



DISFAGIA

RESIDENTE DE 4º AÑO MEDICINA DE FAMILIA

DRA : CAUTHER OMAERA ABOU SAADH

UDMFYC DE FUERTEVENTURA

DEGLUCIÓN

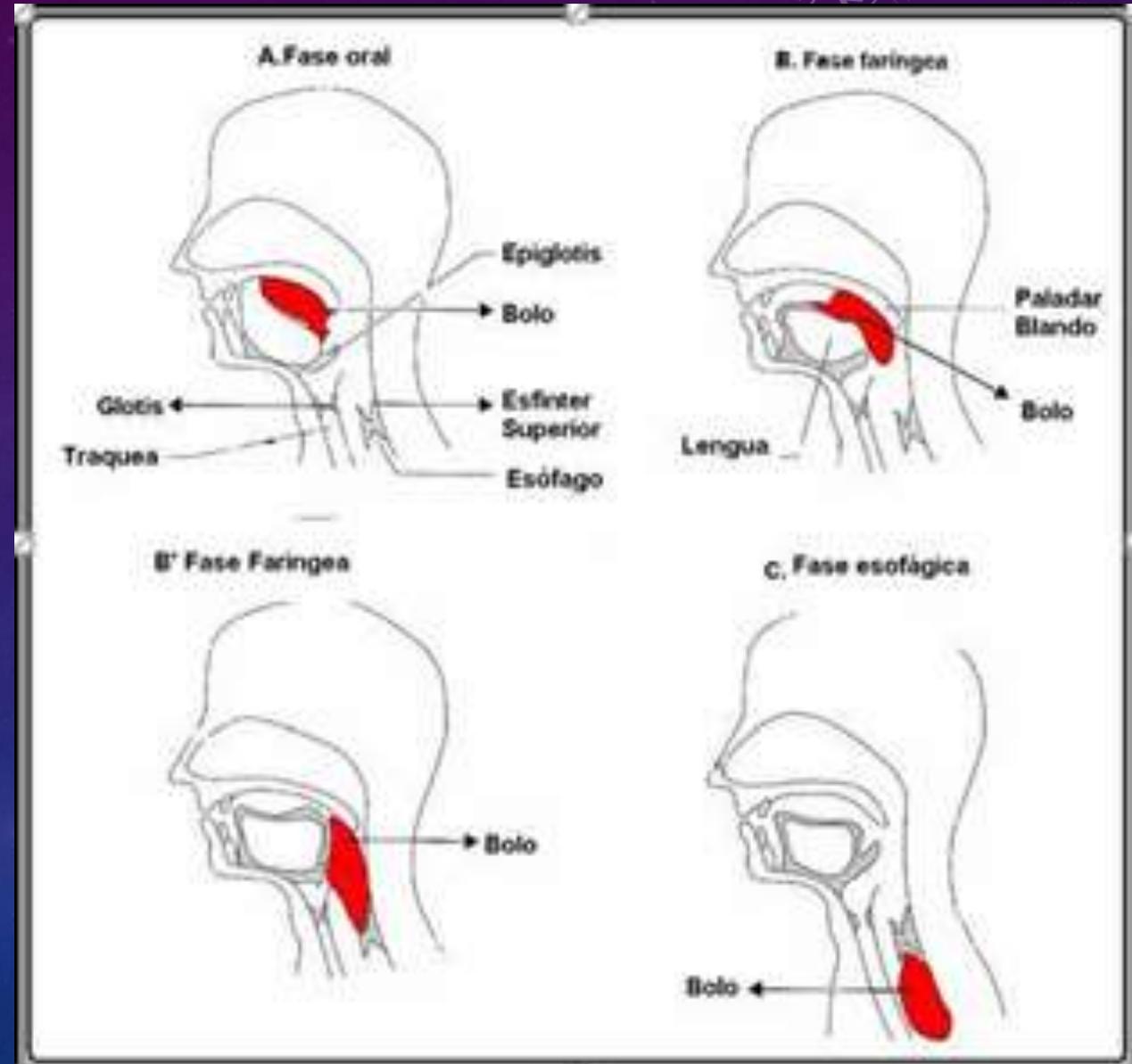
COORDINACIÓN NEUROMUSCULAR, RÁPIDA DE LOS COMPONENTES DE LAS CAVIDADES BUCAL FARÍNGEA, LARÍNGEA Y ESOFÁGICA.

