



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Abordaje multidisciplinario de la disfagia: revisión de la literatura y perspectivas clínicas

Multidisciplinary approach to dysphagia: literature review and clinical perspectives

Natalia M. Barrón Cervantes¹ , Jorge Espinoza-Ríos^{2,3} , Carla Guerrero⁴ , Luis R. Valdovinos García^{5,6}

¹ Escuela de Medicina Universidad Panamericana, Ciudad de México, México.

² Unidad de Motilidad Digestiva, Clínica San Felipe, Lima, Perú.

³ Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

⁴ Servicio de Gastroenterología Clínica Peruano Japonesa, Lima, Perú.

⁵ Departamento de Cirugía Experimental, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México.

⁶ Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Medicina, Ciudad de México, México.

Recibido: 25/10/2025

Aprobado: 08/12/2025

En línea: 30/12/2025

Contribución de los autores

NMBC: metodología, análisis formal, investigación, recursos, curaduría de datos, redacción. JER: metodología, análisis formal, investigación, recursos, curaduría de datos, redacción. CG: metodología, análisis formal, investigación, recursos, curaduría de datos, redacción. LRVG: conceptualización, metodología, análisis formal, investigación, curaduría de datos, redacción, supervisión.

Conflictos de intereses

No existe ningún conflicto de intereses de tipo económico, profesional o personal a reportar por parte de ninguno de los autores.

Financiamiento

La investigación no requirió ningún tipo de financiamiento.

Citar como

Barrón Cervantes NM, Espinoza-Ríos J, Guerrero C, Valdovinos García LR. Abordaje multidisciplinario de la disfagia: revisión de la literatura y perspectivas clínicas. Rev Gastroenterol Peru. 2025;45(4):390-7 doi: 10.47892/rgp.2025.454.2131.

RESUMEN

La disfagia se define como una alteración del proceso deglutorio, el cual se divide en dos fases: orofaríngea y esofágica. Identificar la localización del trastorno es esencial para orientar el diagnóstico. La disfagia orofaríngea se asocia principalmente a enfermedades neurológicas crónicas, además de causas estructurales como el divertículo de Zenker o algunas neoplasias o farmacológicas. Por otro lado, la disfagia esofágica puede ser causada por obstrucciones (estenosis, anillos de Schatzki, cáncer), trastornos motores (acalasia, espasmo esofágico distal), o procesos inflamatorios, siendo la enfermedad por reflujo y la esofagitis eosinofílica las causas más prevalentes. La evaluación clínica inicial, basada en síntomas, permite orientar el estudio diagnóstico. Si se sospecha disfagia orofaríngea, debe realizarse una laringoscopia y derivarse al otorrinolaringólogo o a un patólogo del lenguaje. En disfagia esofágica, se recomienda realizar una endoscopía y esofagografía. La pHmetría con impedancia, la manometría y la tomografía se indica ante sospechas diagnósticas específicas.

Palabras clave: Trastornos de la Deglución; Disfagia; Literatura de Revisión (fuente: DeCS Bireme).

ABSTRACT

Dysphagia is defined as an alteration in the swallowing process, which is divided into two phases: oropharyngeal and esophageal. Identifying the location of the disorder is essential for guiding the diagnostic evaluation. Oropharyngeal dysphagia is mainly associated with chronic neurological diseases, as well as structural causes such as Zenker's diverticulum, certain neoplasms, or medication-related factors. Esophageal dysphagia, on the other hand, may result from obstruction (strictures, Schatzki rings, cancer), motility disorders (achalasia, distal esophageal spasm), or inflammatory processes, with gastroesophageal reflux disease and eosinophilic esophagitis being the most common causes. The initial clinical assessment, based on symptoms, helps guide further diagnostic studies. If oropharyngeal dysphagia is suspected, laryngoscopy should be performed and the patient referred to an otolaryngologist or a speech-language pathologist. In cases of suspected esophageal dysphagia, endoscopy and esophagography are recommended. Impedance pH monitoring, manometry, and computed tomography are indicated when specific diagnoses are suspected.

Keywords: Deglutition Disorders; Dysphagia; Review Literature (source: MeSH NLM).

Correspondencia:

Luis R. Valdovinos García
Instituto Nacional de Ciencias Médicas
y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad
de México, México.
Teléfono: +52 55 4303 9758
E-mail: drrapul@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La deglución es un proceso complejo que implica contracciones neuromusculares voluntarias e involuntarias, coordinadas para permitir la respiración y el paso del bolo alimenticio a través de una misma vía anatómica. Tradicionalmente, este proceso se divide en dos fases, orofaríngea y esofágica⁽¹⁾. La disfagia se define como una alteración del proceso deglutorio. Por ello, al evaluar a un paciente con disfagia, es fundamental identificar el origen del trastorno, determinando si este es de naturaleza orofaríngea o esofágica⁽²⁾.

El proceso deglutorio inicia en la fase orofaríngea. Durante esta etapa, los alimentos son masticados y mezclados con saliva para formar un bolo de consistencia adecuada en la cavidad oral. Posteriormente, dicho bolo es impulsado hacia la orofaringe mediante la acción de la lengua. De forma simultánea, diversas estructuras sellan la nasofaringe y la laringe, con el fin de prevenir la regurgitación nasofaríngea y la aspiración traqueal. En este momento inicia la fase esofágica con la relajación del esfínter esofágico superior. En esta fase, el bolo ingresa al cuerpo esofágico, donde es propulsado mediante movimientos peristálticos a lo largo del esófago medio y distal, hasta alcanzar el estómago a través de un esfínter esofágico inferior (EEI) completamente relajado^(1,3).

