la mortalidad y mejora el estado nutricional comparado con la alimentación nasogástrica. La gastrostomía endoscópica percutánea implica pasar una sonda de gastrostomía al estómago por vía

percutánea abdominal, guiada por endoscopia, y de estar disponible, es habitualmente preferible a la gastrostomía quirúrgica. La probabilidad de que eventualmente se puedan retirar los tubos de alimentación es menor si los pacientes que son de edad avanzada sufren de un accidente cerebrovascular bilateral o si presentan aspiración durante el estudio de videofluoroscopia inicial (15).

Los tratamientos quirúrgicos dirigidos a aliviar las causas espásticas de la disfagia, tales como una miotomía cricofaríngea, han sido exitosos en hasta 60% de los casos, pero su uso sigue siendo controvertido (16). Por otra parte, a menudo ayuda la remoción de otros impedimentos mecánicos como un divertículo de Zenker de gran tamaño, que comprime el divertículo.

Reeducación de la deglución

Se han desarrollado diversas técnicas de terapia de la deglución para facilitar la deglución alterada. Entre ellas se incluyen los ejercicios de fortalecimiento, estimulación térmica y gustativa por biofeedback.

6.2. Disfagia esofágica

La Tabla 2, a continuación, proporciona una lista de las opciones de manejo que se pueden considerar para la disfagia esofágica.

Tabla 2.

Afección	Tratamiento conservador	Tratamiento invasivo
Espasmos esofágicos difusos	Nitrato, bloqueadores de los canales de calcio	Dilataciones seriadas o miotomía longitudinal
Acalasia	Alimentos blandos, anticolinérgicos, bloqueadores de los canales de calcio	Dilatación, inyecciones de toxina botulínica, miotomía de Heller
Escleroderma	Antirreflujo, manejo médico sistémico del escleroderma	Ninguno
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	Medicación antirreflujo, bloqueadores de H ₂ , inhibidores de la bomba de protones	Dilatación, funduplicatura
Esofagitis infecciosa	Antibióticos (nistatina, acyclovir)	Ninguno
Divertículo faringoesofágico (Zenker)	Ninguno	Reparación endoscópica o externa además de miotomía cricofaríngea
Anillo de Schatzky	Alimentos blandos	Dilatación

6.2.1. Estenosis esofágicas pépticas

Las estenosis pépticas son habitualmente el resultado de enfermedad por reflujo gastroesofágico (GERD)- pero también pueden ser provocadas por medicación.

En el diagnóstico diferencial, descartar:

- estenosis cáusticas tras la inyección de sustancias químicas corrosivas.
- estenosis inducidas por medicamentos
- estenosis postoperatoria
- estenosis micótica

Después de la confirmación endoscópica, la dilatación es el tratamiento de elección. A continuación se describe el procedimiento:

Las estenosis esofágicas deben ser dilatadas de manera progresiva con bujías de Savary flexibles o balones. La elección entre los tipos de dilatadores debería basarse en la disponibilidad de los dilatadores en una institución determinada y de la experiencia y el confort del operador usándolos, ya que la experiencia publicada no ha establecido la superioridad de un tipo de dilatador con respecto a otro de manera convincente. Si se realiza una dilatación con bujías, la primera bujía que se pase debe tener un diámetro aproximadamente igual al diámetro estimado de la estrechez. Se introducen bujías de un diámetro cada vez mayor hasta que se encuentre la primera resistencia, luego de lo cual no se pasan más de dos bujías más durante una sesión. Si se usan dilatadores de balón, la dilatación inicial habitualmente debería estar limitada a un diámetro no mayor a 45F. El tamaño de la dilatación inicial de la estenosis no parece influir sobre la recurrencia de la estrechez ni la necesidad de una dilatación ulterior, por lo que hay poco que avale el concepto que las estrecheces deben ser dilatadas de manera agresiva para impedir la recurrencia. El grado de dilatación de un paciente individual debería basarse en la respuesta sintomática al tratamiento y en las dificultades encontradas durante el procedimiento de dilatación. La mayoría de los pacientes experimentan un buen alivio de la disfagia dilatando hasta un diámetro entre 40F y 54F. Por lo general no conviene dilatar las estrecheces a un diámetro mayor a 60F.