- **Fases de la deglución**

1-Voluntaria, oral

2-Faríngea

3-Esofágica



Estructuras Involucradas



FISIOLOGÍA DE LA DEGLUCIÓN

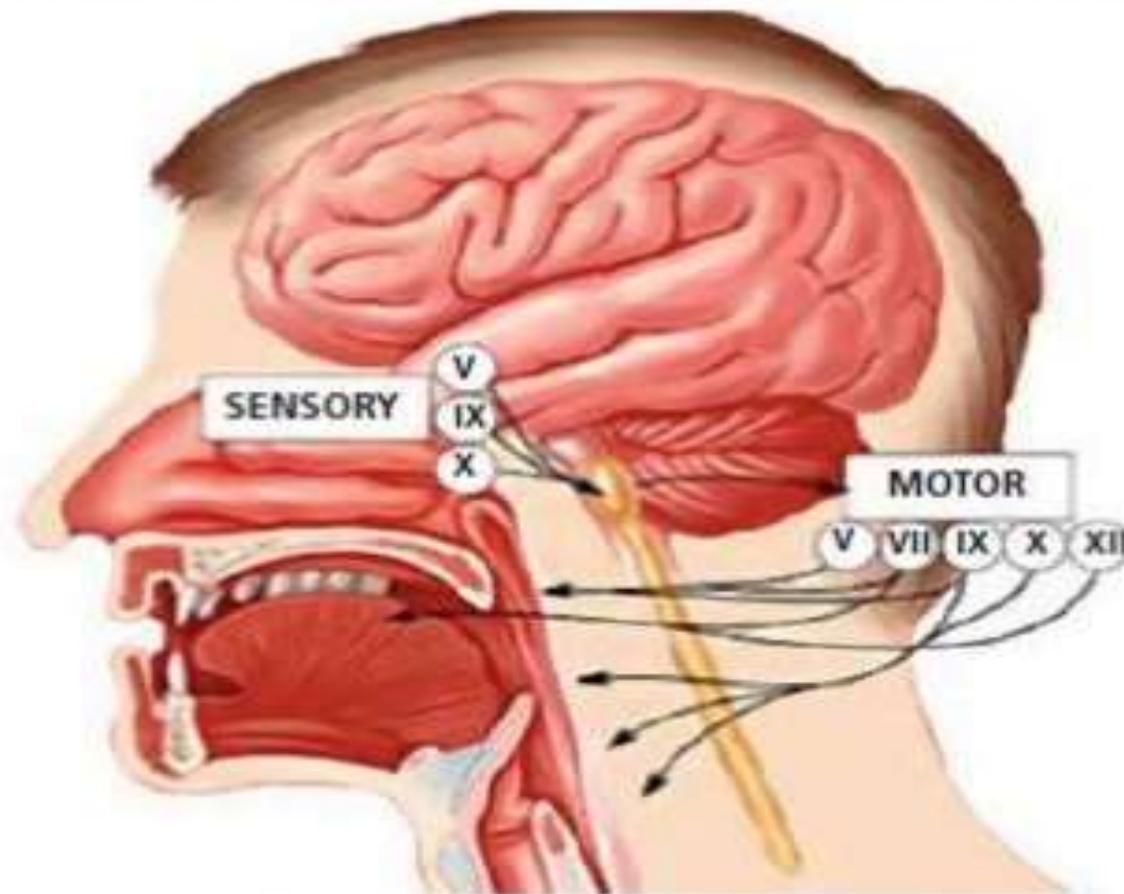


Figura 2. Esquema del control neurológico de la deglución orofaríngea. Los estímulos sensitivos son transmitidos por vías aferentes a través de los pares craneanos V, VII, IX y X hacia el núcleo del tracto solitario y núcleo ambiguo del tronco cerebral. Aquí se coordinará una respuesta motora eferente que viajará por los pares craneanos V, VII, IX, X y XII, controlando la actividad muscular de la cavidad oral y faríngea. Cabe destacar que las etapas de preparación oral y oral propiamente tal de la deglución son voluntarias, controladas por la corteza frontal.

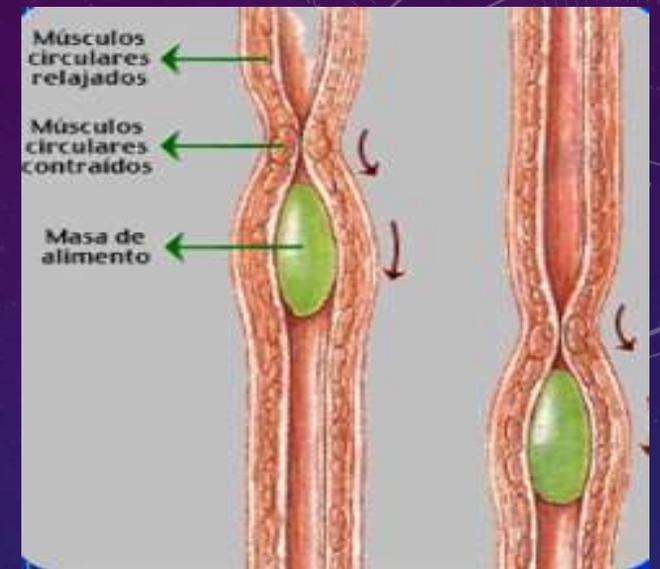
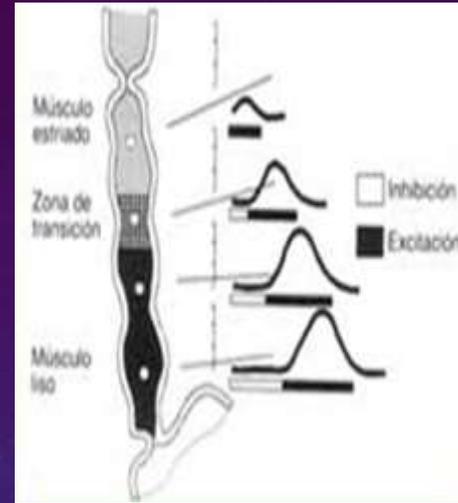
FASES DE LA DEGLUCIÓN

- **Fase oral preparatoria** : Duración variable y voluntaria, se prepara el bolo alimenticio
- **Fase oral propulsiva**: la presión se ejerce hacia arriba y hacia atrás de la lengua contra el paladar, el bolo se propulsiiona hacia la parte posterior (voluntaria)

FASES DE LA DEGLUCIÓN

- **Fase faríngea** : Duracion 1-2 seg, hay cierre de la nasofaringe mediante el velo del paladar, cierre de la laringe, apertura del esfínter esofágico superior y contracción del músculo faríngeo.

FASES DE LA DEGLUCIÓN



- **Fase esofágica:** Dura 6-8 seg, es involuntaria, depende de dos movimientos:
 - * Peristalsis primaria: continuación de la onda faríngea .
 - * Peristalsis secundaria: provocada por la distensión secundaria a alimentos retenidos, con la apertura posterior del EEI, para el paso del bolo al estómago.

DISFAGIA

- Dificultad para la deglución de los alimentos sólidos o líquido de la boca al estómago.
- Sensación de que el alimento se detiene en el pasaje desde la boca al estomago.