La disfagia se define como una alteración en cualquiera de las fases del proceso deglutorio, y esta en general se presenta entre el 3-9% de la población adulta⁽¹⁾. Su evaluación clínica debe orientarse inicialmente a determinar su origen, diferenciando entre disfagia orofaríngea o alta y esofágica o baja.

Presentación clínica y posibles causas etiológicas

La disfagia orofaríngea, se caracteriza por la dificultad para iniciar la deglución, generalmente secundaria a trastornos

neuromusculares que afectan la coordinación entre la faringe y el esfínter esofágico superior. Los pacientes suelen referir tos, voz húmeda, regurgitación nasal o aspiración al intentar tragar, especialmente líquidos⁽⁴⁾. En contraste, la disfagia esofágica se manifiesta como una sensación de detención o dificultad en el paso del bolo alimenticio una vez iniciada la deglución, localizándose típicamente en la región retroesternal. Esta última puede ser de origen mecánico, como en los casos de estenosis o neoplasias, o de causa motora, como ocurre en trastornos como la acalasia. La diferenciación clínica entre ambas entidades es fundamental, ya que orienta el enfoque diagnóstico y terapéutico adecuado⁽⁴⁾.

La disfagia orofaríngea, también conocida como disfagia alta, se asocia con mayor frecuencia a enfermedades neurológicas crónicas, en particular la enfermedad de Parkinson, los accidentes cerebrovasculares y las demencias⁽⁵⁾. Algo muy importante a destacar es que esta no forma parte del envejecimiento fisiológico. Otras posibles causas de disfagia orofaríngea incluyen la tos crónica inducida por el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), la cual puede interferir con la deglución o confundirse con episodios de aspiración. Asimismo, pueden presentarse alteraciones estructurales como el divertículo de Zenker, barras cricofaríngeas o neoplasias, así como infecciones crónicas por Cándida o virus herpes. Finalmente, compresiones extrínsecas originadas por osteofitos cervicales o bocio también pueden interferir con el proceso deglutorio normal⁽⁶⁾ (Tabla 1).

Por otro lado, la disfagia esofágica puede deberse a múltiples etiologías, que incluyen procesos inflamatorios locales, trastornos motores primarios del esófago, efectos farmacológicos y patologías obstructivas. Entre las causas estructurales obstructivas deben considerarse el cáncer esofágico, las estenosis, los anillos de Schatzki y las

Tabla 1. Tabla de diagnósticos diferenciales de disfagia orofaríngea y disfagia esofágica.

Disfagia orofaríngea (alta)	Disfagia esofágica (baja)
Enfermedades neurológicas crónicas (ej. Parkinson, ACV, demencias)	Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)
Divertículo de Zenker	Estenosis péptica
Barras cricofaríngeas	Anillos de Schatzki
Neoplasias faríngeas	Cáncer esofágico
Candidiasis o esofagitis por virus herpes	Acalasia
Compresión extrínseca (osteofitos cervicales, bocio)	Espasmo esofágico distal
Tos crónica secundaria a IECA	Esofagitis eosinofílica
	Membranas esofágicas
	Cuerpos extraños (en algunos casos agudos)
	Trastornos funcionales esofágicos (ej. hipersensibilidad, pirosis funcional, dolor torácico funcional)

membranas esofágicas, especialmente en pacientes con disfagia progresiva que inicia con disfagia a sólidos y en estadios más avanzados se observa disfagia a líquidos de la misma forma. Sin embargo, estas condiciones son poco prevalentes, en particular en individuos menores de 50 años⁽¹⁾ (Tabla 1).

Los trastornos motores primarios como la acalasia o el espasmo esofágico distal son causas menos frecuentes, pero relevantes⁽⁷⁾. Una de las etiologías más prevalentes en la práctica clínica actual es la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), la cual puede inducir dismotilidad, esofagitis erosiva e incluso estenosis.

Es importante señalar que pacientes con ERGE pueden experimentar disfagia aún en ausencia de daño mucoso evidente⁽⁸⁾. En las últimas décadas, la esofagitis eosinofílica (EoE) ha emergido como una causa creciente de disfagia, especialmente en pacientes jóvenes. Esta es una enfermedad inflamatoria crónica inducida por alérgenos alimentarios, caracterizada por infiltración eosinofílica persistente de la mucosa esofágica, lo que conduce a fibrosis progresiva, formación de anillos y surcos esofágicos⁽⁹⁾.

De acuerdo con las últimas guías publicadas por el American College of Gastroenterology (ACG) en el 2025⁽⁹⁾, el diagnóstico de EoE se debe realizar a partir de seis biopsias dirigidas obtenidas de dos niveles distintos del esófago donde se muestren síntomas de disfunción esofágica y al menos 15 eosinófilos por campo de gran aumento.