La terapia antirreflujo agresiva con inhibidores de la bomba de protones o fundoplicatura mejora la disfagia y disminuye el número de dilataciones esofágicas necesarias en los pacientes con estrechez esofágica péptica. Para los pacientes cuya disfagia persiste o si el paciente vuelve después de un intento inicial de dilatación y terapia antirreflujo, la cicatrización de la esofagitis por reflujo debe ser confirmada endoscópicamente antes de repetir la dilatación. Cuando ha tenido lugar la curación de la esofagitis por reflujo, la necesidad de dilataciones subsiguientes es determinada empíricamente. A los pacientes que presentan solo un alivio transitorio de poca duración se les puede enseñar la técnica de aplicación de las bujías para que lo hagan por sí mismos. Para las estenosis refractarias se puede considerar un intento de inyección de corticoide. Es raro que haya estenosis verdaderamente refractarias que requieran resección esofágica y reconstrucción. Excepcionalmente puede estar indicado colocar una prótesis endoluminal en las estenosis benignas (17). El riesgo de ruptura es alrededor de 0.5%. La cirugía está generalmente indicada si ocurre una perforación franca.

6.2.2. Tratamiento de los anillos de la mucosa del esófago inferior (anillos de Schatzki)

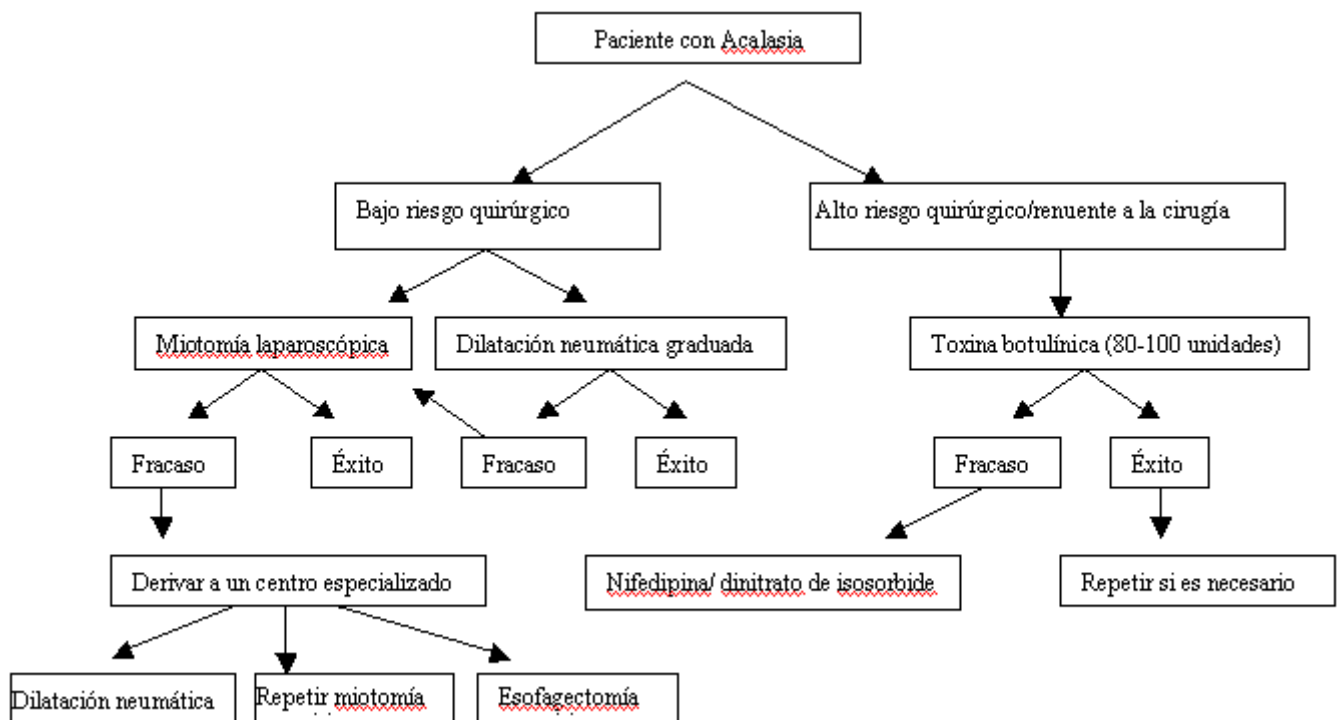
La terapia de dilatación para los anillos de la mucosa esofágica inferior consiste en el pasaje de una única bujía de gran tamaño o balón (45-60F) en un intento por fracturar (más que meramente estirar) los anillos. Luego de una dilatación abrupta, se trata agresivamente cualquier esofagitis por reflujo asociada. La necesidad de dilataciones subsiguientes se determina empíricamente. Sin embargo, es probable que haya una recidiva de la disfagia, y se debe informar a los pacientes que es probable que en el futuro haya que repetir las dilataciones. Se recomienda que los pacientes sean sometidos a manometría esofágica si la disfagia persiste o si regresa rápidamente a pesar de una dilatación adecuada y un correcto tratamiento antirreflujo. Para los pacientes con un trastorno tratable de la motilidad, como acalasia, la terapia está dirigida al problema de la motilidad. Si no se encuentra ningún trastorno de la motilidad tratable, se repite la endoscopia para confirmar que la esofagitis haya curado y que se haya roto el anillo. Para los pacientes con anillos persistentes, habitualmente se justifica hacer otro intento de dilatación abrupta. Los anillos refractarios que no responden a la dilatación abrupta usando balones estándar y bujías pueden responder a dilatación neumática con balones grandes (los usados para tratar acalasia),

