

DISFAGIA

Autores:

Luis A. Vázquez Pedreño, Juan M. Ruiz Ruiz, Elena García Ruiz.

Servicio de Aparato Digestivo.

Hospital Universitario “Virgen de la Victoria”. Málaga.

Autor responsable:

Luis Vázquez Pedreño.

C/Juan de Rihuela, 16, bloque 5, 4ºD. CP. 29010

Teléfono: 952275231- 610795901

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	3
	I.1. FISIOLÓGÍA DE LA DEGLUCIÓN	3
	I.2. FISIOPATOLOGÍA	4
II.	DIAGNÓSTICO	5
	II.1. CLÍNICA	5
	II.2. EXPLORACIÓN FÍSICA	10
	II.3. DATOS DE LABORATORIO	11
	II.4. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS	13
III.	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DISFAGIA	15
	III.1. CAUSAS DE DISFAGIA ORAL	15
	III.2. CAUSAS DE DISFAGIA FARÍNGEA	15
	III.3. CAUSAS DE DISFAGIA ESOFÁGICA	16
IV.	ACTUACIONES DESDE EL ÁREA DE URGENCIAS.	17
	IV.1. DISFAGIA AGUDA	17
	IV.2. DISFAGIA CRÓNICA	17
V.	TRATAMIENTO	18
	V.1. MEDIDAS GENERALES	18
	V.2. TRATAMIENTO ESPECÍFICO	19
VI.	ALGORITMO	23

I. INTRODUCCIÓN

El término *disfagia* indica una dificultad en la deglución de los alimentos. Este síntoma expresa la existencia de una alteración orgánica o funcional en el trayecto que sigue el bolo alimenticio desde la boca al estómago, aunque la presencia de trastornos psiquiátricos concomitantes pueden potenciarlo.

La mayoría de los pacientes hacen referencia a una deglución anormal en forma de sensación de que los alimentos se “clavan”, “pegan” o “atascan” o bien simplemente que la comida no desciende bien.

Hay que diferenciar disfagia de *odinofagia* y globo histérico. La primera alude a la presentación de dolor de localización retroesternal en los 15 segundos siguientes a la deglución y puede asociarse o no a un retraso en el vaciamiento esofágico. Por otra parte, se denomina *globo histérico* a la sensación de nudo o cuerpo extraño referido a nivel de la unión faringoesofágica habiéndose sugerido como causa del mismo la existencia de una hipertonía primaria del esfínter esofágico superior (EES).¹

I.1. FISIOLOGÍA DE LA DEGLUCIÓN

El proceso de la deglución comienza con una **fase voluntaria (bucal)** durante la cual el bolo alimentario es impulsado al interior de la faringe por la contracción lingual. Dicho bolo activa los receptores sensoriales orofaríngeos, los cuales inician la **fase involuntaria (faríngea y esofágica)** o reflejo de la deglución. Este reflejo está compuesto por una compleja serie de acontecimientos y sirve tanto para impulsar el alimento a través de la faringe y el esófago como para impedir el paso del mismo a las vías respiratorias. Cuando el bolo es impulsado hacia atrás por la lengua, la laringe se mueve hacia adelante y se abre el esfínter esofágico superior. Al llegar el bolo a la faringe, la constricción del constrictor faríngeo superior contra el paladar blando contraído inicia una contracción peristáltica que avanza rápidamente hacia abajo para desplazar el bolo a través de la faringe y el esófago. El esfínter esofágico inferior se abre cuando el alimento entra en el esófago y permanece abierto hasta que la contracción peristáltica actúa para que el bolo desemboque en el estómago. La contracción peristáltica en respuesta a una deglución implica la inhibición, seguida por la contracción secuencial de los músculos situados a lo largo de todo el pasaje de la deglución; esto se denomina *peristaltismo primario*. La inhibición que precede a la contracción peristáltica se denomina *inhibición deglutoria*. La distensión local del

esófago debida a los alimentos activa reflejos intramurales en la musculatura lisa y da lugar a un *peristaltismo secundario* limitado al esófago torácico. Las *contracciones terciarias* no son peristálticas, ya que se producen simultáneamente en un gran segmento del esófago. Las contracciones terciarias pueden aparecer en respuesta a una deglución o a distensión esofágica o bien de forma espontánea.

I.2. FISIOPATOLOGÍA

El transporte normal del bolo ingerido a través del conducto deglutorio depende del tamaño del bolo ingerido, el diámetro de la luz del pasaje de la deglución, la contracción peristáltica y la inhibición deglutoria, que comprende la relajación normal de los esfínteres esofágicos superior e inferior durante la deglución. La disfagia ocasionada por un bolo de gran tamaño o por estrechamiento de la luz se denomina *disfagia mecánica*, mientras que la disfagia debida a falta de coordinación, a debilidad de las contracciones peristálticas o a una inhibición deglutoria alterada, se denomina *disfagia motora*.

A/ Disfagia mecánica:

La disfagia mecánica podría estar causada por un bolo de alimento muy grande, una estenosis intrínseca o una compresión extrínseca de la luz. En el adulto, la luz esofágica puede distenderse hasta un diámetro de 4 cm debido a la elasticidad de la pared esofágica. Cuando el esófago no es capaz de dilatarse más de 2.5 cm de diámetro puede aparecer disfagia para sólidos, que está siempre presente cuando la distensión esofágica no es superior a 1.3 cm. Las lesiones circulares producen disfagia más a menudo que aquellas que afectan solamente a una porción de la circunferencia de la pared esofágica, ya que los segmentos no afectados conservan su distensibilidad. Las causas habituales son estenosis benignas de distinta naturaleza, neoplasias incluido el carcinoma y el anillo esofágico inferior.

B/ Disfagia motora (neuromuscular):

La disfagia motora puede ser consecuencia de una dificultad para iniciar la deglución o de anomalías en el peristaltismo y en la inhibición deglutoria debidas a enfermedades de los músculos esofágicos estriados o lisos.

1/ Las *enfermedades de los músculos estriados* afectan a la faringe, al esfínter esofágico superior y al esófago cervical. La disfagia motora de la faringe es consecuencia de trastornos neuromusculares que ocasionan parálisis muscular,

contracción no peristáltica simultánea o pérdida de la apertura del esfínter esofágico superior. La falta de apertura de dicho esfínter está causada por parálisis del geniohioideo y otros músculos suprahioideos o por pérdida de la inhibición deglutoria del músculo cricofaríngeo. Dado que cada lado de la faringe está innervado por nervios ipsolaterales, una lesión de neuronas motoras producida solamente en un lado ocasiona parálisis faríngea unilateral. Aunque las lesiones de la musculatura estriada afectan también a la porción cervical de esófago, las manifestaciones clínicas de disfunción faríngeas suelen oscurecer las manifestaciones debidas a afectación esofágica.

2/ Las *enfermedades de la musculatura lisa* afectan a la porción torácica del esófago y al esfínter esofágico inferior (EEI). El músculo liso está innervado por el componente parasimpático de las fibras vagales, preganglionares y las neuronas postganglionares de los ganglios mientéricos. Estas vías participan en el tono de reposo del EEI, así como en la apertura del mismo inducida por la deglución y en la inhibición seguida de las contracciones peristálticas del esófago. Aparece disfagia cuando las contracciones peristálticas son débiles o no son peristálticas o cuando el esfínter inferior deja de abrirse normalmente. La pérdida de la fuerza contráctil se produce por debilidad muscular, como ocurre en la esclerodermia. Las contracciones no peristálticas y la alteración en la relajación del EEI son consecuencia de un defecto en la innervación vagal inhibitoria y explican la disfagia de la acalasia.²

II. DIAGNÓSTICO

II.1. CLÍNICA

Se estima que la causa de la disfagia se puede determinar con una exactitud de aproximadamente el 80% en base únicamente a la historia clínica. Desde el punto de vista clínico podemos distinguir la *disfagia como síntoma aislado* y, por otra parte, la presencia de *síntomas acompañantes* que nos alertará sobre la existencia de posibles etiologías o complicaciones.

