**UDS**

Masticación y deglución

Fisiopatología

La alteración del mecanismo fisiológico de la deglución supone la implicación de diferentes estructuras anatómicas que realizan actividades coordinadas y complejas. Esta alteración puede ser secundaria a diversas condiciones patológicas con etiologías muy variadas. Todo ello hace que el abordaje del paciente con un trastorno de la deglución suponga un reto diagnóstico. La primera dificultad surge a la hora de establecer el diagnóstico síndrómico, en el cual la presencia de disfagia supone en muchas ocasiones el síntoma clave. A continuación localizar la alteración, aspecto en el cual tiene una gran importancia clínica la distinción entre las alteraciones que afectan a las fases oral y faríngea, y las que afectan a la esofágica, ya que la etiología y la estrategia diagnóstica difieren. El tratamiento debe ser, siempre que sea posible, etiológico y, en cualquier caso, encaminado a restablecer el mecanismo de la deglución; en ocasiones es necesario buscar vías alternativas de nutrición, ya sea por carecer de tratamiento etiológico o para evitar complicaciones.

**INTRODUCCIÓN**

Los trastornos de la deglución comprenden un grupo amplio y heterogéneo de alteraciones que afectan a las diferentes estructuras implicadas en el mecanismo de esta función. Tienen una manifestación clínica diversa, con el denominador común de presentar síntomas y/o signos que muchas veces expresan de forma inequívoca la alteración de la deglución (p. ej., dificultad para la ingesta) y en otras la sugieren (p. ej., complicaciones extradigestivas). El síntoma paradigmático es la disfagia, pero también hay casos en que el paciente no la refiere y el síndrome clínico está protagonizado por las complicaciones, como las pulmonares o la desnutrición.

Son trastornos frecuentes cuya prevalencia aumenta con la edad, lo que está directamente relacionado con su etiología. Tienen importancia no sólo por su frecuencia, sino también por la morbimortalidad que condicionan, los costes sanitarios3 y su repercusión en la calidad de vida relacionada con la salud. En los casos más graves, estos trastornos pueden causar deshidratación, pérdida de peso y desnutrición, así como complicaciones pulmonares secundarias al paso de material deglutido a la vía respiratoria.

El abordaje clínico requiere habitualmente la participación de un equipo multidisciplinario. Se ha indicado que la anamnesis y la exploración física permiten conocer la causa del trastorno en el 80-85% de los casos4. En lo relativo a las exploraciones complementarias, el esofagograma baritado y la esofagoscopia son pruebas suficientes en muchos pacientes para confirmar la impresión clínica inicial, y sólo algunos casos requerirán pruebas diagnósticas complejas, en las que se incluyen estudios neurológicos, videorradiología, manometría y pHmetría esofágica.

El objetivo primario del tratamiento es la recuperación del mecanismo normal de la deglución pero, desgraciadamente no siempre es posible, por lo que el objetivo principal del tratamiento pasa a ser el restablecimiento y el mantenimiento del estado nutricional, así como la prevención del desarrollo de complicaciones, para lo cual puede ser necesario buscar vías de nutrición alternativas a la natural con carácter temporal o definitivo.

**FISIOLOGÍA DE LA DEGLUCIÓN**

La deglución es un proceso muy complejo que exige una perfecta coordinación de varios grupos musculares de la boca, la faringe, la laringe y el esófago, los cuales poseen una rica inervación en la que interviene el centro de la deglución y los pares craneales V, VII, IX, X y XII.