Valoración clínica

El primer paso en la evaluación de un paciente con disfagia consiste realizar una correcta anamnesis clínica

acompañada de cuestionarios sintomatológicos, como lo es el cuestionario *Eating Assessment Tool-10* (EAT-10). Este es un cuestionario validado, que está diseñado para detectar y cuantificar los síntomas de disfagia percibidos por el paciente. Este consta de 10 preguntas donde se califica desde 0 puntos, en pacientes sin ningún problema, hasta 4, cuando representa un problema severo. Una puntuación total mayor o igual a 3 puntos se considera anormal y requiere un mayor abordaje diagnóstico⁽¹⁰⁾ (Figura 3).

Posteriormente, se debe diferenciar entre una etiología orofaríngea y una esofágica, basándose en los síntomas característicos. La evaluación clínica y la anamnesis detallada constituyen elementos fundamentales en esta etapa inicial. Las preguntas clave deben orientarse a identificar si el paciente presenta los durante la deglución, si el inicio de los síntomas ha sido agudo o progresivo, la presencia de asma o antecedentes alérgicos, si la disfagia se presenta con determinados alimentos o con todos, y si afecta la ingesta de sólidos, líquidos o ambos⁽¹⁰⁾.

Es indispensable iniciar la evaluación descartando la participación de medicamentos como posibles causas (Tabla 2). La presencia de episodios de tos, salivación o regurgitación nasal asociada a la deglución sugiere una posible disfagia orofaríngea. En cambio, si los síntomas se presentan únicamente con ciertos alimentos y existen antecedentes de atopía, debe considerarse la posibilidad de esofagitis eosinofílica o alergias alimentarias específicas. En casos de disfagia de carácter progresivo, es prioritario descartar causas obstructivas del tracto esofágico. A su vez, la regurgitación de alimentos no digeridos es sugestiva de procesos como la acalasia o el divertículo de Zenker. Por otro lado, la odinofagia tiende a asociarse a un proceso

Tabla 2. Tabla de fármacos asociados a la disfagia.

Medicamento/grupo farmacológico	Tipo de disfagia	Mecanismo de reacción adversa
Anticolinérgicos/antimuscarínicos	Predominancia por orofaríngea, pero ambas	Xerostomía y disminución de la motilidad esofágica
Antipsicóticos	Predominancia por orofaríngea, pero ambas	Efectos extrapiramidales (alteración motora de lengua y faringe) y xerostomía
Dopaminérgicos	Orofaringea	Alteración motora de los músculos de la deglución
Benzodiacepinas, sedantes e hipnóticos	Orofaringea	Depresión del SNS y disminución de los reflejos deglutorios
Antidepresivos con efecto anticolinérgico	Predominancia por orofaríngea, pero ambas	Xerostomía y disminución de la motilidad esofágica
AIENs, tetraciclinas y píldoras de cloruro de potasio	Esofágica	Únicamente en casos de esofagitis por medicamentos
Quimioterápicos	Ambas	Predisposición a infecciones esofágicas y daño a mucosa
Bifosfonatos	Esofágica	Irritación directa y daño químico a la mucosa
Opioides	Predominancia por esofágica, pero ambas	Activación de los receptores μ aumentando la presión del EEI (pseudoacalasia), sedación y depresión de los reflejos deglutorios y estreñimiento esofágico funcional

Tabla donde se observan los diferentes fármacos que pueden asociarse a disfagia como reacción adversa.

infeccioso, como candidiasis esofágica o esofagitis viral⁽¹¹⁾. Aunque esta evaluación inicial no permite establecer un diagnóstico definitivo, proporciona información valiosa que orienta el enfoque clínico, permitiendo solicitar estudios complementarios dirigidos, evitando así la realización de pruebas innecesarias que podrían implicar un gasto innecesario de tiempo y recursos.

En pacientes que presenten algún tipo de signo de alarma se debe realizar una evaluación inmediata y más profunda. Dentro de los signos de alarma se incluye pérdida de peso involuntaria, anemia ferropénica, odinofagia, edad mayor de 60 años, presencia de síntomas sistémicos (síntomas B: fiebre, diaforesis nocturna y pérdida ponderal significativa), y disfagia de carácter progresivo. Frente a la presencia de alguno de estos debe descartarse una causa neoplásica o estructural significativa, por lo que debe realizarse una tomografía computarizada (TC) de cuello y tórax y además de endoscopía digestiva alta⁽¹⁰⁾.

Estudios complementarios

Los estudios complementarios deben seleccionarse de forma individualizada, con el objetivo de identificar la causa específica de la disfagia en cada paciente.

Videofluoroscopia de la deglución (VFSS)

La videofluoroscopia, también conocida como estudio dinámico de deglución o "swallow study", es considerada la prueba de elección para la evaluación funcional de la disfagia orofaríngea. Permite la visualización en tiempo real del proceso de deglución mediante fluoroscopía, tras la ingestión de bario mezclado con alimentos de distintas consistencias. Su principal ventaja radica en la capacidad de detectar aspiración silente, retraso en el disparo del reflejo de deglución, y alteraciones en la propulsión lingual o en el vaciamiento faringoesofágico. Sin embargo, requiere la presencia de un radiólogo entrenado, exposición a radiación ionizante, y no evalúa adecuadamente la sensibilidad laríngea ni permite maniobras terapéuticas directas⁽¹²⁾. Otro estudio recomendado en pacientes con alta sospecha de disfagia orofaríngea es la laringoscopia, con el fin de evaluar la presencia de lesiones faríngeas. Estos pacientes deben ser referidos a un especialista en otorrinolaringología o a un patólogo del lenguaje y habla debidamente capacitado, con el fin de realizar estudios de imagen adicionales o evaluaciones formales del proceso deglutorio^(1,6,13).