A/ Disfagia:

Existen unas preguntas clave cuyas respuestas nos pueden dar la llave del diagnóstico en los pacientes con disfagia.

1/ *¿Es la disfagia para alimentos sólidos, líquidos o ambos?* Enfermedades de la mucosa esofágica y del mediastino que afectan al esófago distal producen disfagia por estrechamiento de la luz esofágica. Tales estrechamientos habitualmente producen poco

obstáculo al paso de líquidos y por tanto estas enfermedades característicamente producen disfagia sólo para alimentos sólidos. Por el contrario, enfermedades que alteran el peristaltismo por afectación del músculo liso y su inervación pueden producir disfagia para sólidos y líquidos. En la acalasia, la contracción mantenida del esfínter esofágico inferior (EII) causa una obstrucción mecánica completa que persiste hasta que el esfínter se relaja o la presión hidrostática del material retenido excede la presión generada por el músculo del esfínter. Incluso en ausencia de peristaltismo la gravedad puede vaciar el contenido líquido con efectividad si el EII está relajado. Además, pacientes que tienen una alteración en el peristaltismo o una hipotensión severa del EII con frecuencia no experimentan disfagia o la disfagia es solo para alimentos sólidos.

2/ *¿Dónde percibe el paciente que el material deglutido se “atasca”?* Los pacientes con obstrucción esofágica con frecuencia perciben que el material deglutido se detiene en un punto que está por encima o a nivel de la lesión causante de la obstrucción. No es común que el paciente perciba que el material deglutido se detiene en un nivel por debajo de la lesión que produce la obstrucción. En un reciente estudio endoscópico de 139 pacientes con disfagia causada por estenosis esofágicas, la percepción del paciente del nivel de la obstrucción coincidía con la localización endoscópica de la estenosis con una exactitud de +/- 4 cm en el 74% de los casos. El 15% de los pacientes con estenosis del esófago distal localizan la obstrucción en el esófago proximal, mientras que sólo el 5% de los pacientes con estenosis esofágica proximal perciben la obstrucción en el esófago distal. Por tanto, la percepción de que el bolo deglutido se detiene por encima del escalón supraesternal es de escaso valor para la localización de la obstrucción ya que esta sensación puede ser causada por una lesión localizada en cualquier lugar desde la faringe hasta el esófago distal. Sin embargo, si el paciente localiza la obstrucción en un punto inferior al escalón supraesternal, las posibilidades de que la causa de la disfagia sea una alteración del esófago distal son grandes.

3/ *¿Existen síntomas de disfunción orofaríngea?* La disfagia orofaríngea con frecuencia es resultado de enfermedades que afectan al músculo estriado de la orofaringe o su inervación (por ejemplo distrofias musculares, accidentes cerebrovasculares). Los pacientes con estas enfermedades neuromusculares pueden experimentar dificultad en iniciar la deglución y la deglución puede acompañarse de regurgitación nasofaríngea, aspiración pulmonar y sensación de material residual en la

faringe. Si cualquiera de estos síntomas está presente, la evaluación de la disfunción orofaríngea debe preceder a las pruebas para estudio del esófago.

4/ *¿Es la disfagia intermitente o progresiva?* Los pacientes que tienen un anillo mucoso esofágico inferior (Schatzki) típicamente se quejan de disfagia intermitente y no progresiva. Estos pacientes característicamente experimentan episodios breves y autolimitados de disfagia para alimentos sólidos, con frecuencia durante una comida copiosa (generalmente carne) en un restaurante o una reunión social (“síndrome de bistec”). Los episodios pueden estar separados por semanas, meses o años y el paciente típicamente no presenta dificultad en la deglución entre dichos episodios. Por el contrario, las estenosis esofágicas generalmente causan disfagia que es progresiva en frecuencia y severidad. En las estenosis benignas, la progresión es típicamente lenta e insidiosa (períodos de meses a años) y la pérdida de peso es mínima. Las estenosis esofágicas malignas producen disfagia rápidamente progresiva (período de semanas a meses) y la pérdida de peso puede ser importante.

5/ *¿Tiene el paciente historia de pirosis crónica?* La pirosis es el síntoma cardinal de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y una historia de ardor retroesternal crónico sugiere la posibilidad de que la disfagia pueda estar causada por una estenosis péptica. Sin embargo la historia de pirosis debe ser interpretada con precaución ya que la sensación de quemazón o ardor retroesternal no es específica para la ERGE. Por ejemplo, pacientes con acalasia con frecuencia se quejan de ardor retroesternal que puede estar causado tanto por una actividad motora anormal como por la exposición esofágica al ácido. A la inversa, muchos enfermos que desarrollan estenosis péptica secundaria a ERGE no tienen antecedentes de pirosis. En un estudio de 154 pacientes con estenosis esofágica benigna (la mayoría pépticas), sólo el 75% de los pacientes cuentan una historia de ardor retroesternal crónico. Finalmente, aproximadamente dos terceras partes de los casos de disfagia causada por un adenocarcinoma sobre un esófago de Barrett tienen una historia de pirosis de larga evolución. Aunque la historia de pirosis proporciona una información clínica útil, las conclusiones en cuanto a la etiología de la disfagia en un paciente concreto no se deben basar inicialmente en la presencia o ausencia de pirosis.

6/ *¿Ha tomado el paciente medicamentos que pueden producir esofagitis?* Ciertos fármacos que se ingieren en forma de comprimidos pueden ser potencialmente cáusticos para el esófago y pueden producir úlceras profundas con posterior formación de estenosis en caso de contacto prolongado con la mucosa esofágica. Aunque la lista de

medicamentos que pueden producir esofagitis es grande, la mayoría de los casos recogidos en Estados Unidos han sido causados por antibióticos (por ej. doxiciclina), preparaciones de clorato potásico, AINEs, o quinidina. Recientemente se han atribuido ciertos casos de esofagitis al alendronato sódico, un agente utilizado para el tratamiento de la osteoporosis en mujeres postmenopáusicas.

7/ *¿Tiene el paciente historia de enfermedades colágeno-vasculares?* Enfermedades colágeno-vasculares tales como la esclerodermia, artritis reumatoidea o lupus eritematoso sistémico pueden afectar al esófago distal y producir alteraciones en la motilidad. La dismotilidad esofágica en estas enfermedades con frecuencia se asocia con el fenómeno de Raynaud. En la esclerodermia y demás enfermedades colágeno-vasculares, la fibrosis y la obliteración vascular del músculo liso del tubo digestivo produce una pobre contractilidad y debilidad del esófago que predispone a una severa ERGE. Además, los pacientes con estas enfermedades son tratados con frecuencia con fármacos tales como los AINEs que pueden producir esofagitis medicamentosa. Por tanto, la disfagia asociada con enfermedades del colágeno puede ser resultado de alteraciones en la motilidad esofágica, ERGE severa, esofagitis medicamentosa o combinación de estas anomalías.