Se pueden distinguir 3 fases en la deglución perfectamente coordinadas: oral, faríngea y esofágica. La fase oral integra tres acciones básicas: la masticación, la formación del bolo alimenticio y su propulsión y paso a la faringe. A continuación acontece la fase faríngea, la cual está constituida por una serie de procesos que están altamente coordinados de manera secuencial, empezando por el cierre de la nasofaringe mediante el velo del paladar, la elevación y el cierre de la laringe, la apertura del esfínter esofágico superior (EES) y la contracción de parte de la musculatura faríngea. Todos estos procesos hacen posible el paso del bolo al esófago a la vez que impiden su entrada en la vía aérea y su reflujo hacia la nariz; es decir, supone una transformación de la orofaringe, que pasa de ser una vía respiratoria a ser una vía deglutoria, mediante la apertura de la entrada hacia el esófago y el cierre de la entrada a la laringe. Con la llegada del bolo al esófago se inicia la fase esofágica, que posibilita que el bolo alcance el estómago gracias a la contracción peristáltica del esófago y a la relajación coordinada del esfínter esofágico inferior (EEI). El desplazamiento del bolo alimentario desde la boca a la faringe es un acto voluntario, mientras que los siguientes pasos señalados son involuntarios. El inicio del mecanismo de la deglución se puede producir tanto por el estímulo de receptores localizados en la lengua, el paladar blando, la úvula, la pared posterior de faringe y la laringe como por una acción directa controlada por el sistema nervioso central

**SÍNTOMAS INDICATIVOS DE LOS TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN**

La disfagia es el síntoma capital y más expresivo que obliga a pensar en la existencia de una alteración de la deglución. El paciente suele describir la presencia de disfagia como dificultad para el inicio de la deglución o, lo que es más común, como sensación de parada del bolo o percepción de dificultad para el paso de éste en algún lugar del cuello o de la región esternal. La anamnesis debe ser muy meticulosa para evitar errores en la interpretación de los síntomas. En muchos casos la descripción que hace el paciente es inequívoca; pero no es infrecuente asistir a pacientes que describen sensaciones similares que no corresponden a una verdadera disfagia, evocando un trastorno de la deglución que puede inducir al clínico una sospecha diagnóstica errónea. El llamado «globo faríngeo» es el paradigma de esta situación. Suele definirse como una sensación de ocupación que el paciente localiza en el cuello, de forma más o menos continua y sin relación con la deglución; de hecho, no es infrecuente, y resulta relevante para su interpretación clínica que esa sensación desaparezca en el momento de la deglución.

Aunque los datos epidemiológicos son escasos, se ha estimado que la prevalencia de disfagia en sujetos mayores de 50 años es del 3-19% Pese a que tradicionalmente se ha considerado la disfagia como un síntoma de alarma que obliga a descartar una enfermedad neoplásica, en los últimos años se ha relativizado su importancia en ese sentido. Una razón para ello ha sido la frecuencia con la que las enfermedades benignas cursan con disfagia el caso más relevante, por su prevalencia, es la enfermedad por reflujo gastroesofágico. La presencia de disfagia en un paciente con criterios sintomáticos diagnósticos de esta enfermedad puede ser un síntoma más y/o estar en relación con la presencia de esofagitis.

Se reconocen 2 tipos de disfagia, según las fases de la deglución afectadas ­orofaríngea y esofágica­, que es muy conveniente identificar desde el inicio de la asistencia clínica, dado que hay diferencias relevantes en sus causas, consecuencias y estrategia diagnóstica y terapéutica. Para esta diferenciación, el primer dato que se debe investigar es el relativo al lugar donde el paciente localiza el obstáculo para la deglución, que suele describir como detención del bolo. Este dato tiene cierto valor para el clínico porque puede orientar sobre la topografía y la causa de la disfagia. En general, el paciente suele referirla en el mismo nivel o por encima de donde asienta la alteración causante de la disfagia. Por tanto, si se refiere la localización del trastorno por debajo del hueco supraesternal, debe sospecharse que la disfagia es de origen esofágico. Sin embargo, si éste se describe a la altura del cuello, deben investigarse otros datos que ayuden a diferenciar ambos trastornos, ya que tanto la disfagia orofaríngea como la esofágica pueden presentar esta localización. La presencia o ausencia de síntomas acompañantes puede ser de ayuda en estos casos. La disfagia oral puede ir acompañada de alteración en la formación del bolo, dificultad para iniciar la deglución, escape de la comida por la boca, sialorrea o xerostomía, deglución fraccionada o disartria. La disfagia faríngea suele ocasionar sensación inmediata de parada del bolo, regurgitación nasal, intentos repetidos de deglución, síntomas de aspiración, como tos y asfixia, coincidentes con la deglución o disfonía. La expulsión inmediata del alimento ingerido suele estar relacionada con su retención en la hipofaringe, mientras que la regurgitación tardía de comida debe hacer sospechar la presencia de un divertículo faríngeo. Por otro lado, la dificultad para la deglución puede depender de la consistencia del material ingerido. De tal forma que, habitualmente, cuando la dificultad aparece sólo con alimentos sólidos, suele estar relacionada con una causa orgánica, ya sea orofaríngea o esofágica