Evaluación endoscópica de la deglución con fibra óptica (FEES)

La FEES es una herramienta que funciona para diagnosticar alteraciones directas en la fase orofaríngea de la deglución. Durante este estudio se coloca de forma transnasal un endoscopio flexible para observar, en tiempo real, la anatomía y funcionalidad de la faringe, laringe y EES. Este procedimiento es especialmente útil en pacientes con trastornos neurológicos, postquirúrgicos o en seguimiento de terapia de deglución. Además, posibilita la evaluación

funcional en distintos contextos clínicos, inclusive a la cabecera del paciente⁽¹⁴⁾.

Esofagograma baritado

En pacientes cuya evaluación clínica sugiere un proceso esofágico, la valoración inicial debe incluir una endoscopía digestiva alta (EDA) y una esofagografía con bario. El esofagograma baritado es una técnica radiológica que evalúa la morfología y el tránsito esofágico mediante la administración de bario, útil particularmente en casos de disfagia esofágica. Proporciona información sobre obstrucciones mecánicas, anillos, estenosis, masas, y alteraciones de la motilidad como la acalasia o espasmos difusos (Figura 1). A diferencia de la videofluoroscopia, no permite valorar las fases oral o faríngea de la deglución. Su ventaja principal es la amplia disponibilidad y la capacidad para detectar anomalías estructurales; sin embargo, tiene menor sensibilidad para alteraciones motoras sutiles y conlleva también exposición a radiación⁽¹⁵⁾.

Existe una variante funcional del esofagograma, que es el esofagograma baritado cronometrado. Este cuantifica el vaciamiento esofágico a 1, 2 y 5 minutos tras la deglución del bario. Este método nos permite evaluar de forma objetiva el tiempo de tránsito esofágico, lo que es especialmente útil en trastornos motores como la acalasia, obstrucción funcional del tracto esofágico o la hipomotilidad⁽¹⁶⁾. En algunos casos, se puede complementar con la deglución



Figura 1. Esofagograma baritado. Esófago en sacacorchos.

de una tableta de bario (13 mm) para valorar no solamente el paso de líquido sino de sólidos, lo que es especialmente útil para detectar estenosis sutiles o anillos mucosos⁽¹⁷⁾.

Endoscopia digestiva alta (EDA)

La endoscopia permite la visualización directa del esófago, estómago y duodeno, siendo esencial para descartar causas estructurales de disfagia como neoplasias, esofagitis, estenosis péptica, cuerpos extraños o EoE. Su gran ventaja es la posibilidad de toma de biopsias y de intervención terapéutica inmediata (por ejemplo, dilataciones). No obstante, no evalúa la función motora de forma directa, y puede pasar por alto trastornos funcionales puros. Además, requiere sedación, lo cual limita su uso en pacientes con alto riesgo anestésico⁽¹⁸⁾.

En el contexto de disfagia con endoscopia macroscópicamente normal, es fundamental descartar EoE dado que hasta un 20% de los pacientes con esta entidad pueden tener una endoscopia normal. Asimismo, por esta razón se recomienda tomar biopsias sistemáticas del esófago proximal y distal⁽¹⁹⁾.

Manometría esofágica de alta resolución

La manometría de alta resolución (MAR), es la prueba de referencia para la evaluación de la motilidad esofágica. A través de un catéter con sensores de presión, permite medir con precisión la actividad contráctil del esófago y la relajación del EEI, clasificando los trastornos motores según

los criterios de Chicago (versión 4.0)^(1,10,16). Su ventaja es la alta sensibilidad para detectar acalasia, hipocontractilidad o peristalsis inefectiva. Entre sus limitaciones se encuentran el carácter invasivo, la incomodidad para el paciente, y la limitada disponibilidad en algunos centros⁽²⁰⁾.

La MAR, funciona generando un mapa topográfico de las presiones a lo largo del esófago, permitiendo entender la dinámica contráctil del cuerpo esofágico y la relajación del EEI. Dentro de los parámetros más relevantes que esta arroja, se encuentra el *Integrated Relaxation Pressure* (IRP, por sus siglas en inglés), *Distal Contractile Integral* (DCI, por sus siglas en inglés), *Contractile Front Velocity* (CFV, por sus siglas en inglés) y la presión basal del EEI⁽²⁰⁾ (Figura 2).

El IRP se encarga de mostrar la presión residual del EEI durante la relajación después de la deglución, este valor refleja si existe algún tipo de obstrucción del tracto de salida, como en el caso de la acalasia o la obstrucción funcional del tracto de salida (EGJOO). El DCI es la fuerza y la duración de las contracciones esofágicas distales, por lo que permite diagnosticar trastornos espásticos como el esófago hipercontráctil. El CFV evalúa la velocidad de propagación del frente contráctil, por lo que ayuda a distinguir entre espasmos esofágicos distales y peristalsis normal o segmentada. Finalmente, la presión basal del EEI es útil para diferenciar trastornos de relajación, especialmente, distinguir entre acalasia tipo I, II y III⁽²⁰⁾.

