



CONSORCI SANITARI  
DEL MARESME



*ciberehd*

# DISFAGIA OROFARÍNGEA

## FISIOPATOLOGÍA Y COMPLICACIONES



Omar Ortega Fernández, PhD

[oortega@csdm.cat](mailto:oortega@csdm.cat)

# INTRODUCCIÓN



- **Disfagia orofaríngea (DO):** es un síntoma que se refiere a la dificultad o molestia durante la progresión del bolo alimenticio desde la boca hasta el esófago.
- Es una condición reconocida por la Organización Mundial de la Salud con los siguientes códigos de la *International Classification of Diseases (ICD)*:



– ICD-9:

- 787.20 (Disfagia)
- 438.82 (Disfagia accidente cerebrovascular)

– ICD-10:

- R13 (Disfagia)
- I69.391 (Disfagia accidente cerebrovascular)

} **Importante incluirlos en los  
informes médicos**

- **Está infra-diagnosticada** en la mayoría de hospitales y centros médicos. Además, muchos pacientes no son conscientes de que la padecen.
- **Es muy prevalente** en los ancianos debido a otros problemas médicos concomitantes (neurológicos, neurodegenerativos y envejecimiento).
  - 27% ancianos de la comunidad
  - 51% ancianos institucionalizados
  - 84% en pacientes con Alzheimer o demencia
  - Pacientes con ictus → 40 - 81%
- **Alteraciones** {
  - Alteración Eficacia (baja fuerza propulsión/ sarcopenia)
  - Alteración Seguridad (respuesta neural lenta / END o neurológicas)
- **Asociada a graves complicaciones**
  - Malnutrición / Deshidratación / Fragilidad
  - Infecciones respiratorias / Neumonía aspirativa
  - Reingresos hospitalarios / Institucionalización / Incremento mortalidad

- **Severidad:** desde una dificultad moderar a completa inhabilidad para tragar.
- **Causas principales:**
  - Envejecimiento / fragilidad / sarcopenia
  - Enfermedades neurológicas / neurodegenerativas
  - Cáncer de cabeza y cuello y su tratamiento
  - Alteraciones anatómicas

# PREVALENCIA DO

Clavé P Nat Rev Gastroenterol, 2015

Fenotipo	Población	Método de evaluación	Prevalencia	Referencias
ANCIANOS	Ancianos comunidad	Cribado (Cuestionarios)	11-38%	Holland 2011; Roy 2007; Bloem 1990; Kawashima 2004; Yang 2013
		Exploración clínica (MECV-V)	27%	Serra-Prat 2011
	Hospitalizados UGA	Test del agua/MECV-V	29% 47%	Lee 1999; Cabré 2014
	Hospitalizados con NAC	Test del agua/MECV-V	55%	Cabré 2010;
		Exploración instrumental	75%	Almirall 2012
	Institucionalizados	Cribado (Cuestionarios)	40-52%	Nogueira 2013 Park 2013
		Test del agua	38%	
		Cribado + exploración clínica	51-65%	Lin 2002; Ferrero 2012
	ICTUS	Fase aguda	Cribado (Cuestionarios)	37 - 45%
Exploración clínica			51 - 55%	
Exploración instrumental			64 - 78%	
Fase crónica		Exploración clínica	25 - 45%	
		Exploración instrumental	40 - 81%	

NAC: neumonía adquirida en la comunidad; MECV-V: método de exploración clínica volumen-viscosidad; UGA: Unidad de geriatría de agudos