El dolor con la deglución, esté o no asociado a la disfagia, se denomina odinofagia. Es un síntoma que puede reflejar la existencia de una lesión orgánica, tanto esofágica como orofaríngea, y es frecuente su presencia ante infecciones, más habituales en estados de inmunosupresión

En ocasiones, los trastornos de la deglución se manifiestan por sus complicaciones, y las más frecuentes son las respiratoriasy la impactación alimentaria. La entrada del bolo alimentario a la vía área tiene diferentes matizaciones y consecuencias, de tal modo que se ha propuesto distinguir los términos de «penetración» y «aspiración» para definir diferentes grados de alteración sobre la vía aérea que se asocian con la ingesta La penetración ocurre cuando el material entra en el área laríngea a la altura de las cuerdas vocales, mientras que la aspiración ocurre cuando el material se desplaza por debajo de los cuerdas vocales y entra en la tráquea. Una de las consecuencias más graves de la aspiración son las infecciones respiratorias, de tal forma que se considera que la neumonía por aspiración es la forma más frecuente de neumonía intrahospitalaria en adultos, enfermedad que, además, conlleva una alta mortalidad (20-65%). La sospecha de aspiración es en ocasiones difícil de establecer, ya que no es infrecuente que curse de manera silente. En este sentido, la presencia de tos en un paciente con alteración de la deglución debe alertar sobre esta posibilidad.

La impactación alimentaria es la causa más frecuente de cuerpo extraño esofágico y suele estar asociada a una alteración morfológica esofágica subyacente. Clínicamente, el paciente suele referir disfagia súbita con sensación de parada del bolo, acompañada en ocasiones de sialorrea, dolor torácico o cervical, odinofagia o sensación punzante. Es uno de las urgencias endoscópicas más frecuentes.

Por último, no hay que olvidar que algunos pacientes con trastornos de la deglución no presentan síntomas, tal como se ha demostrado en la enfermedad de Parkinson, por lo que probablemente ciertas enfermedades (sobre todo las que pueden cursan con disfagia orofaríngea) requieran un protocolo de evaluación específico para investigar la presencia de trastornos de la deglución.

**ALTERACIONES DE LA DEGLUCIÓN DE CAUSA OROFARÍNGEA**

La disfagia orofaríngea surge cuando hay alteraciones en las estructuras que intervienen en las 2 primeras fases de la deglución. Estas alteraciones se plasman en la presencia de un obstáculo mecánico propiamente dicho o una obstrucción funcional por mala elaboración del bolo en la cavidad oral, debilidad de la contracción faríngea, alteraciones en la coordinación entre la contracción faríngea y la relajación del EES, o apertura inadecuada de este esfínter. El diagnóstico de los trastornos de la deglución de causa orofaríngea suele ser complejo y requerir un abordaje multidisciplinario. De manera simplista y esquemática, una vez establecido el diagnóstico sindrómico, la evaluación del paciente tiene tres objetivos fundamentales: identificar la causa, evaluar el riesgo de aspiración y decidir el tratamiento. Buena parte de la información necesaria puede obtenerse mediante una buena historia clínica y un examen físico minucioso. En muchos pacientes, sin embargo, se precisa la realización de exploraciones complementarias para completar la búsqueda etiológica y definir el tratamiento más adecuado.