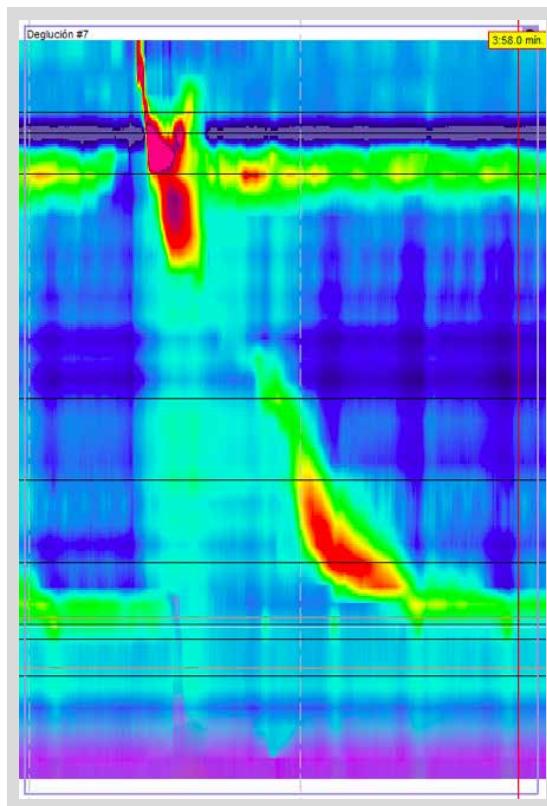


Figura 2. Manometría de alta resolución. Evalúa la contractilidad esofágica y la evaluación del esfínter esofágico inferior.

Algo importante a enfatizar es que la manometría únicamente nos va a servir para distinguir los diferentes tipos de disfagia a partir de la distinción de trastornos de relajación, alteraciones peristálticas, o trastornos funcionales del esófago. Además, es importante destacar que la motilidad inefectiva es un hallazgo manométrico según los criterios de Chicago V4.0⁽²⁰⁾, mientras que la disfagia es un síntoma clínico.

La motilidad esofágica inefectiva, está caracterizada por contracciones de baja amplitud o hasta ausentes en el cuerpo esofágico, esto favorece que las contracciones distales sean débiles y el bolo alimenticio no sea propulsado adecuadamente, generando retención de este en el esófago distal. De acuerdo con los criterios de Chicago V4.0⁽¹⁶⁾ este se diagnostica cuando hay $\geq 70\%$ de degluciones inefectivas ($DCI < 450 \text{ mmHg}\cdot\text{s}\cdot\text{cm}$) o $\geq 50\%$ de degluciones fallidas ($DCI < 100 \text{ mmHg}\cdot\text{s}\cdot\text{cm}$)⁽²⁰⁾. La motilidad inefectiva es un patrón fisiológico anómalo que puede, pero no siempre, causar disfagia.

Investigaciones recientes han señalado que, si bien la manometría esofágica de alta resolución es fundamental para el diagnóstico de la acalasia, su uso puede conllevar a un sobrediagnóstico de trastornos motores esofágicos y, en consecuencia, a un sobretratamiento con terapias endoscópicas invasivas. Muchos pacientes que inicialmente se consideran portadores de trastornos hipermotores podrían, en realidad, presentar síntomas esofágicos funcionales no relacionados con los hallazgos manométricos. La evaluación de estos trastornos motores

poco frecuentes puede posponerse de forma segura durante algunas semanas, permitiendo un ensayo terapéutico con tratamiento médico óptimo dirigido a las entidades más prevalentes. Además, se ha demostrado que el retraso en el diagnóstico de acalasia no incrementa el riesgo de desarrollar cáncer esofágico⁽²¹⁻²³⁾.

EndoFLIP (Functional Lumen Imaging Probe)

El EndoFLIP (Endoluminal Functional Lumen Imaging Probe), es una tecnología emergente que emplea un catéter con balón lleno de solución conductora para evaluar, mediante impedancia planimétrica, el diámetro luminal, la presión intraluminal y la distensibilidad del esófago y sus esfínteres. Su uso más habitual es durante la sedación o en conjunto con procedimientos endoscópicos, permitiendo obtener mediciones fisiológicas en tiempo real. Los principales parámetros incluyen el Índice de Distensibilidad del EEI (DI, en mm^2/mmHg) y el área luminal transversal, que reflejan la capacidad de apertura y la resistencia al flujo del esfínter esofágico inferior⁽²⁴⁾.

Clínicamente, el EndoFLIP es útil en el diagnóstico y caracterización de la acalasia, especialmente para diferenciar sus subtipos y valorar la eficacia del tratamiento tras miotomía o dilatación neumática, así como en la identificación de obstrucción funcional del tracto de salida esofágico (EGJOO) y otros trastornos motores espásticos (Figura 3). También se ha incorporado al ámbito quirúrgico para guiar intervenciones endoscópicas o laparoscópicas que modifiquen la función del EEI (como POEM o funduplicatura)⁽²⁴⁾.