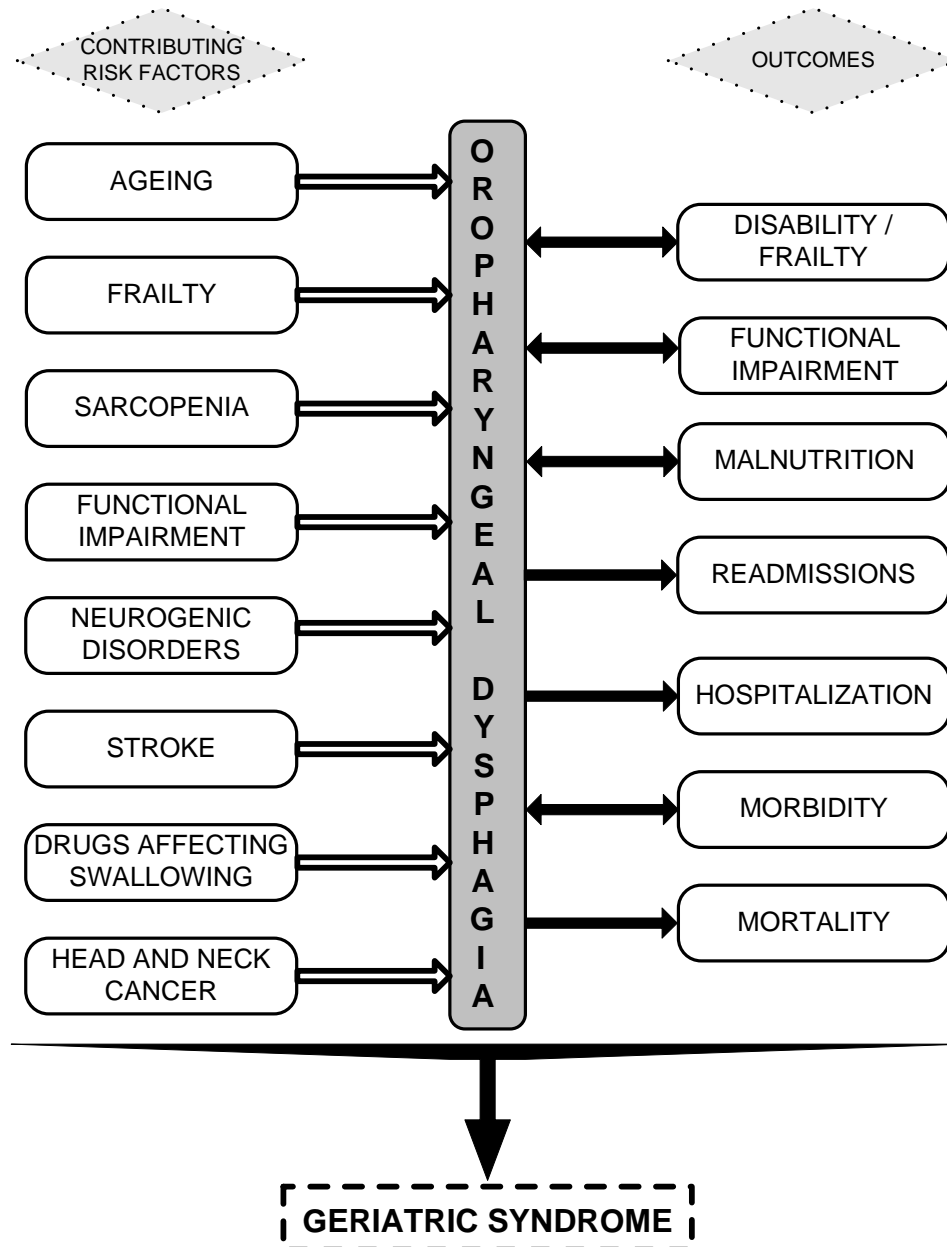
<b>END</b>	<b>Parkinson</b>	Reportado por los pacientes	<b>35%</b>	Kalf 2012
		Exploración instrumental	<b>82%</b>	
	<b>Alzheimer</b>	Exploración instrumental	<b>57 - 84%</b>	Langmore 2007; Horner J 1994
	<b>Demencia</b>	Reportado por los cuidadores	<b>19 - 30%</b>	Langmore 2007; Ikeda 2002
		Exploración instrumental	<b>57-84%</b>	Suh 2009; Langmore 2007; Horner J 1994
	<b>Esclerosis múltiple</b>	Cribado (cuestionarios)	<b>24%</b>	De Pauw 2002
		Exploración instrumental	<b>34%</b>	Calcagno 2002
	<b>ELA</b>	Exploración clínica e instrumental	<b>47 - 86%</b>	Chen A 2005 Ruoppolo G 2013
<b>ESTRUCTURAL</b>	<b>Cáncer cabeza &amp; cuello</b>	Exploración clínica	<b>50%</b>	García-Peris 2007
		Exploración instrumental	<b>38%</b>	Caudell JJ 2008
	<b>Divertículo Zenker</b>	Exploración instrumental	<b>86%</b>	Valenza V 2003
	<b>Osteofitos</b>	Cribado	<b>17-28%</b>	Utsinger PD 1976 Resnick D 1976

*Clavé P Nat Rev Gastroenterol, 2015*

END: Enfermedades neurodegenerativas; ELA: esclerosis lateral amiotrófica.

CAUSAS DE DISFAGIA		
NEUROLÓGICAS	MIOPÁTICAS	ESTRUCTURALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumores del troncoencefalo</li> <li>- Trauma de la cabeza</li> <li>- Ictus</li> <li>- Parálisis cerebral</li> <li>- Guillain-Barré</li> <li>- Enfermedad de Huntington</li> <li>- Esclerosis múltiple</li> <li>- Poliomieltis</li> <li>- Síndrome postpolio</li> <li>- Discinesia tardía</li> <li>- Encefalopatía metabólica</li> <li>- ELA</li> <li>- Enfermedad de Parkinson</li> <li>- Demencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad tejido conectivo</li> <li>- Dermatomiositis</li> <li>- Miastenia gravis</li> <li>- Distrofia miotónica</li> <li>- Distrofia oculofaríngea</li> <li>- Polimiositis</li> <li>- Sarcoidosis</li> <li>- Síndromes paraneoplásicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Barra ciorofaríngea</li> <li>- Divertículo de Zenker</li> <li>- Tejidos cervicales (<i>cervical webs</i>)</li> <li>- Tumores orofaríngeos</li> <li>- Anomalías esqueléticas / osteofitos</li> <li>- Anomalías estructurales congénitas</li> </ul>
METABÓLICAS	INFECCIOSAS	IATROGÉNICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amiloidosis</li> <li>- Síndrome de Cushing</li> <li>- Tirotoxicosis</li> <li>- Enfermedad de Wilson</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difteria</li> <li>- Botulismo</li> <li>- Enfermedad de Lyme</li> <li>- Sífilis</li> <li>- Mucositis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efectos secundarios de la medicación</li> <li>- Musculares postquirúrgicas</li> <li>- Neurogénicas postquirúrgicas</li> <li>- Radiación</li> <li>- Corrosión</li> <li>- Intubación prolongada</li> </ul>