8/ *¿Está el paciente inmunodeprimido?* Las esofagitis infecciosas ocurren con frecuencia en pacientes con compromiso inmunológico severo debido a infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedad maligna terminal o en pacientes trasplantados a los que se administran potentes fármacos inmunosupresores. Se estima que el 30-40% de los pacientes con infección por el VIH desarrollan síntomas de enfermedad esofágica. La mayoría de las infecciones esofágicas son causadas por uno solo o combinación de estos tres organismos: *Candida*, citomegalovirus y virus herpes simple. La odinofagia es generalmente el síntoma predominante en pacientes con esofagitis infecciosa, aunque la mayoría de los pacientes también refieren disfagia. La estenosis esofágica es una complicación poco común de la esofagitis infecciosa.³

B/ Síntomas acompañantes:

1/ *Vómitos y regurgitación:* el vómito es una eyección activa del contenido gástrico con náuseas y contracción de la musculatura abdominal. La regurgitación es un proceso pasivo de retorno sin esfuerzo de contenido gástrico o esofágico a la boca. Los pacientes con frecuencia describen la regurgitación como vómitos. Las náuseas pueden ser causadas por contacto del contenido esofágico regurgitado con la mucosa faríngea. La regurgitación de contenido esofágico a la boca ocurre con el decúbito o la flexión del

tronco. La distinción entre los dos síntomas es posible por el sabor del material que penetra en la boca. El sabor es ácido o amargo si el contenido procede del estómago y no es desagradable si proviene del esófago, a menos que haya permanecido en el mismo durante mucho tiempo y se haya iniciado su descomposición.

2/ *Tos*: la tos que se inicia inmediatamente después de la deglución sugiere disfagia faríngea o una fistula esófago-traqueal. La regurgitación de residuos alimenticios esofágicos puede producir tos nocturna y manchar la almohada.

3/ *Odinofagia*: la odinofagia es dolor experimentado en los 15 segundos siguientes a la deglución y puede estar asociado o no con un retraso en el tránsito esofágico.

a) La odinofagia sin retraso ocurre a veces en la esofagitis por reflujo o en las enfermedades inflamatorias de la mucosa esofágica y mediastino (por ejemplo en la mediastinitis y abscesos mediastínicos). También puede ocurrir en ausencia de alteraciones demostrables en el llamado “síndrome del esófago sensible”, cuando puede ser provocado al beber líquidos calientes o alcohol.

b) La odinofagia con retraso en el tránsito esofágico se ve en ocasiones en el contexto del espasmo esofágico difuso o el reflujo gastroesofágico. Con más frecuencia se asocia con obstrucciones mecánicas por una estenosis péptica secundaria a esofagitis por reflujo o a una estenosis maligna producida por un carcinoma. El intervalo de tiempo entre la deglución y el inicio del dolor aporta una información útil del lugar de la lesión. El dolor aparece inmediatamente tras la deglución en enfermedades faríngeas, mientras que hay un retraso de varios segundos en caso de afectación esofágica.

4/ *Hipo*: el hipo se produce por irritación de la mucosa del esófago inferior y con frecuencia acompaña a la disfagia cuando el sitio de obstrucción está cercano al cardias o en el mismo. Se puede inducir por distensión del esófago inferior tras la deglución de alimentos.

5/ *Eructos*: los eructos molestos son un síntoma de reflujo gastroesofágico. No se producen en el caso de obstrucción esofágica completa, pero son comunes cuando la disfagia es consecuencia de una esofagitis con espasmo.⁴

6/ *Síntomas de alarma*: como se ha comentado previamente, ante toda disfagia será necesario una detenida anamnesis, prestando especial atención a la presencia de signos de alarma que puedan estar indicando la presencia de un proceso grave. Por ejemplo, si objetivamos una anemia importante acompañada de epigastralgia severa y datos de hemorragia digestiva alta (hematemesis o melenas), deberemos sospechar una

ulceración sobre una estenosis péptica previa en el contexto de una ERGE. Los pacientes mayores de 50 años que consultan por disfagia rápidamente progresiva asociada a una pérdida de peso importante en un corto periodo de tiempo, nos pondrán tras la pista de un posible carcinoma esofágico.

II.2. EXPLORACIÓN FÍSICA

A/ Enfermedades musculoesqueléticas, neurológicas y bucofaríngeas:

Deberá investigarse cuidadosamente la presencia de signos de parálisis bulbar y pseudobulbar tales como disartria, disfonía, ptosis, atrofia de la lengua y contracciones mandibulares hiperactivas, además de signos de enfermedad neuromuscular generalizada. Deberá examinarse el cuello en busca de tiromegalia o de una anomalía de la columna cervical. La inspección cuidadosa de boca y faringe permitirá descubrir lesiones que puedan interferir en el paso del alimento por la boca o el esófago a causa de dolor u obstrucción.²

B/ Enfermedades cutáneas que producen afectación esofágica:

Las alteraciones cutáneas y de extremidades pueden sugerir el diagnóstico de esclerodermia y de otras enfermedades colagenovasculares o bien enfermedades mucocutáneas tales como el penfigoide o la epidemólisis ampullosa que pueden afectar al esófago. Comentamos brevemente los hallazgos exploratorios más típicos de estas enfermedades.

1/ *Enfermedades ampollosas*: las enfermedades ampollosas pueden ser causa importante de disfagia cuando se presentan lesiones mucosas en la faringe o el esófago. Destacamos el síndrome de Stevens-Johnson, frecuentemente de etiología medicamentosa, con las típicas lesiones es escarapela afectando mucosa oral, ocular y génito-anal y la epidermolisis ampullosa en su variante distrófica o dermolítica que produce mayor afectación esofágica.

2/ *Enfermedades del tejido conectivo* como la dermatomiositis con el típico exantema en heliotropo y las pápulas de Gottron en el dorso de los dedos o la esclerosis sistémica con el fenómeno de Raynaud (90% de los pacientes) y laacroesclerosis.

3/ *Enfermedades infecciosas*: la candidiasis esofágica se puede acompañar de candidiasis cutánea, ungueal y los espectaculares granulomas candidiásicos en la edad infantil.

4/ *Enfermedades cutáneas con predisposición a cáncer de esófago*: el síndrome de Plummer-Vinson o Patterson-Kelly produce disfagia por membrana faringoesofágica a nivel postcricóideo acompañándose de coiloniquia, queilitis marginal y lengua depapilada debiendo hacerse seguimiento evolutivo de la membrana ya que degenera a cáncer de esófago en un 5-10% de los casos. Por último, también predispone a cáncer de esófago la exposición al arsénico que produce queratosis puntiformes palmo-plantares, enfermedad de Bowen de la piel y pigmentación moteada en el dorso.⁵

II.3. DATOS DE LABORATORIO

En la mayoría de los casos la etiología subyacente de la disfagia se puede conocer con una historia clínica exhaustiva.

A/ Analítica disponible desde urgencias:

1/ *Hemograma*: la presencia de leucocitosis nos orientará el cuadro hacia una etiología infecciosa o la presencia de complicaciones (neumonía por aspiración) y, por otro lado, la leucopenia indicará inmunodepresión del paciente. El hallazgo de anemia nos indicará signo de alarma.

2/ *Bioquímica*: nos permitirá hacer una valoración acerca del estado de hidratación y nutrición del paciente (uremia e hipoalbuminemia).

B/ Otros estudios:

1/ *Disfagia orofaríngea*: en el caso de la disfagia orofaríngea, la etiología suele ser evidente en el momento de la presentación debido a la asociación temporal con un evento traumático o neurológico. Con menos frecuencia, la etiología no es clara en el momento de la presentación. En estos casos, los datos de laboratorio pueden proporcionarnos una información diagnóstica útil. Vamos a comentar los datos de laboratorio disponibles (no en analítica de urgencias) para la detección de los trastornos más comúnmente asociados con la disfagia orofaríngea.

a) El diagnóstico de miastenia gravis se confirmará mediante la detección serológica de los Ac antireceptores de la acetil colina, presentes en un 85% de los casos. El hallazgo de estos Ac es altamente específico y virtualmente diagnóstico. Sin embargo, pueden estar ausentes hasta en un 50% de los pacientes sin signos oculares de miastenia. El test de estimulación con edrofonio (Tensilón) puede ser positivo en dichos casos.

b) El diagnóstico de miopatía inflamatoria se hará objetivando alteraciones serológicas de una o más de las enzimas musculares por electromiografía o por biopsia muscular. Los niveles séricos de creatinín fosfoquinasa (CPK) se elevan en aproximadamente el 70% de los casos en el momento de la presentación siendo el indicador enzimático más sensible. Elevaciones en plasma de la PCR y la VSG son también bastante comunes aunque inespecíficas.