Las causas más frecuentes de disfagia orofaríngea son las de origen neurológico, con una prevalencia superior al 30% tras un accidente cerebrovascular (ACV),  del 52-82% en la enfermedad de Parkinson y del 84% para la enfermedad de Alzheimer. Además, es el primer síntoma en el 60% de los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica, afecta a más del 30% de los pacientes con esclerosis múltiple, al 30-80% de los afectos por una miopatía inflamatoriay es superior al 20% en las conectivopatías, como la esclerodermia, el síndrome de Sjögren o el lupus eritematoso sistémico29. Un 30-60% de los pacientes con miastenia gravis presentan disfagia en el curso clínico de su enfermedad, la cual está presente en el momento del diagnóstico en el 20% de los casosy es el síntoma de presentación en el 6-17%. Por último, algunos estudios realizados en pacientes con trastornos metales también muestran una alta prevalencia de disfagia orofaríngea (32%) y no hay que olvidar que también acontece en más del 60% de los ancianos institucionalizados.

**Diagnóstico etiológico**

Los trastornos de la deglución de causa orofaríngea son consecuencia de alteraciones de las estructuras anatómicas y/o de los mecanismos fisiológicos implicados en las fases oral y faríngea de la deglución. Estas alteraciones comprenden tanto causas locales como enfermedades sistémicas, ya sean orgánicas o funcionales. La importancia de su identificación viene determinada por el hecho de que para algunas hay un tratamiento específico y efectivo. Las causas más comunes de disfagia orofaríngea se definen en la tabla I. A la variedad etiológica se suma la dificultad de la evaluación clínica del componente orofaríngeo de la deglución, dado que supone enfrentarse a un mecanismo neuromuscular rápido y complejo que obliga a utilizar exploraciones específicas que, entre otras cosas, requieren la cooperación del paciente, situación no siempre posible, ya que en muchas ocasiones se trata de pacientes con afecciones neurológicas.

La anamnesis debe dirigirse a profundizar en las características de la disfagia (inicio, duración y progresión), así como en la presencia de síntomas asociados, ya sea relacionados con la propia deglución como a distancia (fundamentalmente en busca de otras manifestaciones neuromusculares). Las características evolutivas de la disfagia proporcionan pistas importantes para orientar el diagnóstico etiológico y permite diferenciar en muchos casos si se trata de un trastorno benigno o maligno. Una disfagia de instauración brusca, a menudo asociada a otros síntomas y signos neurológicos, sugiere que la causa pueda ser aguda, y lo más frecuente es que se trate de un ACV. Si la disfagia presenta una progresión rápida y se acompaña de pérdida de peso debe sospecharse una neoplasia, mientras que si su evolución es lenta, las causas más probables sean las miopatías inflamatorias y degenerativas, la miastenia gravis y las enfermedades neurológicas no vasculares.

La presencia de síntomas asociados a la disfagia permite acotar las posibilidades etiológicas en el paciente con disfagia orofaríngea, dado que puede caracterizar entidades clínicas concretas. Así, por poner algunos ejemplos, la presencia de temblor y ataxia sugiere que el origen del problema puede ser la enfermedad de Parkinson; un episodio brusco de pérdida de conciencia sugiere un ACV o un tumor cerebral; una alteración generalizada del músculo esquelético obliga a pensar en una miopatía o en la miastenia gravis. Finalmente, no hay que olvidar realizar una interrogatorio dirigido a descubrir la toma de fármacos que pueden facilitar la aparición de disfagia orofaríngea (anticolinérgicos, psicofármacos o algunos que causan extrapiramidalismo, como ocurre con ciertos antieméticos) e investigar la presencia de antecedentes personales de enfermedad en la región orofaríngea, así como su tratamiento (cirugía de cabeza-cuello, radioterapia, quimioterapia). Se ha descrito algún caso de disfagia orofaríngea tras la inyección de toxina botulínica local y a distancia

un hipertiroidismo; o la evidencia de alteraciones cutáneas como eritema en alas de mariposa, telangiectasias o púrpura obliga a descartar conectivopatías), sino que aporta información general relativa a las consecuencias de la disfagia (estado de hidratación y nutrición, signos respiratorios indicativos de complicaciones pulmonares por aspiración). Debe incluir la inspección de la cavidad oral y la orofaringe, así como la inspección y la palpación de la cabeza y el cuello; sin embargo, quizás la parte más destacable de la exploración física en el paciente con disfagia orofaríngea sea la relativa a la exploración neurológica, ya que, realizada en manos expertas, permite evaluar con bastante precisión la existencia de alguna enfermedad neurológica, muscular o neuromuscular.