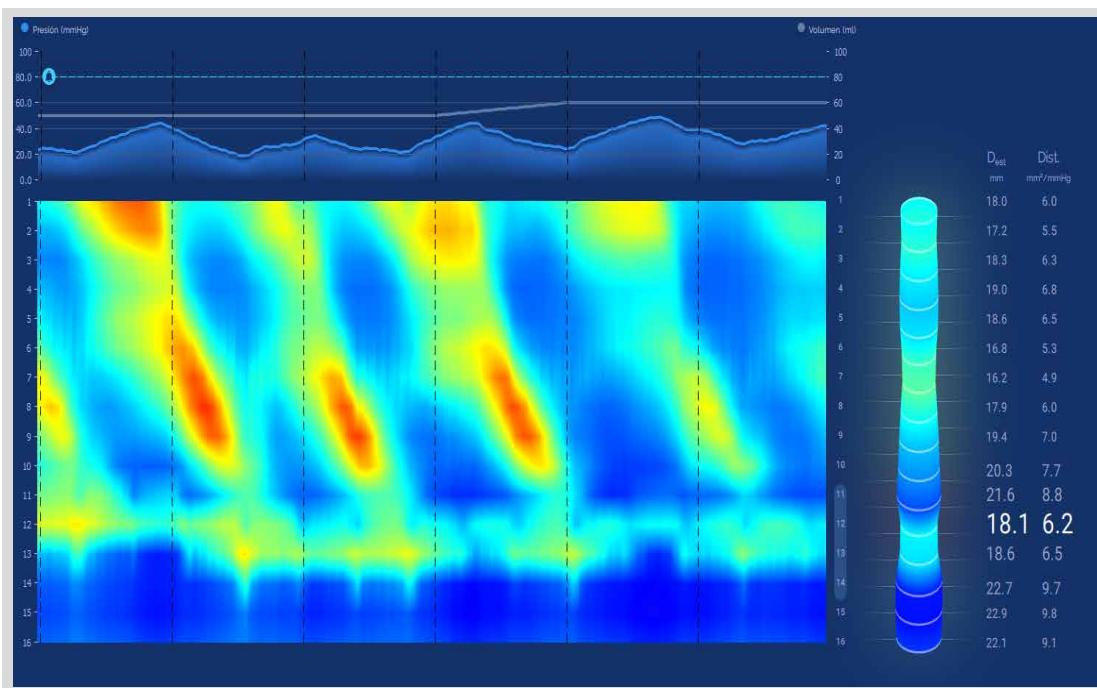


Figura 3. Imagen de EndoFLIP. Permite evaluar distensibilidad de la UEG además de la respuesta contráctil del cuerpo esofágico (peristalsis secundaria).

Aunque no sustituye a la manometría de alta resolución, el EndoFLIP la complementa al ofrecer una medición dinámica de la distensibilidad y la geometría del esófago, lo que puede ayudar en casos inconclusos o discordantes. Su principal limitación sigue siendo la disponibilidad restringida y la necesidad de entrenamiento especializado para la correcta interpretación de los datos⁽²⁴⁾.

Impedanciometría esofágica multicanal

La impedancia esofágica, cuando se combina con pHmetría o manometría, permite evaluar el tránsito del bolo y detectar tanto el reflujo ácido como no ácido. Es particularmente útil en pacientes con disfagia funcional o síntomas refractarios a tratamiento antirreflujo, ya que ofrece información sobre el movimiento del contenido intraluminal y su correlación con los síntomas. Entre sus ventajas destacan la evaluación integral del tránsito esofágico y su sensibilidad para alteraciones no detectadas por otras pruebas. Sin embargo, es técnicamente más compleja, más costosa y menos disponible que la manometría convencional⁽²⁵⁾.

Los pacientes con síntomas de ERGE, esofagitis o estenosis péptica deben recibir tratamiento con inhibidores

de la bomba de protones (IBP) a dosis estándar durante un período de ocho a doce semanas. Los pacientes con esofagitis eosinofílica pueden responder parcialmente a este régimen, aunque la mayoría requiere dietas de eliminación, esteroideos o una combinación de ambos⁽²⁶⁾. En el caso de pacientes con disfagia funcional, dolor torácico funcional o pirosis no explicada puede ser útil proporcionar tranquilidad respecto a la naturaleza benigna y autolimitada de estos cuadros, así como fomentar prácticas de alimentación consciente, evitar alimentos o situaciones desencadenantes y realizar un ensayo terapéutico con supresión ácida. En las últimas décadas, los antidepresivos han tomado un papel fundamental en la modulación de la hipersensibilidad visceral. La terapia cognitivo-conductual también ha mostrado utilidad en pacientes con dispepsia funcional^(27,28).

Asimismo, en todos los casos, tanto de disfagia orofaríngea como esofágica, cuando exista una alta sospecha de obstrucción secundaria a una masa, la tomografía computarizada debe formar parte de la evaluación inicial. Esto es particularmente relevante en pacientes de edad avanzada que presentan signos de alarma, como pérdida de peso involuntaria (Figura 4)⁽²⁹⁾.