c) Las miopatías tóxicas y metabólicas se deben considerar como causas potenciales de disfagia orofaríngea. El hipertiroidismo siempre debe ser tenido en cuenta, sobre todo en pacientes jóvenes en los que los datos clásicos de tirotoxicosis pueden estar ausentes, ya que es una causa reversible de disfagia. Ciertos fármacos también pueden producir miopatía tóxica o inflamatoria reversible y por tanto disfagia tales como la amiodarona o los inhibidores de la HMG-CoA reductasa.⁶

2/ *Disfagia esofágica*: existen pocos datos de laboratorio específicos para el diagnóstico de disfagia esofágica ya que las causas más frecuentes de la misma no producen alteraciones analíticas.

a) Enfermedades mucosas tales como la ERGE, anillos y tumores esofágicos, esofagitis cáustica (por ingestión de cáusticos y medicamentosas), radiación, esofagitis infecciosas etc..., se diagnosticarán fácilmente mediante una historia clínica cuidadosa y pruebas de imagen complementarias (seriada EGD, endoscopia alta), siendo necesarios pocos datos de laboratorio.

b) Enfermedades mediastínicas: tumores como el cáncer de pulmón o el linfoma e infecciones como la tuberculosis o la histoplasmosis pueden producir disfagia esofágica. Los datos de laboratorio que encontraremos serán los marcadores tumorales e infecciosos habituales para dichas enfermedades confirmándose el diagnóstico mediante pruebas de imagen.

c) Enfermedades que afectan al músculo liso esofágico y su inervación (acalasia, esclerodermia y otros trastornos motores esofágicos) suelen diagnosticarse también por la clínica y la exploración física. Como datos de laboratorio serán de ayuda, en el caso de la esclerodermia, hallazgos inespecíficos como el aumento de la VSG, anemia, hipergammaglobulinemia, y anticuerpos antinucleares (ANA), positivos en el 95% de los casos, siendo el más específico el Ac antitopoisomerasa (Scl-70 o Scl-1) que sólo existe en un 20% de los pacientes. Como en casos anteriores, el diagnóstico se confirmará mediante pruebas complementarias (seriada EGD, endoscopia y manometría).

II.4. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS DISPONIBLES DESDE URGENCIAS

A/ Placas simples de cuello con técnica para partes blandas y Rx de tórax:

Ante toda disfagia será obligada la realización de Rx de tórax. En urgencias, la gran mayoría de las disfgias agudas serán debidas a la presencia de un cuerpo extraño impactado en esófago. Tras investigar el tipo de cuerpo extraño ingerido, la Rx de cuello y tórax nos permitirá descartar la presencia de perforación (neumomediastino) en caso de objeto impactado punzante o cortante o bien alimentos con huesos o espinas. Así mismo permitirá identificar cuerpos extraños radiopacos (pilas, clips metálicos, monedas...).⁷ La radiografía simple de tórax también es útil para el diagnóstico de enfermedades mediastínicas (linfoma) o pulmonares compresivas tumorales o infecciosas, así como demostrar infiltrados sugestivos de neumonía por aspiración o abscesos de pulmón.⁴

B/ Rx seriada EGD con bario:

Durante décadas se ha debatido si la seriada EGD debe ser la primera prueba en la evaluación de la disfagia o si aporta un mayor beneficio proceder directamente al examen endoscópico, ya que éste casi siempre es necesario en la evaluación de la disfagia esofágica. Esto es debido a que la Rx EGD generalmente no proporciona una información suficiente y además tiene un riesgo de exposición a la radiación. Sin embargo, para otros autores, la Rx EGD proporciona una valiosa información anatómica del esófago que puede ayudar al enfoque terapéutico y evitar otros estudios más complejos.

A pesar de todos estos datos, la realización precoz de la seriada EGD para la evaluación de pacientes con disfagia esofágica es útil ya que parece ser más sensible que la endoscopia en la detección de pequeñas estenosis esofágicas tales como aquellas producidas por anillos y estenosis pépticas de más de 10 mm de diámetro. Además, el examen con fluoroscopia puede identificar alteraciones en la motilidad esofágica y es especialmente útil para el diagnóstico de acalasia y espasmo esofágico difuso, condiciones que pueden ser difíciles de identificar endoscópicamente en estadios precoces. También puede identificar lesiones que pueden crear confusión para el endoscopista tales como un gran divertículo de Zenker o grandes hernias paraesofágicas.

Es importante recordar que el uso de contraste baritado en Rx de urgencias está contraindicado ya que dificulta la realización de endoscopia posteriormente en caso de que sea necesaria. Así mismo, ante la sospecha de perforación se sustituirá el bario por contraste hidrosoluble (gastrografin).

C/ Endoscopia digestiva alta:

Con escasas contraindicaciones, el estudio endoscópico se recomienda para la mayoría de los pacientes con disfagia de origen esofágico para establecer o confirmar el diagnóstico, buscar datos de esofagitis, excluir malignidad y cuando es necesario realizar terapéutica. Permite obtener biopsias y citología por cepillado de lesiones esofágicas facilitando el diagnóstico de neoplasia, infección, etc. La endoscopia es más sensible que la radiología para identificar lesiones mucosas esofágicas de pequeño tamaño (por ejemplo esofagitis leves causadas por reflujo gastroesofágico o infección).³ Así mismo es especialmente útil y resolutiva realizada en urgencias para la extracción de cuerpos extraños esofágicos.

D/ Nasoendoscopia:

Se realiza introduciendo un pequeño fibroscopio o videoendoscopio transnasal que permite la visualización directa de toda la mucosa de la cavidad oral, nasofaringe, faringe y laringe. Este examen es el método óptimo para identificar lesiones estructurales intracavitarias así como identificación y biopsia de lesiones mucosas. El endoscopio se posiciona a nivel del paladar blando para ver la base de la lengua, la epiglotis y la cara faríngea superior. Posteriormente se coloca bajo la epiglotis para visualizar el vestíbulo laríngeo. Recientemente el nasoendoscopio se ha modificado para comprobar la integridad de los reflejos faríngeos mediante la expulsión de un discreto chorro de aire que provoca la aducción de la glotis.⁶

E/ Otras pruebas:

Comentamos ahora brevemente otras exploraciones complementarias de gran utilidad pero que no se realizan habitualmente con carácter urgente.

1/ *Manometría esofágica*: es la técnica de elección para el estudio de los desórdenes de la motilidad esofágica siendo especialmente útil para establecer el diagnóstico de acalasia y espasmo esofágico difuso, así como para detectar anomalías motoras esofágicas asociadas con enfermedades colágeno-vasculares.³

2/ *Videofluoroscopia*: es una excelente técnica para el estudio de la función oral y faríngea permitiendo detectar y analizar la alteración funcional del mecanismo de la deglución. Proporciona evidencias de los cuatro datos clave de la disfunción

orofaríngea: imposibilidad o retraso en el inicio de la deglución faríngea, aspiración de alimento a pulmón, regurgitación nasofaríngea y presencia de residuo del material ingerido en la cavidad faríngea tras la deglución.

3/ *Tránsito esofágico por escintigrafía* (el paciente ingiere agua marcada con tecnecio⁹⁹) y la *manofluorografía* constituyen otras pruebas menos importantes.⁶

III. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DISFAGIA

III.1. CAUSAS DE DISFAGIA ORAL

La disfagia oral se produce por problemas en iniciar la deglución o por alteraciones masticatorias con dificultad en la formación del bolo alimenticio. Obedece fundamentalmente a dos mecanismos:

A/ Aquinesia y/o debilidad muscular:

- Enfermedad de Parkinson.
- Poliomiélitis bulbar.
- Enfermedad de la neurona motora.
- Siringomielia.
- Distrofia muscular.