Aunque la anamnesis y la exploración física permiten descifrar la causa de la disfagia en muchos pacientes, con frecuencia es necesario indicar exploraciones complementarias para alcanzar el diagnóstico etiológico. Entre ellas, cabe destacar el esofagograma baritado, la endoscopia, la videorradiología de la deglución, las técnicas de neuroimagen y la manometría esofágica.

Para la evaluación de lesiones orgánicas se pueden utilizar técnicas radiológicas o endoscópicas. La exploración endoscópica de la faringe, la laringe y el esófago superior es el mejor método para descubrir lesiones orgánicas que cursan con disfagia orofaríngea; su realización es necesaria en pacientes sin diagnóstico etiológico, y de primera elección ante la sospecha de neoplasia. El valor fundamental del esofagograma baritado es la investigación de lesiones orgánicas que pueden ser difíciles de valorar mediante endoscopia, como el divertículo de Zenker y las membranas situadas en el esófago superior, típicas del síndrome de Plummer-Vinson.

El método de elección para obtener información de la actividad funcional es la videorradiología de la deglución, la cual permite caracterizar mejor la enfermedad, establecer el pronóstico, a la vez que posibilita la toma de decisiones terapéuticas con mayor seguridad. Consiste en la grabación por vídeo de la deglución administrando bolos de material radioopaco con diferente consistencia, lo que permite valorar diferentes aspectos de la deglución:

*1.* Fase oral. Analiza la masticación, la formación del bolo, la contención oral y el inicio de la deglución o transferencia del bolo hacia la faringe.

*2.* Fase faríngea. Valora la progresión del bolo hacia el EES, la regurgitación nasofaríngea, el paso a la vía respiratoria y la existencia de residuo faríngeo tras la deglución.

*3.* La apertura del EES permite el paso fácil del bolo hacia el esófago. Además, permite valorar el efecto de las modificaciones en el contenido y consistencia de la ingesta, la actitud postural durante la deglución, las maniobras de compensación y las técnicas facilitadoras para la corrección de la disfunción observada.

La manometría esofágica tiene indicaciones muy concretas en este contexto clínico, cuya principal utilidad es la valoración de la actividad funcional del EES y su coordinación con la faringe, que puede encontrarse alterada en distintas situaciones y de diferente manera, como la acalasia cricofaríngea que frecuentemente acompaña al divertículo de Zenker. Con la metodología convencional, habitualmente utilizada, la información que ofrece la manometría relativa a la capacidad contráctil de la faringe tiene muy poca fiabilidad, pero sí es útil para valorar la relajación y la coordinación del EES y la capacidad contráctil del esófago superior, que pueden estar alterada en las miopatías, como la distrofia muscular oculofaríngea. El desarrollo de nuevas tecnologías de evaluación manométrica quizás permita realizar una valoración más fiable de esta región faringoesofágica.

Para descartar una enfermedad orgánica cerebral está indicada la realización de técnicas de neurorradiología. En casos concretos, es necesaria la realización de otras exploraciones, como la electromiografía o la biopsia muscular. Por último, las pruebas de laboratorio pueden ser de utilidad en algunos casos para confirmar el diagnóstico etiológico sospechado. Así, el hipertiroidismo se confirma mediante la demostración de un aumento de los valores de hormonas tiroideas y la miastenia gravis a través de la determinación serológica de anticuerpos contra el receptor de acetilcolina, positivos en más del 85% de los casos.

**Decisión del tratamiento**

El objetivo primordial del tratamiento es restablecer el mecanismo normal de la deglución o, en su defecto, mejorarlo lo suficiente para que el paciente sea capaz de mantener el estado nutricional y de hidratación. Por ello, siempre que sea posible se realizará un tratamiento etiológico específico de la enfermedad causante de la disfagia orofaríngea. Otras veces, en el caso de lesiones orgánicas, se requiere aplicar diferentes modalidades de tratamiento médico, endoscópico y/o quirúrgico que permitan restablecer el tránsito normal del alimento desde la boca hacia el esófago. Cuando se trata únicamente de un trastorno de la función, sin causa orgánica, que no tiene tratamiento etiológico, hay dos opciones para mantener el estado nutricional: *a)* diferentes medidas que logren mantener un mecanismo de la deglución lo más fisiológico posible (como los cambios en el modo de deglución o en la consistencia de la ingesta), o *b)* búsqueda de formas alternativas de alimentación (sondas de nutrición).