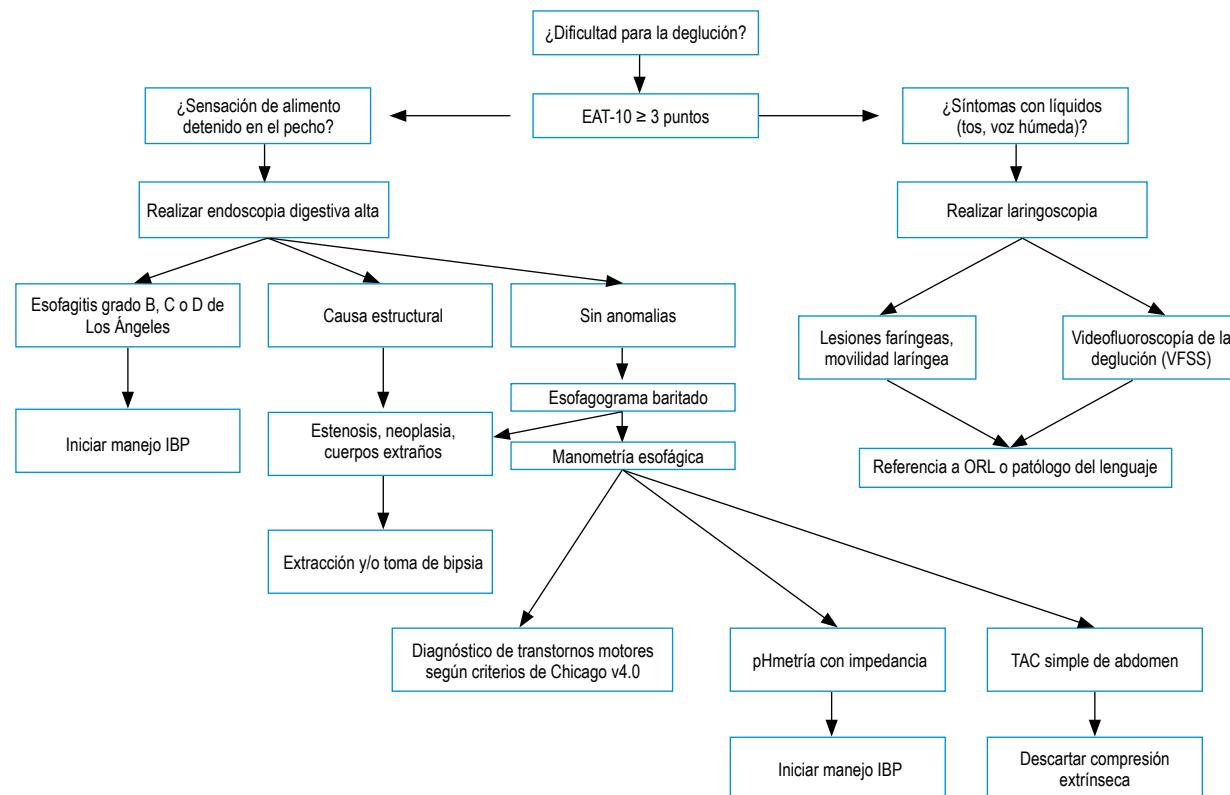


Figura 4. Abordaje diagnóstico clínico y de estudios de gabinete para disfagia orofaríngea y disfagia esofágica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Wilkinson JM, Codipilly DC, Wilfahrt RP. Dysphagia: Evaluation and Collaborative Management. *Am Fam Physician*. 2021;103(2):97-106. PMID: 33448766.
2. McCarty EB, Chao TN. Dysphagia and Swallowing Disorders. *Med Clin North Am*. 2021;105(5):939-954. doi: 10.1016/j.mcn.2021.05.013.
3. Sasegbon A, Hamdy S. The anatomy and physiology of normal and abnormal swallowing in oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterol Motil*. 2017;29(11). doi: 10.1111/nmo.13100.
4. Micic D, Martin JA, Fang J. Clinical practice update: Endoscopic enteral access methods — guidance to help you choose the tube, access point, delivery site, and feeding method for patients unable to maintain adequate oral intake. *Gastroenterology*. 2025;168(1):164-168. doi: 10.1053/j.gastro.2024.09.043.
5. Cho SY, Choung RS, Saito YA, Schleck CD, Zinsmeister AR, Locke GR 3rd, et al. Prevalence and risk factors for dysphagia: a USA community study. *Neurogastroenterol Motil*. 2015;27(2):212-9. doi: 10.1111/nmo.12467.
6. Liu LWC, Andrews CN, Armstrong D, Diamant N, Jaffer N, Lazarescu A, et al. Clinical Practice Guidelines for the Assessment of Uninvestigated Esophageal Dysphagia. *J Can Assoc Gastroenterol*. 2018;1(1):5-19. doi: 10.1093/jcag/gwx008.
7. Hoshikawa Y, Iwakiri K. Esophageal Motility Disorders: Diagnosis and Treatment Strategies. *Digestion*. 2024;105(1):11-17. doi: 10.1159/000533347.
8. Richter JE, Rubenstein JH. Presentation and Epidemiology of Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterology*. 2018;154(2):267-276. doi: 10.1053/j.gastro.2017.07.045.
9. Dellon ES, Muir AB, Katzka DA, Shah SC, Sauer BG, Aceves SS, Furuta GT, Gonsalves N, Hirano I. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Eosinophilic Esophagitis. *Am J Gastroenterol*. 2025;120(1):31-59. doi: 10.14309/ajg.0000000000003194.
10. Spieker MR. Evaluating dysphagia. *Am Fam Physician*. 2000;61(12):3639-3648.
11. Jansson-Knodell CL, Codipilly DC, Leggett CL. Making Dysphagia Easier to Swallow: A Review for the Practicing Clinician. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(6):965-972. doi: 10.1016/j.mayocp.2017.03.021.
12. Boaden E, Nightingale J. Clinical practice guidelines for videofluoroscopic swallowing studies: systematic review of global CPGs. *Radiography*. 2020;26(2):154-162. doi: 10.1016/j.radi.2019.10.011.
13. Heijnen BJ, Speyer R, Bülow M, Kuijpers LM. 'What About Swallowing?' Diagnostic Performance of Daily Clinical Practice Compared with the Eating Assessment Tool-10. *Dysphagia*. 2016;31(2):214-22. doi: 10.1007/s00455-015-9680-8.
14. Helliwell K, Hughes VJ, Bennion CM, Manning-Stanley A. The use of videofluoroscopy (VFS) and fibreoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES) in the investigation of oropharyngeal dysphagia in stroke patients: A narrative review. *Radiography (Lond)*. 2023;29(2):284-290. doi: 10.1016/j.radi.2022.12.007.
15. Kostic S, Bonavina L, Richter JE, et al. Timed barium esophagram: papel diagnóstico y valor predictivo en achalasia no tratada, obstrucción de salida esofagogastrica y disfagia no achalásica. *Neurogastroenterol Motil*. 2021;33(7):e14150. doi: 10.1111/nmo.14150.