B/ Masticación dolorosa:

- Candidiasis.
- Herpes simple.
- Tumores de la lengua o boca.
- Traumatismos.

III.2. CAUSAS DE DISFAGIA FARÍNGEA

Puede ser debida a distintos tipos de lesiones:

A/ Lesión bilateral de la neurona motora superior (p. ej. ACV):

- Disfagia pseudobulbar por parálisis muscular espástica.

B/ Daño medular:

- Esclerosis lateral amiotrófica.
- Enfermedad de la neurona motora.
- Siringobulbia.
- Poliomiélitis.

C/ Debilidad del músculo estriado:

- Miastenia gravis.
- Dermatomiositis.
- Distrofia miotónica.

D/ Obstrucciones mecánicas:

- Carcinoma postcricoideo.
- Divertículo faríngeo.
- Obstrucción cricofaríngea y acalasia.

E/ Inflamación:

- Tonsilitis.
- Candidiasis.
- Herpes simple.

F/ Psicológicas:

- Globo histérico.
- Depresión.

III.3. CAUSAS DE DISFAGIA ESOFÁGICA

A/ Enfermedades neurológicas:

- Acalasia y enfermedad de Chagas.
- Espasmo esofágico difuso.
- Hipertonía del esfínter esofágico inferior.
- Neuropatía autonómica (p. ej. diabetes).
- Esclerosis múltiple.

B/ Enfermedades musculares:

- Esclerosis sistémica (esclerodermia).
- Lupus eritematoso sistémico.
- Distrofia miotónica.

C/ Obstrucciones mecánicas:

- Anillos: disfagia sideropénica.
- Estenosis fibrosas: reflujo gastroesofágico, anillo de Schatzki, ingestión de fármacos o venenos corrosivos, enfermedad de Behçet, radioterapia.
- Cuerpos extraños: particularmente en niños y enfermos mentales.
- Neoplasias: carcinoma de esófago o cardias, leiomioma.

- Compresiones extrínsecas: carcinoma bronquial, adenopatías mediastínicas, bocio torácico, aneurisma de aorta, postcirugía (funduplicatura).

- Divertículos esofágicos.

D/ Enfermedades inflamatorias:

- Esofagitis por reflujo gastroesofágico.
- Disfagia sideropénica.
- Candidiasis.
- Herpes simple.⁴

IV. ACTUACIONES DESDE EL ÁREA DE URGENCIAS

IV.1. DISFAGIA AGUDA

En cualquier disfagia aguda con o sin antecedentes previos de disfagia se consultará con el especialista.

A/ Si se trata de una **disfagia crónica que se ha reagudizado** de forma brusca y existen datos de que el origen del problema se encuentra a nivel esofágico se consultará con el especialista de aparato digestivo.

B/ Si por la anamnesis se sospecha un **cuerpo extraño** impactado en esófago se realizará Rx de cuello y tórax avisándose posteriormente al especialista de digestivo una vez descartada la perforación. En caso de diagnosticarse una perforación (enfisema subcutáneo, neumoperitoneo, datos de mediastinitis... etc), se consultará urgentemente con adjunto de urgencias y especialista de cirugía. Si junto a la disfagia por cuerpo extraño esofágico el paciente presenta disnea se avisará al especialista de O.R.L. y al de digestivo para descartar impactación de cuerpo extraño en vía aérea superior y asegurar la permeabilidad de la misma.

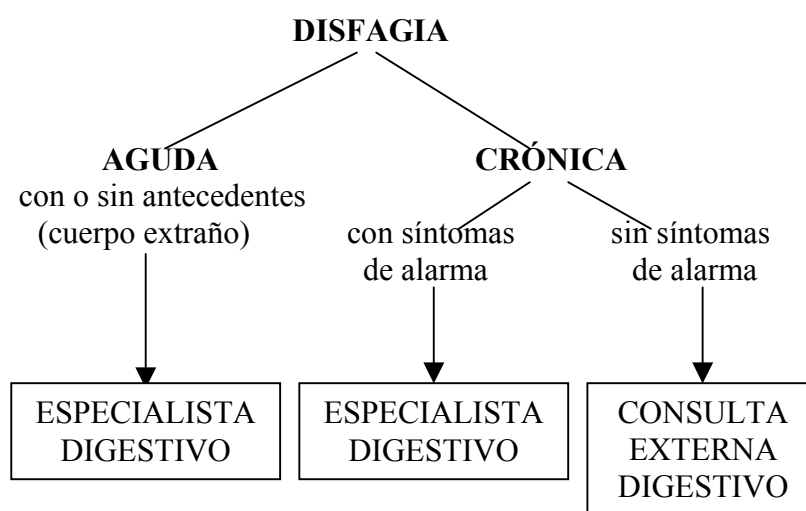
IV.2. DISFAGIA CRÓNICA

Ante un enfermo con disfagia de larga evolución que acude a un Servicio de Urgencias nos plantearemos dos posibilidades:

A/¿Existen síntomas de alarma? Como ya comentamos anteriormente hay datos que nos ponen alerta de que puede existir una enfermedad grave como son la presencia de anemia importante, cuadro constitucional, edad > 50 años, epigastralgia persistente o sospecha de hemorragia digestiva alta (hematemesis o melenas). En cualquiera de estos casos se consultará con el especialista de aparato digestivo.

B/ Si el paciente consulta por disfagia de larga data y **no existen síntomas de alarma** ni interferencia con la alimentación el cuadro clínico se orientará, una vez descartadas complicaciones, hacia una enfermedad benigna (anillo esofágico inferior, divertículos esofágicos, trastorno motor esofágico o estenosis péptica) y se dará al enfermo de alta, tras consultar con adjunto de urgencias, remitiéndose a consulta externa de digestivo para estudio con carácter preferente.

En el siguiente cuadro se describe de forma resumida el protocolo de actuación en el área de urgencias ante un paciente con disfagia.



V. TRATAMIENTO

V.1. MEDIDAS GENERALES

A/ Valoración del estado general y nutricional:

El grado y duración de la disfagia determina la magnitud de la pérdida nutricional. La alimentación inadecuada conlleva a una malnutrición protéico-calórica con adelgazamiento. La medida del peso corporal es un índice poco útil para la monitorización del adelgazamiento, ya que la hipoalbuminemia puede producir edemas que enmascaran la pérdida de peso. Por tanto, el grosor del pliegue cutáneo y el diámetro muscular del brazo indicarán la masa corporal grasa y magra respectivamente. La desnutrición produce inmunodeficiencia con fallo de la inmunidad mediada por células incrementándose de forma importante el riesgo de infección. La deplección proteica y los bajos niveles séricos de albúmina producirán un retraso importante en la

cicatrización de las heridas en caso de que el paciente precise una intervención quirúrgica. Por todo esto, en casos de disfagia con un grado de desnutrición importante será necesaria la sueroterapia intravenosa pudiendo recurrirse a la alimentación entera a través de un tubo de fino calibre e incluso a la canalización de una vía venosa central para administración de nutrición parenteral. Cuando la disfagia es severa, incluso los líquidos pueden no ser ingeridos en cantidad suficiente produciendo deshidratación y uremia.