El tratamiento etiológico es posible, aunque con efectividad variable, como en la disfagia orofaríngea secundaria al hipertiroidismo, en las miopatías inflamatorias, en las colagenosis que mejoran con corticoides y/o inmunosupresores y en la enfermedad de Parkinson con el uso de fármacos anticolinérgicos y/o dopaminérgicos que corrigen el desequilibrio entre la inervación colinérgica y dopaminérgica causante del trastorno. En el caso del ictus que cursa con disfagia, suele producirse una mejoría espontánea de la deglución durante las primeras semanas tras el episodio agudo, por lo que es aconsejable una actitud inicial expectante antes de tomar otro tipo de decisiones terapéuticas.

Las lesiones neoplásicas pueden tratarse mediante resección quirúrgica, radioterapia y/o quimioterapia; el diver tículo de Zenker con diverticulotomía, diverticulopexia y/o miotomía del cricofaríngeo, la acalasia cricofaríngea mediante miotomía y las estenosis posquirúrgicas, posradioterapia y las membranas con dilatación endoscópica. En la actualidad, la miotomía del cricofaríngeo puede realizarse por vía endoscópica, técnica que en manos expertas es segura y eficaz, la cual disminuye la estancia hospitalaria y las complicaciones, y mejora la calidad de vida relacionada con la salud

Cuando no hay causa reconocible o se carece de un tratamiento específico, puede realizarse una miotomía u optar por acciones de rehabilitación de la deglución. La miotomía alivia aproximadamente a la mitad de los pacientes, pero no es posible predecir el resultado de forma individual. Este hecho y la existencia de efectos adversos hacen poco aconsejable la realización de este tipo de tratamiento de forma indiscriminada. En estos casos, lo más apropiado es facilitar la deglución con cambios de la dieta, de la ps son las más eficaces y baratas, y se ha demostrado que disminuyen el riesgo de aspiración de forma significativa. La tercera pretende incrementar la fuerza de los grupos musculares que participan en la deglución, y no se ha demostrado su eficacia con seguridad. El estudio de las alteraciones de la deglución con videorradiología ayuda a decidir la dieta y la postura más apropiadas. En general, son mejores las dietas de consistencia semisólida con líquidos espesados, tomadas en pequeñas cantidades.

**ALTERACIONES DE LA DEGLUCIÓN DE CAUSA ESOFÁGICA**

La localización de la disfagia por debajo del hueco supraesternal permite establecer que el paciente padece una disfagia como consecuencia de la alteración de la fase esofágica de la deglución. Los principales retos que plantea la disfagia esofágica son la identificación de su causa, imprescindible para poder indicar un tratamiento eficaz y seguro, y el manejo de la nutrición.

La anamnesis y la exploración física permiten realizar un diagnóstico sindrómico de la disfagia esofágica, estableciendo si se trata de una causa orgánica, benigna o maligna, o funcional. Además, posibilitan realizar una aproximación fiable al diagnóstico etiológico en un 80% de los pacientes. Para confirmar con mayor seguridad la causa, suele precisarse la realización de un esofagograma baritado, una endoscopia, una manometría o una pH-metría esofágicas.

**Valoración inicial**

El primer objetivo en el diagnóstico del paciente con disfagia esofágica es realizar una aproximación a la etiología, estableciendo un diagnóstico sindrómico. En la tabla III se presentan las principales características de la disfagia que permiten establecer su carácter orgánico, maligno o benigno, o funcional

El paradigma de la disfagia funcional es la acalasia esofágica. La disfagia es paradójica; aparece indistintamente y de forma variable para sólidos y líquidos, de manera que un mismo alimento es deglutido en ocasiones con normalidad y otras veces no; en ello pueden influir las situaciones que provocan estrés. Su localización puede variar en un mismo paciente. Su presentación es intermitente, aunque en pacientes con acalasia en estadios avanzados suele aparecer a diario e incluso en cada comida. La progresión suele ser lenta, en ocasiones trascurren años hasta que el paciente consulta por primera vez. La repercusión sobre el estado general del paciente es nula o escasa durante años, aunque en algunos casos puede provocar una pérdida significativa de peso en estadios avanzados.