incisión electroquirúrgica endoscópica y resección quirúrgica. Estas terapias serían necesarias solo rara vez para los pacientes con anillos de la mucosa esofágica inferior, y sólo después de haberse descartado otras causas de disfagia.

6.2.3. Acalasia

El manejo de la acalasia depende en gran medida del riesgo quirúrgico. Hay un procedimiento endoscópico de bajo riesgo como una inyección de toxina botulínica, a menudo efectivo pero de efectos transitorios (habitualmente 6 meses o menos), que se reserva para los pacientes que tienen contraindicación total de cirugía. Para aquellos en los que la cirugía es una opción, la mayoría de los gastroenterólogos comienzan con una dilatación neumática endoscópica (riesgo de perforación cercano a 6%) y optan por la miotomía laparoscópica de tipo Heller en aquellos en los que fracasan 2 dilataciones forzadas. Algunos gastroenterólogos prefieren optar directamente por la cirugía, sin intentar primero con la dilatación forzada.

Ver las opciones de manejo y las evoluciones en el siguiente algoritmo



El tratamiento médico con nitratos o bloqueadores de los canales de calcio a menudo es ineficaz o mal tolerado. Se puede utilizar inyecciones de toxina botulínica como terapia inicial para los pacientes que presentan riesgos quirúrgicos si el clínico juzga que la medicación y las bujías serían mal toleradas. La inyección de toxina botulínica parece ser un procedimiento seguro que puede inducir una remisión clínica durante por lo menos 6 meses en aproximadamente dos tercios de los pacientes con acalasia. Sin embargo, la mayoría de los pacientes necesitarán inyecciones repetidas para mantener la remisión; y solo alrededor de dos tercios de los pacientes en remisión a los 6 meses permanecerán en remisión al año, a pesar de las inyecciones repetidas. Cuando estos tratamientos han fracasado, el médico y el paciente deben decidir si los beneficios potenciales de la dilatación neumática o miotomía superan los riesgos sustanciales que plantean estos procedimientos a los pacientes ancianos o enfermos. Una gastrostomía para alimentación es una alternativa más segura

que la dilatación neumática o la miotomía, pero mucho pacientes neurológicamente intactos encuentran que la vida con una gastrostomía es inaceptable.