16. Sanagapalli S, Plumb A, Maynard J, Leong RW, Sweis R. The timed barium swallow and its relationship to symptoms in achalasia: Analysis of surface area and emptying rate. *Neurogastroenterol Motil*. 2020;32(12):e13928. doi: 10.1111/nmo.13928.
17. Nguyen N, Hayes K, Fenton L, Furuta GT, Menard-Katcher C. Case Series: Role of Pill Esophagram to Identify Pediatric Patients With Eosinophilic Esophagitis Amenable to Therapeutic Dilatation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2020;71(4):530-532. doi: 10.1097/MPG.0000000000002823.
18. Nagula S, Parasa S, Laine L, Shah SC. AGA clinical practice update on high-quality upper endoscopy: expert review. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2024;22(5):933-943. doi: 10.1016/j.cgh.2023.10.034.
19. Visaggi P, Savarino E, Sciume G, Chio TD, Bronzini F, Tolone S, et al. Eosinophilic esophagitis: clinical, endoscopic, histologic and therapeutic differences and similarities between children and adults. *Therap Adv Gastroenterol*. 2021;14:1756284820980860. doi: 10.1177/1756284820980860.
20. Richter JE. Chicago Classification Version 4.0 and its impact on current clinical practice. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2021;17(10):469-476.
21. Mion F, Marjoux S, Subtil F, Pioche M, Rivory J, Roman S, et al. Botulinum toxin for the treatment of hypercontractile esophagus: Results of a double-blind randomized sham-controlled study. *Neurogastroenterol Motil*. 2019;31(5):e13587. doi: 10.1111/nmo.13587.
22. Bredenoord AJ. Hypercontractile esophageal motility disorder or functional esophageal symptoms and unrelated hypercontractility? *Neurogastroenterol Motil*. 2019;31(5):e13594. doi: 10.1111/nmo.13594.
23. Zendehdel K, Nyrén O, Edberg A, Ye W. Risk of esophageal adenocarcinoma in achalasia patients, a retrospective cohort study in Sweden. *Am J Gastroenterol*. 2011;106(1):57-61. doi: 10.1038/ajg.2010.449.
24. Savarino E, di Pietro M, Bredenoord AJ, Carlson DA, Clarke JO, Khan A, et al. Use of the Functional Lumen Imaging Probe in Clinical Esophagology. *Am J Gastroenterol*. 2020;115(11):1786-1796. doi: 10.14309/ajg.0000000000000773.
25. Yadlapati R, Kahrilas PJ, Fox MR, Bredenoord AJ, Prakash Gyawali C, Roman S, et al. Esophageal motility disorders on high-resolution manometry: Chicago Classification version 4.0. *Neurogastroenterol Motil*. 2021;33(1):e14058. doi: 10.1111/nmo.14058.
26. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol*. 2013;108(3):308-28; quiz 329. doi: 10.1038/ajg.2012.444.
27. Moayyedi P, Lacy BE, Andrews CN, Enns RA, Howden CW, Vakil N. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. *Am J Gastroenterol*. 2017;112(7):988-1013. doi: 10.1038/ajg.2017.154.
28. Zhou W, Li X, Huang Y, Xu X, Liu Y, Wang J, et al. Comparative efficacy and acceptability of psychotropic drugs for functional dyspepsia in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(20):e26046. doi: 10.1097/MD.00000000000026046.
29. Malagelada JR, Bazzoli F, Boeckxstaens G, De Looze D, Fried M, Kahrilas P, et al. World gastroenterology organisation global guidelines: dysphagia--global guidelines and cascades update September 2014. *J Clin Gastroenterol*. 2015;49(5):370-8. doi: 10.1097/MCG.0000000000000307.