B/ Complicaciones respiratorias:

La aspiración de alimentos al árbol respiratorio puede ocurrir durante la deglución o ser resultado de la regurgitación de contenido esofágico debido a una lesión obstructiva. Esto producirá tos con episodios de fiebre, dolor costal y presencia de infiltrados en la radiografía de tórax debidos a una neumonía por aspiración que puede progresar a absceso de pulmón. Las complicaciones respiratorias de la disfagia conllevan una considerable mortalidad, agravado por la inmunodeficiencia en los casos en que se asocie a déficit nutricional. En estos casos se iniciará oxigenoterapia, tratamiento antibiótico intravenoso de amplio espectro que cubra gérmenes aerobios y anaerobios, además de las medidas generales comentadas anteriormente (sueroterapia, nutrición parenteral, analgesia...etc). Si el paciente acude a urgencias por disfagia acompañada disnea aguda habrá que realizar examen ORL para asegurar la permeabilidad de la vía aérea superior. La aspiración masiva puede producir muerte súbita y constituye un riesgo constante en pacientes con un gran residuo alimenticio en esófago.⁴

V.2. TRATAMIENTO ESPECÍFICO

A/ Disfagia orofaríngea:

La mayoría de las causas de la disfagia orofaríngea no son susceptibles de terapia directa. En los pacientes con disfagia avanzada, los objetivos más importantes del tratamiento son la protección de las vías aéreas y el mantenimiento de la nutrición. Puede obtenerse una mejoría sintomática significativa con diversas maniobras diseñadas para maximizar la eficacia de la deglución y minimizar el riesgo de aspiración. También puede conseguirse un cierto alivio prestando una atención detallada a la naturaleza y consistencia de los alimentos ingeridos, así como al método de administración. Cuando

estas medidas no surten efecto, la aspiración sigue constituyendo un riesgo significativo y llega a comprometerse la nutrición; por consiguiente, hay que considerar medios alternativos de soporte nutricional. Los pacientes con enfermedad neurológica avanzada, por ejemplo, requieren habitualmente una gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) con el fin de permitir la nutrición enteral. En individuos altamente seleccionados en los que la disfagia parezca ser consecuencia principalmente de la imposibilidad de abrir el esfínter esofágico superior debe plantearse la conveniencia de una miotomía quirúrgica.

B/ Disfagia esofágica:

1/ *Trastornos motores esofágicos*: vamos a comentar los enfoques terapéuticos de los tres trastornos motores primarios o “clásicos” del cuerpo esofágico: acalasia, espasmo esofágico difuso y esclerodermia.

a) Acalasia: entre los tratamientos farmacológicos figura la administración de bloqueantes de los canales del calcio y nitratos. Aunque estos agentes pueden proporcionar un alivio transitorio y a corto plazo, no hay pruebas de que sean eficaces a largo plazo por lo que no pueden recomendarse de forma crónica. Una innovación reciente ha sido la inyección de toxina botulínica por vía endoscópica directamente en el esfínter esofágico inferior, pero los estudios de seguimiento a largo plazo han resultado poco alentadores ya que, aunque se logra un alivio sintomático, no existe mejoría en la función y el vaciado esofágicos. Por ahora, las principales opciones terapéuticas consisten en la dilatación neumática y la miotomía quirúrgica. La dilatación con bujía proporciona un alivio sintomático transitorio, mientras que la dilatación neumática vigorosa puede deparar alivio a largo plazo. La miotomía de Heller puede practicarse actualmente por medios poco invasivos (abordaje toracoscópico y laparoscópico) abandonando el paciente en hospital a las 24-48 horas del postoperatorio con una respuesta sintomática igual a la del abordaje quirúrgico abierto.

b) Espasmo esofágico difuso (EED): en muchos pacientes con ERGE se han descrito características radiológicas y manométricas indistinguibles de las del espasmo esofágico difuso “clásico”. Por tanto, en los pacientes con EED debería buscarse la presencia de reflujo y tratarse si se encuentra. De lo contrario, el tratamiento sigue siendo esencialmente sintomático. Se han

utilizado nitratos, bloqueantes de los canales del calcio, dilataciones con bujías e incluso miotomía, pero ninguna de estas alternativas ha obtenido una aceptación generalizada.

c) Esclerodermia: como ya se ha comentado, la esclerodermia e asocia a reflujo gastroesofágico y progresa rápidamente a complicaciones como esofagitis avanzada, estenosis péptica y esófago de Barrett, a veces incluso en ausencia de sintomatología destacada. El tratamiento se dirige principalmente al reflujo y a sus complicaciones.⁸

2/ *ERGE y estenosis péptica*: Los objetivos del tratamiento inicial son aliviar los síntomas y curar la esofagitis (sí existe). La mejor forma de alcanzar estos objetivos es reducir la influencia del factor más nocivo para la mucosa esofágica; el ácido.

a) Recomendaciones apropiadas de estilo de vida: elevar la cabecera de la cama, evitar el uso de prendas de vestir muy ajustadas, restringir el consumo de alcohol, dejar de fumar, dieta alimentaria, reducir el peso, no acostarse después de comer y evitar las comidas antes de la hora de dormir, así como estimular la salivación con chicle o pastillas.

b) Antiácidos y combinaciones de antiácidos/procinéticos: se emplean para el alivio sintomático a corto plazo.

c) Antagonistas de los receptores H₂ (ARH₂): son capaces de controlar los síntomas en muchos pacientes con grados leves de la enfermedad. A dosis de prescripción, los ARH₂ no son efectivos en el tratamiento de la ERGE entre moderada y grave, incluida la esofagitis erosiva usándose en estos casos dosis mayores a las utilizadas habitualmente para la úlcera duodenal con tasas de curación del 80% después de 12 semanas con ranitidina (150 mg. 4 veces al día).

d) Inhibidores de la bomba de protones (IBP): suelen ser muy eficaces para aliviar los síntomas y curar la esofagitis erosiva demostrándose invariablemente superiores a lo ARH₂. En la actualidad se está prestando una atención creciente a la administración precoz de IBP en los pacientes con pirosis o ERGE no erosiva que no han sido tratados previamente con ARH₂.

e) Tratamiento de mantenimiento: en la mayoría de los pacientes es necesario un tratamiento de mantenimiento a largo plazo con ranitidina (150 mg. 2 veces al día), omeprazol (20 mg. al día) o lansoprazol (15 mg. al día) siendo útiles las combinaciones de éstos con procinéticos.

f) Cirugía laparoscópica antirreflujo: sigue siendo una alternativa real para el tratamiento eficaz a largo plazo de la ERGE, reservándose para pacientes seleccionados como individuos jóvenes y sanos con un gran volumen de reflujo y síntomas pulmonares o ORL asociados.⁹

g) Dilataciones endoscópicas con balones neumáticos o bujías: serán útiles en pacientes con ERGE de larga evolución que desarrollen estenosis péptica.¹⁰