El ejemplo más representativo de la disfagia orgánica benigna es la estenosis péptica esofágica. En esta situación se presenta una disfagia lógica, que aparece primero para alimentos sólidos y sólo si persiste durante muchos meses puede aparecer para alimentos blandos o rara vez para líquidos. Su localización es fija y su presentación constante. Progresa en el tiempo con una velocidad intermedia y suele repercutir de forma escasa o moderada en el estado general del paciente.

El carcinoma esofágico es la causa más habitual de disfagia maligna. La dificultad para la deglución aparece primero para sólidos y rápidamente también para alimentos blandos e incluso líquidos. Su localización es fija y su presentación constante. Progresa rápidamente en el tiempo y repercute significativamente en el estado general del paciente, provocando una notable pérdida de peso

Wintzen AR..

The prevalence of subjective dysphagia in community residents aged over 87..

BMJ, 300 (1990), pp. 721-2

[Medline](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2322725)

[9]

Lindgren S, Janzon L..

Prevalence of swallowing complaints and clinical findings among 50-79 year old men and women in an urban population..

Dysphagia, 6 (1991), pp. 187-92

[Medline](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1778094)

[10]

Vakil N, Moayyedi P, Fennerty MB, Talley NJ..

Limited value of alarm features in the diagnosis of upper gastrointestinal malignancy: systematic review and meta-analysis..

Gastroenterology, 131 (2006), pp. 390-401

<http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2006.04.029> | [Medline](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16890592)

[11]

Vakil NB, Traxler B, Levine D..

Dysphagia in patients with erosive esophagitis: prevalence, severity, and response to proton pump inhibitor treatment..

Clin Gastroenterol Hepatol, 2 (2004), pp. 665-8

[Medline](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15290658)

[12]

Cook IJ, Kahrilas PJ..

American Gastroenterological Association Medical Position Statement on management of oropharyngeal disphagia..

Gastroenterology, 116 (1999), pp. 455-78

[Medline](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9922328)

[13]

Baehr PH, McDonald GB..

Esophageal infections: risk factors, presentation, diagnosis and treatment..

Gastroenterology, 106 (1994), pp. 509-32

[Medline](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7980741)

[14]

Loeb M, McGeer A, McArthu.r, Walter S, Simor AE..

Risk factors for pneumonia and other lower respiratory tract infections in elderly residents of long-term facilities..

Arch Intern Med, 159 (1999), pp. 2058-64

[Medline](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10510992)

[15]

Robbins J, Coyle J, Rosenbek J, Roecker E, Wood J..

Differentation of normal and abnormal airway protection during swallowing using the penetration-aspiration scale..

Dysphagia, 14 (1999), pp. 228-32

<http://dx.doi.org/10.1007/PL00009610> | [Medline](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10467048)

[16]

Smith CA, Goldstein LB..

Cough and aspiration of food and liquids due to oral-pharyngeal dysphagia. ACCP evidence-based clinical practice guidelines..

Chest, 129 (2006), pp. 154S-68S

<http://dx.doi.org/10.1378/chest.129.1_suppl.154S> | [Medline](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16428705)

[17]

Pikus L, Levine MS, Yang YX, Rubesin SE, Katzka DA, Laufer I, Geffer WB..

Videofluoroscopic studies of swallowing dysfunction and the relative riesk of pneumonia..

AJR Am J Roeentgenol, 180 (2003), pp. 1613-6

[18]

Perry L, Love CP..

Screening for dysphagia and aspiration on acute stroke: a systematic review..

Dysphagia, 16 (2001), pp. 7-18

[Medline](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11213249)

[19]

Ramsey D, Smithard D, Kalra L..

Silent aspiration:what do we know? Dysphagia, 20 (2005), pp. 218-25