EPIDEMIOLOGIA

- Prevalencia en la población general:6-9%
- Aumenta progresivamente con la edad, llegando a afectar al 60% de los pacientes institucionalizados.
- Tiene consecuencias sociales económicas y una significativa morbimortalidad.
- Aumenta el riesgo de desarrollar aspiraciones,neumonía aspirativa, la que tiene un 40% de mortalidad y sería la 4º causa de muerte más frecuente en adultos mayores.

CLASIFICACIÓN DE LA DISFAGIA

- **I) TOPOGRÁFICA :**
 - Orofaringea**
 - Esofágica**
- **II) FISIOPATOLÓGICA :**
 - Funcional (o motora)**
 - Mecánica (u obstructiva)**

CLASIFICACIÓN DE LA DISFAGIA

****Disfagia Orofaringéa:** 80%

- Los líquidos son los que más causan dicha situación
- Dificultad para iniciar la deglución, se asocia con regurgitación nasal u oral.
- Instauración súbita (ACV, infecciones) , instauración progresivo (demencias, Parkinson, , Alzheimer).
- Tos, sensación de ahogo.
- Disfonía ,disartria
- Las más frecuente son de origen Neuromuscular.

TIPOS Y CLASIFICACIÓN

****Disfagia Esofágica: 20%**

- Aparece después de iniciada la deglución
- Secundaria a patologías de la mucosa, Mecánicas (intrínsecas, extrínsecas), y neuromusculares (escleroderma, acalasia)
- Disfagia a sólidos, recurrente predecible y progresiva (Carcinoma, estrechez péptica)
- Cuando es de origen motor, la disfagia es a sólidos y líquidos, es intermitente y con dolor torácico.

DISFAGIA OROFARÍNGEA

- Sensación de atasco del bolo alimentación en la garganta.
- Tos
- Regurgitación nasal
- Molestias al deglutir
- Infecciones respiratorias recurrentes por aspiración de alimentos.

“ ME CUESTA MUCHO TRAGAR ”

DISFAGIA ESOFÁGICA

- Sensación de nudo retroesternal
- Dolor torácico con la comida
- Regurgitación de la comida no digerida
- **“TRAGO BIEN ,PERO LA COMIDA SE ATASCA EN EL PECHO”**

DISFAGIA MECÁNICA Y MOTORA

- **Disfagia mecánica**
- Estenosis de la luz esofágica intrínseca o extrínseca.
- Comienzo: gradual o brusco
- Localización: Fija
- Tipo alimento: sólidos luego líquidos
- Carácter: Progresiva
- Temperatura: no influye
- M. Valsalva: no mejora la disfagia
- Causas: estenosis péptica, Ca esófago, anillo esofágico inferior, caústicos, EE, infecciosas.

- **Disfagia Motora**
- Alteración o incordinación de los mecanismos de deglución.
- Gradual
- Variable
- Sobre todos líquidos
- Intermitente
- Empeora líquidos fríos
- M. Valsalva ; mejora la disfagia
- Causas: Acalasia, espasmo esofágico difuso.

ETIOLOGÍA

OROFARINGEA (80%)

NEUROMUSCULAR

ACV, PC
PARKINSON, WILSON
ESCLEROSIS MULTIPLE
ELA, TUMORES
ENF DEGENERATIVAS, 2ª DROGAS
POLIOMIELITIS, MIASTENIA
NEUROPATIAS PERIFERICAS
DISTROFIAS MUSCULARES
MIOSITIS, MIOPATIAS METABOLICAS
DERMATOMIOSITIS
AMILOIDOSIS, LES

RELAJACIÓN ANORMAL EES

RELAJACION INCOMPLETA DEL
CRICOFARINGEO
DIVERTICULO DE ZENKER
DISAUTONOMIA FAMILIAR

ESTRUCTURAL

Carcinoma orofaríngeo
Alteraciones postcirugía
Radioterapia
Quimioterapia
Alteraciones dentición
Inflamatorias