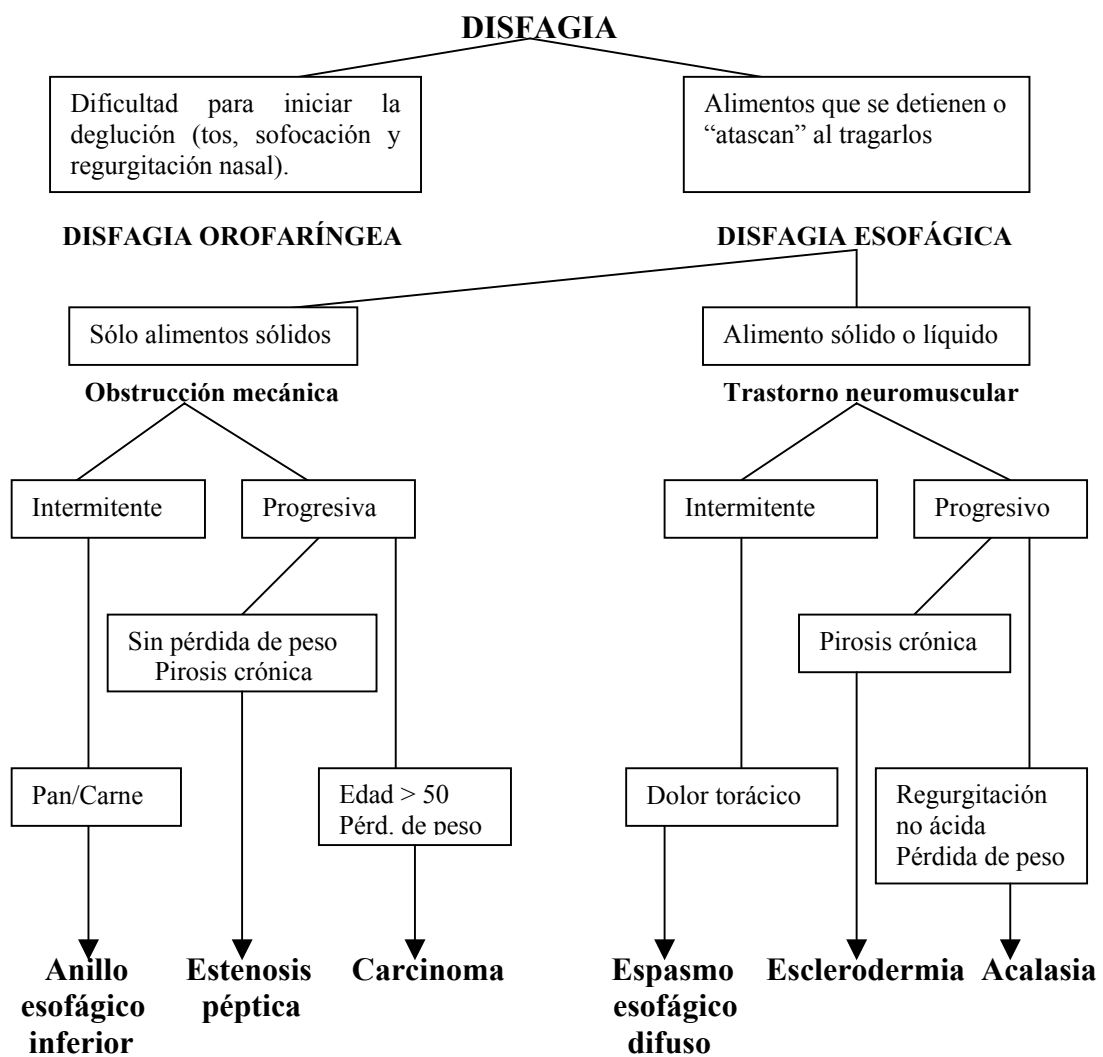
3/ *Lesiones neoplásicas*: el tratamiento de los tumores esofágicos dependerá de la estirpe de los mismos tras la confirmación anatomopatológica y del diagnóstico de extensión. En tumores operables se utilizará cirugía en combinación con quimio y/o radioterapia. Para los tumores inoperables existen prótesis autoexpandibles intraesofágicas como tratamiento paliativo.

4/ *Cuerpos extraños*: ante una fundada sospecha de ingestión de cuerpo extraño se debe realizar endoscopia con el fin de confirmar el diagnóstico y posteriormente proceder a su extracción. Es muy importante solicitar previamente un estudio radiográfico de tórax y/o abdomen. Estos estudios nos van a permitir localizar los cuerpos extraños radiopacos, al tiempo que nos avisarán de una complicación tan grave como temida como es la perforación. Por tanto, todo cuerpo extraño susceptible de extracción debe ser retirado endoscópicamente, sobre todo si son punzantes o cortantes.

5/ *Estenosis esofágicas de etiología cáustica*: se localizan fundamentalmente a nivel de las estrecheces fisiológicas del órgano, sobre todo en pacientes que presentaron lesiones de tercer grado. Las dilataciones endoscópicas con bujías se realizarán semanalmente al principio, espaciándolas posteriormente en función de la respuesta de cada caso. Aquellos pacientes que presenten estenosis esofágicas refractarias a dilataciones con bujías o tengan retracciones gástricas severas serán tratados quirúrgicamente.⁷

6/ *Membranas y anillos*: para la dilatación de membranas y anillos mucosos de esófago distal (Schatzki) se utilizarán bujías o balones neumáticos. Tras la dilatación, en caso de aparecer esofagitis por reflujo gastroesofágico, se iniciará tratamiento médico agresivo. La recurrencia de la disfagia es frecuente siendo necesarias sucesivas dilataciones en el futuro.¹⁰

VI. ALGORITMO



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Richter JE. Pirosis, disfagia, odinofagia y otros síntomas esofágicos. En: Sleisenger MH, Fordtran JS, dirs. Enfermedades gastrointestinales: Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Volumen I. Buenos Aires: Editorial médica Panamericana; 1994. P.339-48
- 2.- Goyal RK. Disfagia. En: Fauci AS, Braunwald E, Jsselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna. Volumen I. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U; 1998. P.261-63
- 3.- AGA technical review on treatment of patients with dysphagia caused by benign disorders of the distal esophagus. Gastroenterology 1999;17:233-254
- 4.- Atkinson M. Dysphagia. En: Misiewicz JJ, Pounder RE, Venables CW, eds. Diseases of the gut and pancreas. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1987. P.3-15
- 5.- De Moragas JM. Manifestaciones cutáneas de las enfermedades digestivas. En: Vilardell F, Rodes J, Malagelada JR, Pajares JM, Pérez Mota A, Moreno González E, Puig la Calle J et al, eds. Enfermedades digestivas. Tomo I. Madrid-Barcelona: Libros Princeps. Biblioteca aula médica; 1998. P.119-126
- 6.- AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia. Gastroenterology 1999;116:455-478
- 7.- Yáñez López J, Gómez Balado M, Vázquez-Iglesias JL. Lesiones por agresión externa. En: Vázquez-Iglesias JL, dir. Endoscopia digestiva alta. Volumen I. Diagnóstico. La Coruña: Galicia Editorial, S.A; 1992. P.79-90
- 8.- Quigley EMM. Manifestaciones y tratamiento de los trastornos de la motilidad digestiva. En: Freston JW, Jacobson ED, Quigley EMM, eds. Digestive Diseases Self-Education Program. Edición en español. Motilidad del aparato digestivo. Barcelona: Medical Trends, S.L; 2000. P.15-43
- 9.- Howden CW. Aspectos clínicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la úlcera péptica. En: Freston JW, Jacobson ED, Quigley EMM, eds. Digestive Diseases Self-Education Program. Edición en español. Trastornos relacionados con el ácido. Barcelona: Medical Trends, S.L; 2000. P.21-33
- 10.- American Gastroenterological Association medical position statement on treatment of patients with dysphagia caused by benign disorders of the distal esophagus. Gastroenterology 1999;117:229-232

CUESTIONARIO

1.- ¿Cuál de los siguientes síntomas asociados a la disfagia no se considera de alarma?

- a) Epigastralgia.
- b) Melenas.
- c) Fiebre.
- d) Pérdida ponderal.
- e) Anorexia.

2.- La primera exploración a realizar en un paciente con disfagia asociada a tos será:

- a) Rx seriada esófago-gastro-duodenal.
- b) Endoscopia digestiva alta.
- c) Rx de tórax.
- d) Exploración O.R.L.
- e) Hemograma.

3.- El síntoma predominante en la esofagitis infecciosa es:

- a) Disfagia.
- b) Regurgitación.
- c) Pirosis.
- d) Odinofagia.
- e) Vómitos.

4.- Indicar la afirmación falsa en la enfermedad por reflujo gastroesofágico:

- a) La pirosis es el síntoma cardinal.
- b) La ausencia de pirosis en una disfagia excluye el reflujo como causa de la misma.
- c) La estenosis péptica afecta fundamentalmente al tercio inferior esofágico.
- d) El reflujo gastroesofágico puede asociarse a adenocarcinoma esofágico.
- e) La endoscopia constituye la técnica más específica para el diagnóstico de la estenosis péptica.

5.- La prueba de elección para el diagnóstico de la acalasia es:

- a) Radiología esófago-gastro-duodenal.
- b) Gastroscopia.
- c) Manometría esofágica.
- d) Escintigrafía esofágica.
- e) Manofluorografía.