7. Referencias bibliográficas

1. Dysphagia - ABC of the upper gastrointestinal tract. William Owen BMJ 2001;323:850-853 [Pubmed-Medline](#)
2. A Technical Review on Treatment of Patients with Dysphagia caused by benign disorders of the distal esophagus Gastroenterology. 1999 Jul; 117(1): 233-54. [Pubmed-Medline](#)
3. Oesophageal motility disorders Joel E Richter The Lancet ; 8 september 2001; 358/9284;823-828. [Pubmed-Medline](#)
4. Current concepts expandable metal stents for the treatment of cancerous obstruction of the gastrointestinal tract Baron Todd H New England Journal of Medicine; 2001 31 May; 344 (22);1681-1687 [Pubmed-Medline](#)
5. Plummer-Vinson syndrome Atmatzidis-K, Papaziogas-B, Pavlidis-T, Mirelis-Ch, Papaziogas-T. Diseases of the Esophagus 2003, 16/2 (154-157) [Pubmed-Medline](#)
6. Dysphagia in patients with nasopharyngeal cancer after radiation therapy: A videofluoroscopic swallowing study. Chang-Y-C, Chen-S-Y, Lui-L-T, Wang-T-G, Wang-T-C, Hsiao-T-Y, Li-Y-W, Lien-I-N. DYSPHAGIA, 2003, Vol/Iss/Pg. 18/2 (135-143). [Pubmed-Medline](#)
7. Morphological findings in dynamic swallowing studies of symptomatic patients. Scharitzer-M, Pokieser-P, Schober-E, Schima-W, Eisenhuber-E, Stadler-A, Memarsadeghi-M, Partik-B, Lechner-G, Ekberg-O. M. Scharitzer European Radiology EUR-RADIOL, 01 MAY 2002, 12/5 1139-1144). [Pubmed-Medline](#)
8. Visualization of swallowing using real-time true FISP MR fluoroscopy. Barkhausen-J, Goyen-M, von-Winterfeld-F, Lauenstein-T, Debatin-J-F European Radiology 01 JAN 2002, 12/1 (129-133). [Pubmed-Medline](#)
9. Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. Ramsey-D-J-C, Smithard-D-G, Kalra-L. Stroke 01 MAY 2003, 34/5 (1252-1257). [Pubmed-Medline](#)
10. Real-time remote telefluoroscopic assessment of patients with dysphagia. Perlman-A-L, Witthawaskul-W. Dysphagia 2002, 17/2 (162-167). [Pubmed-Medline](#)
11. Videofluoroscopic studies of swallowing dysfunction and the relative risk of pneumonia. Pikus-L, Levine-M-S, Yang-Y-X, Rubesin-S-E, Katzka-D-A, Laufer-I, Gefter-W American Journal of Roentgenology 01 JUN 2003, 180/6 (1613-1616). [Pubmed-Medline](#)
12. Tolerance of early diet textures as indicators of recovery from dysphagia after stroke. Wilkinson-T-J, Thomas-K, MacGregor-S, Tillard-G, Wyles-C, Sainsbury-R. Dysphagia , 2002, 17/3 (227-232). [Pubmed-Medline](#)
13. Effect of citric acid and citric acid-sucrose mixtures on swallowing in neurogenic oropharyngeal dysphagia. Pelletier-C-A, Lawless-H-T. Dysphagia 2003, 18/4 (231-241). [Pubmed-Medline](#)
14. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. Marik-P-E, Kaplan-D. Chest 01 JUL 2003, 124/1 (328-336). [Pubmed-Medline](#)
15. Predictors of Feeding Gastrostomy Tube Removal in Stroke Patients With Dysphagia. Ickenstein-G-W, Kelly-P-J, Furie-K-L, Ambrosi-D, Rallis-N, Goldstein-R, Horick-N, Stein-J. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases 2003, 12/4 (169-174).
16. Quality of life following surgical treatment of oculopharyngeal syndrome. Gervais-M, Dorion-D. Journal of Otolaryngology 2003, 32/1(1-5). [Pubmed-Medline](#)

17. Relapsing cardiac stenosis after laparoscopic Nissen treated by esophageal stenting. Poudroux-P, Verdier-E, Courtial-P, Bapin-C, Deixonne-B, Balmes-J-L. Dysphagia 2003, 18/3 (218-222) [Pubmed-Medline](#)

8. Sitios útiles en la red y directrices

1. Medical Position Statement on the Management of Oropharyngeal Dysphagia ; Gastroenterology 1999; 116; 452-478 [Link](#)
2. Diagnosis and Management of Achalasia. Practice Guideline. The American Journal of Gastroenterology; 1999; 94/12;3406-3412. [Link](#)
3. ACR Appropriateness Criteria for imaging recommendations for patients with dysphagia - Radiology 2000 June; 215 (suppl) 225-230. [Link](#)
4. Management of patients with stroke; III Identification and management of Dysphagia ; SIGN Guideline No 20 ; pilot edition november 1997; [Link](#)
5. Diagnosis and treatment of swallowing disorders (dysphagia) in acute care stroke patients. (ACHPR-99-E023. Rockville: AHCP, 1999). [Link](#)
6. M. Louay Omran, Dysphagia. [Link](#)
7. Clinical Use of esophageal manometry; AGA Medical Position statement; reviewed 2001. [Link](#)
8. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration. American Society of Anesthesiologists Anesthesiology 1999 Mar;90(3):896-905. [Link](#)

9 Queries and Feedback

Invitation to comment

The Practice Guidelines Committee welcomes any comments and queries you may have. Do you feel we neglect some aspect? Do you feel some procedures carry extra risk? Tell us your experiences. Click the link below and let us know your views. Together we can make it better.

guidelines@worldgastroenterology.org