ESOFAGICA (20%)

MOTORA

Acalasia, esofagitis,
espasmo esofágico

ESTRUCTURAL

Carcinoma esófago
Carcinoma estómago
Anillo esofágico

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Odinofagia:** Dolor con la deglución relacionado con un proceso inflamatorio faríngeo o esofágico.
- **Globo histérico:** Sensación constante de dificultad al paso de los alimentos por la faringe. Asociados a trastornos psiquiátricos.
- **Dolor Retroesternal**

VALORACIÓN CLÍNICA INICIAL

- ¿Padece realmente el paciente una disfagia?
- ¿Se trata de una disfagia orofaríngea o una disfagia esofágica?



DIAGNÓSTICO

- **Anamnesis:** Antecedentes personales
Caústicos ,enfermedades neuromusculares, Fármacos (tetraciclinas,AAS,AINES).
- **Exploración física:**
 - Inspección
 - Movilidad labial lingual
 - Sensibilidad oral
 - Reflejo Nauseoso ,palatino tusígeno
 - Maniobra de palpación externa
- **Historia médica de la disfagia:**
 - ¿Hay dificultad con sólidos líquidos o ambos?
 - ¿Esta siempre presente o va y viene?
 - ¿Hay problemas progresivos al tragar (empeoran)?
 - ¿Hay dolor al tragar?
 - ¿Tiene pirosis crónica?
 - ¿Qué otros síntomas se presentan?
(vómitos,regurgitación)

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN DE UN PACIENTE CON DISFAGIA OROFARÍNGEA

- Evaluar la integridad funcional de la deglución orofaríngea.
- Identificar las causas estructurales o mecánicas de disfagia
- Evaluar riesgo de aspiración y la seguridad de alimentar al paciente por vía oral.
- Determinar si el patrón de disfagia, es tratable y si es así, evaluar la eficacia de los tratamientos.

DIAGNÓSTICO DE DISFAGIA ESOFÁGICA

- **Principal preocupación es descartar neoplasia maligna.**
- **La historia del paciente puede dar pistas, para pensar en neoplasia:**
 - * **Duración breve <4 meses**
 - * **Progresión de la enfermedad**
 - * **Mayor disfagia a sólidos que líquidos**
 - * **Pérdida de peso**
- **En caso de Acalasia:**
 - * **Hay disfagia tanto a sólidos como líquidos**
 - * **El problema lleva meses o años**
 - * **No hay pérdida de peso.**

DIAGNÓSTICO DE DISFAGIA ESOFÁGICA



DISFAGIA EN EL PACIENTE ANCIANO

La disfagia en el paciente anciano tiene un gran impacto , en su capacidad funcional, salud y calidad de vida.

El proceso de envejecimiento produce cambios:

- Función muscular y transmisión nerviosa.
- Deterioro de la función orofaríngea poco conocida, y de la motilidad esofágica.
- Alteraciones de la abertura del EES.
- Descoordinación entre la deglución y la respiración.
- Disminución del reflejo tusígeno, que aumenta el riesgo de aspiración silente y fibrosis del EES.
- Evaluar la situación dentaria y sequedad de la boca.
- Enfermedades prevalentes: Ictus, demencias , Parkinson, divertículo de Zenke.
- Farmacos neurolépticos, antidepresivos y sedantes, disminuyen el reflejo deglutorio.

Disfagia en la enfermedad por reflujo gastroesofágico

- El 50% de los pacientes que sufren de ERGE, tienen disfagia
- Los síntomas típicos, son pirosis y reflujo gastroesofágico, pueden haber síntomas acompañantes, náuseas, vómitos, eructos, sialorrea, hemorragias, disfagia.
- Presentan una disfagia por estenosis péptica

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

- **RX de torax** :linfomas, tumores,abscesos
- **Esofagograma** : Radiológico,contrastado .
- **Endoscopia** : Biopsia ,anatomía patológica.
- **Manometría**: Función motora, mide la presión del EEI. Registra contracciones esofágicas.
- **PH Metría**: mide la cantidad de ácido que hay en el esófago en 24 h.
- **Videofluoroscopia**: Técnica radiológica dinámica ,con contraste. **Patrón oro** de la disfagia orofaríngea.