6.- La técnica más específica para el diagnóstico de la disfagia por miastenia gravis es:

- a) Niveles séricos de creatín-fosfosquinasa.
- b) Elevación en plasma de la PCR.
- c) Determinación de anticuerpos anti músculo liso.
- d) Determinación de anticuerpos anti receptores de la acetil-colina.
- e) Ninguna de las anteriores es cierta.

7.- ¿Cuál no se considera una causa implicada en la patogenia de la disfagia asociada a esclerodermia?

- a) Reflujo gastroesofágico.
- b) Afectación de la motilidad esofágica.
- c) Infección esofágica.
- d) Esofagitis medicamentosa.
- e) Hipotonía del esfínter esofágico inferior.

8.- La odinofagia no asociada a retraso en el tránsito esofágico no se relaciona con:

- a) Procesos inflamatorios de la mucosa esofágica.
- b) Mediastinitis.
- c) Estenosis esofágica péptica.
- d) Síndrome del esófago sensible.
- e) Espasmo esofágico difuso.

9.- La disfagia no se asocia habitualmente a:

- a) Esclerodermia.
- b) Artritis reumatoide.
- c) Dermatomiositis.
- d) Enfermedad de Behçet.
- e) Síndrome de Sjögren.

10.- Señalar la entidad predisponente al desarrollo de carcinoma esofágico:

- a) Síndrome de Sweet.
- b) Síndrome de Plummer-Vinson.
- c) Síndrome de Schonleich-Henoch.
- d) Síndrome de Stevens-Johnson.
- e) Síndrome de Gianotti-Crosti.

11.- ¿Qué fármaco no se considera implicado en la patogenia de la ulceración esofágica medicamentosa?

- a) Quinidina.
- b) Lidocaina.
- c) Clindamicina.
- d) Ácido ascórbico.
- e) Bromuro de emepronio.

12.- La causa más frecuente de disfagia intermitente resuelta es:

- a) Estenosis esofágica péptica.
- b) Acalasia.
- c) Compresión esofágica extrínseca.
- d) Miopatías.
- e) Anillo de Schatzki.

13.- Mujer sin antecedentes de interés que acude a urgencias por disfagia brusca para sólidos y líquidos mientras estaba comiendo. ¿Cuál será la primera exploración complementaria a realizar?

- a) TAC toracoabdominal con contraste oral e intravenoso.
- b) Manometría esofágica.
- c) Endoscopia digestiva alta.
- d) Radiología de cuello con técnica para partes blandas y radiología de tórax.
- e) Ninguna de ellas si el paciente se encuentra afebril.

14.- ¿Cuál es la técnica de elección para el estudio de los desórdenes de la motilidad esofágica?

- a) Endoscopia digestiva alta.
- b) Nasoendoscopia.
- c) Rx seriada esófago-gastro-duodenal.
- d) Ecoendoscopia.
- e) Manometría esofágica.

15.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

- a) Ante toda disfagia súbita que acude a urgencias será obligada la realización de Rx de tórax.
- b) La Rx seriada esófago-gastroduodenal proporciona una valiosa información anatómica del esófago.
- c) La endoscopia digestiva alta es más sensible que la radiología para identificar lesiones mucosas esofágicas de pequeño tamaño
- d) Todas son ciertas.
- e) Ninguna es cierta.

16.- Entre las causas de disfagia oral se encuentran:

- a) Enfermedad de Parkinson.
- b) Hipertonía del esfínter esofágico inferior.
- c) Anillo de Schatzki.
- d) Herpes simple.
- e) Sólo a y d son ciertas.

17.- Con respecto al diagnóstico diferencial de la disfagia esofágica, ¿Cuál de las siguientes patologías no se incluirá?

- a) Tumores de boca o lengua.
- b) Espasmo esofágico difuso.
- c) Divertículo esofágico.
- d) Aneurisma de aorta ascendente.
- e) Estenosis péptica secundaria a E.R.G.E.

18.- Ante un paciente que acude a urgencias por disfagia de ocho meses de evolución, ¿Qué datos nos harán sospechar que se trata de una patología grave?

- a) Hemoglobina de 9.5 gr/dl.
- b) Pérdida de más de diez Kg de peso en seis meses.
- c) Edad mayor de 50 años.
- d) Datos de hemorragia digestiva alta (hematemesis o melenas).
- e) Todas son ciertas.

19.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta con respecto al tratamiento de la disfagia orofaríngea?

- a) Los objetivos más importantes del tratamiento son la protección de las vías aéreas y el mantenimiento de la nutrición.
- b) El aprendizaje de maniobras diseñadas para maximizar la eficacia de la deglución y minimizar el riesgo de aspiración puede proporcionar una mejoría sintomática.
- c) La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) está contraindicada en pacientes con enfermedad neurológica avanzada.
- d) La miotomía quirúrgica es una opción terapéutica en pacientes seleccionados.
- e) La mayoría de las causas de disfagia orofaríngea no son susceptibles de terapia directa.

20.- ¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas es útil en enfermos con acalasia?

- a) Tratamiento farmacológico con bloqueantes de los canales del calcio y nitritos.
- b) Inyección de toxina botulínica por vía endoscópica en el esfínter esofágico inferior.
- c) Dilataciones del esfínter esofágico inferior con balones neumáticos.
- d) Miotomía quirúrgica.
- e) Todas las medidas anteriores son útiles.

21.- Con respecto al tratamiento de los trastornos motores esofágicos primarios, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?

- a) La miotomía quirúrgica de Heller constituye el tratamiento de elección de la esclerodermia.
- b) El tratamiento farmacológico de la acalasia puede proporcionar un alivio transitorio de la sintomatología.
- c) En los pacientes con espasmo esofágico difuso deberá buscarse la presencia de reflujo y tratarse si se encuentra.
- d) El tratamiento de la esclerodermia se dirige principalmente al reflujo y sus complicaciones.
- e) El tratamiento farmacológico del espasmo esofágico difuso no ha obtenido una aceptación generalizada.

22.- En los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico se recomendará:

- a) No elevar la cabecera de la cama.
- b) Utilizar prendas de vestir ajustadas.
- c) Acostarse inmediatamente después de comer.
- d) Ingerir alimentos fritos, picantes y muy especiados.
- e) Perder peso.

23.- ¿Cuáles de las siguientes medidas terapéuticas son útiles en los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico?

- a) Antiácidos y combinaciones de antiácidos/procinéticos.
- b) Antagonistas de los receptores H₂.
- c) Inhibidores de la bomba de protones.
- d) Cirugía laparoscópica antireflujo.
- e) Todas son ciertas.

24.- Con respecto a los cuerpos extraños esofágicos, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?

- a) Ante una fundada sospecha de ingestión de cuerpo extraño debe realizarse endoscopia digestiva alta.
- b) La radiología de tórax y abdomen no son útiles.
- c) La radiología de tórax nos permitirá localizar cuerpos extraños radiopacos.
- d) Los estudios radiológicos serán útiles para diagnosticar perforación esofágica.
- e) Todo cuerpo extraño susceptible de extracción debe ser retirado endoscópicamente.

25.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones con respecto a la estenosis esofágica de etiología cáustica es cierta?

- a) Se localizan fundamentalmente a nivel de las estrecheces fisiológicas del esófago.
- b) Son más frecuentes en pacientes que presentan lesiones de tercer grado.
- c) Las dilataciones endoscópicas con bujías o balones son útiles.
- d) Los pacientes con estenosis refractarias a dilataciones serán tratados quirúrgicamente.
- e) Todas son ciertas.

RESPUESTAS

1. C
2. C
3. D
4. B
5. C
6. D
7. C
8. C
9. D
10. B
11. B
12. E
13. D
14. E
15. D
16. E
17. A
18. E
19. C
20. E
21. A
22. E
23. E
24. B
25. E