DISFAGIA OROFARÍNGEA

TRATAMIENTO

- **Objetivos:** 1- mantenimiento de la vía oral mientras sea posible. 2- mantener el estado nutricional. 3- evitar las complicaciones respiratorias.
- **A) Medicación:** Sialogogos (pilocarpina, estimulación eléctrica, sustitutos salivales) y anticolinérgicos (atropina, escopolamina, toxina botulínica), permitirán regular el flujo salival. Para ERGE, inhibidores de la bomba de protones y procinéticos
- **B) Tratamiento rehabilitador, técnicas quirúrgicas de apoyo, que evitan el reflujo faríngeo –nasal.**
- **C) Modificación de las características del bolo: volumen y viscosidad**
- **D) Procedimientos quirúrgicos sobre EES.**
- **E) Gastrotomía endoscópica percutánea**

TRATAMIENTO DISFAGIA ESOFÁGICA

- **Farmacológicos:**

- Trastornos motores primarios :Nitratos o Antagonistas de los canales de Calcio

- Enfermedad de reflujo gastroesofágico: Inhibidores de la bomba de protones, procinéticos.

- **Endoscópico:**

- Estenosis pépticas: dilataciones progresivas

- Acalasia o anillos esofágicos: dilataciones forzadas, inyección de toxina botulínica en EEI. Tratamiento paliativo en cáncer esofágico.

- **Quirúrgico:**

- Acalasia: miotomía del EEI. Cancer esofágico.



PACIENTE 1

Motivo de consulta: dolor torácico tras comer

Varón de 27 años de edad, que refiere que en horas de la tarde tras comerse un bocadillo de gambas, presenta sensación de que el alimento se encuentra atascado en región centro torácica, y tiene dolor desde entonces, sin irradiación ni cortejo vegetativo. Comenta a su ingreso que le cuesta tragar su saliva.

Antecedentes Familiares: Madre alérgica a la penicilina, **Antecedentes personales,** cuadros de rinitis frecuentes, cuadros de broncoespasmo aislados, Fumador. Comenta pérdida de peso de 5kg en 6 meses, y Impactación ocasional de la comida en el esófago con resolución espontánea desde hace un año y pirosis ocasional en tratamiento en una oportunidad con omeprazol. **Exámenes Fisico:** Ta:120 /80 mmhg, FC: 73LPM, ACP: RSCSRS sin soplo, Mv presente sin ruidos añadidos, abdomen blando depresible no doloroso, ruidos presentes.

Exámenes paraclínicos: Hemograma ; Hb :15 gr/dl, Leucocitos 3500, eosinofilos 15%. ,RX de torax: normal, EKG: normal. Sat O2:98 %.

I/C con digestivo ,se le realiza endoscopia digestiva Superior con desimpactación del bolo, se toma biopsia de extremo proximal, distal y fundus gástrico. Y se da de alta.

PACIENTE 1

- **PH Metría ,normal.**
- **Helicobacter Pylori negativo.**
- **I/C con Alergia: Alergia al polen ,mariscos y frutos secos.**
- **Pruebas inmunológicas negativas, HIV negativo, IGE:654 U/ML**
- **Resultados de Anatomía patología: Presencia de surcos longitudinales presencia de inflamación de la mucosa con 15 eosinofilos por campo a nivel esofágico, fundus gástrico normal.**
- **DX: Esofagitis eosinofílica (EE).**
- **TTO actual inhalador de Fluticasona 400mcg cada 12 horas sin cámara por 8 semanas, sin ingerir nada durante la media hora siguiente.**
- **Dieta de eliminación**



MUCHAS GRACIAS