# DO SÍNDROME GERIÁTRICO



**DO reúne todos los requisitos per a ser considerada como un síndrome geriátrico:**

- ✓ Muy prevalente en ancianos
- ✓ Relacionada con múltiples factores de riesgo
- ✓ Causa multitud de complicaciones clínicas con impacto negativo en la salud del paciente



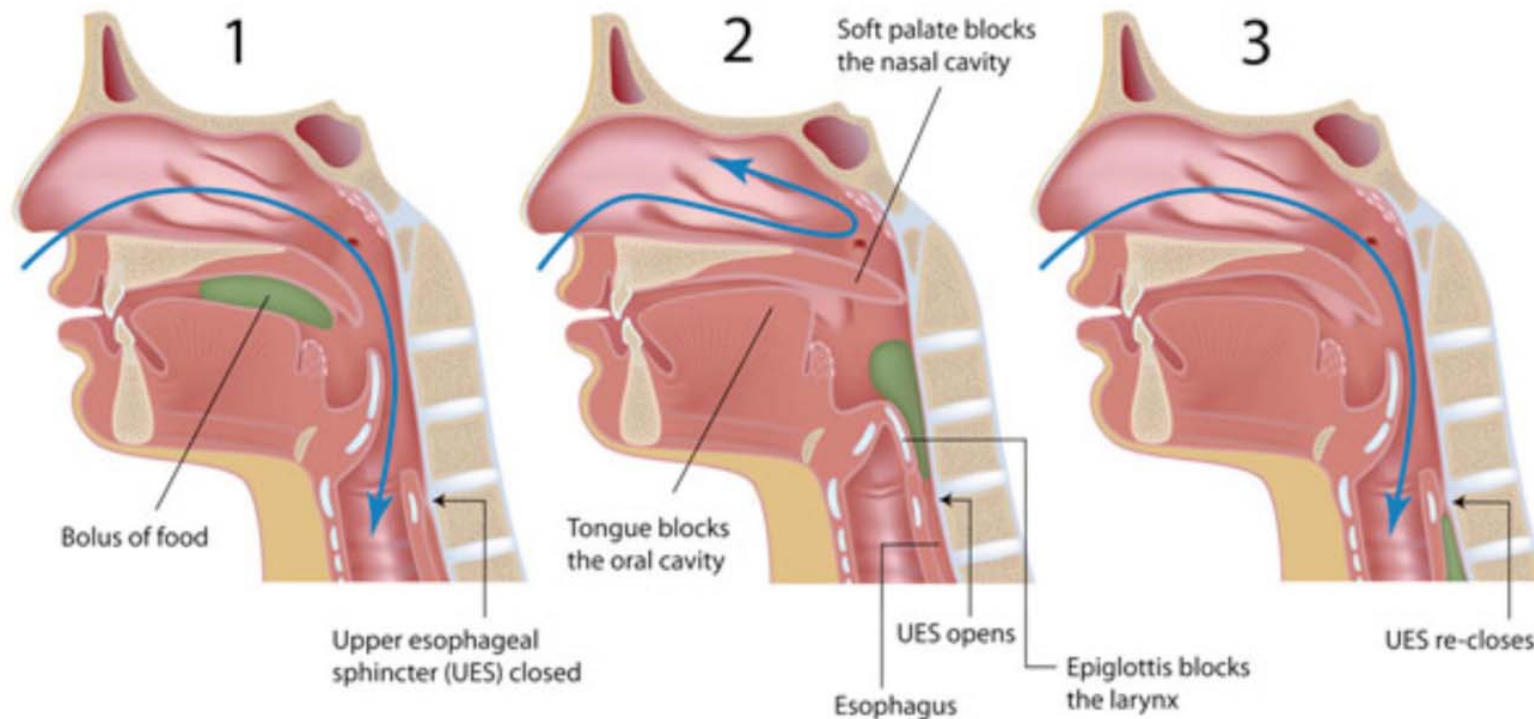
**ESSD-EUGMS WHITE PAPER**

*(Clinical Interventions in Aging)*

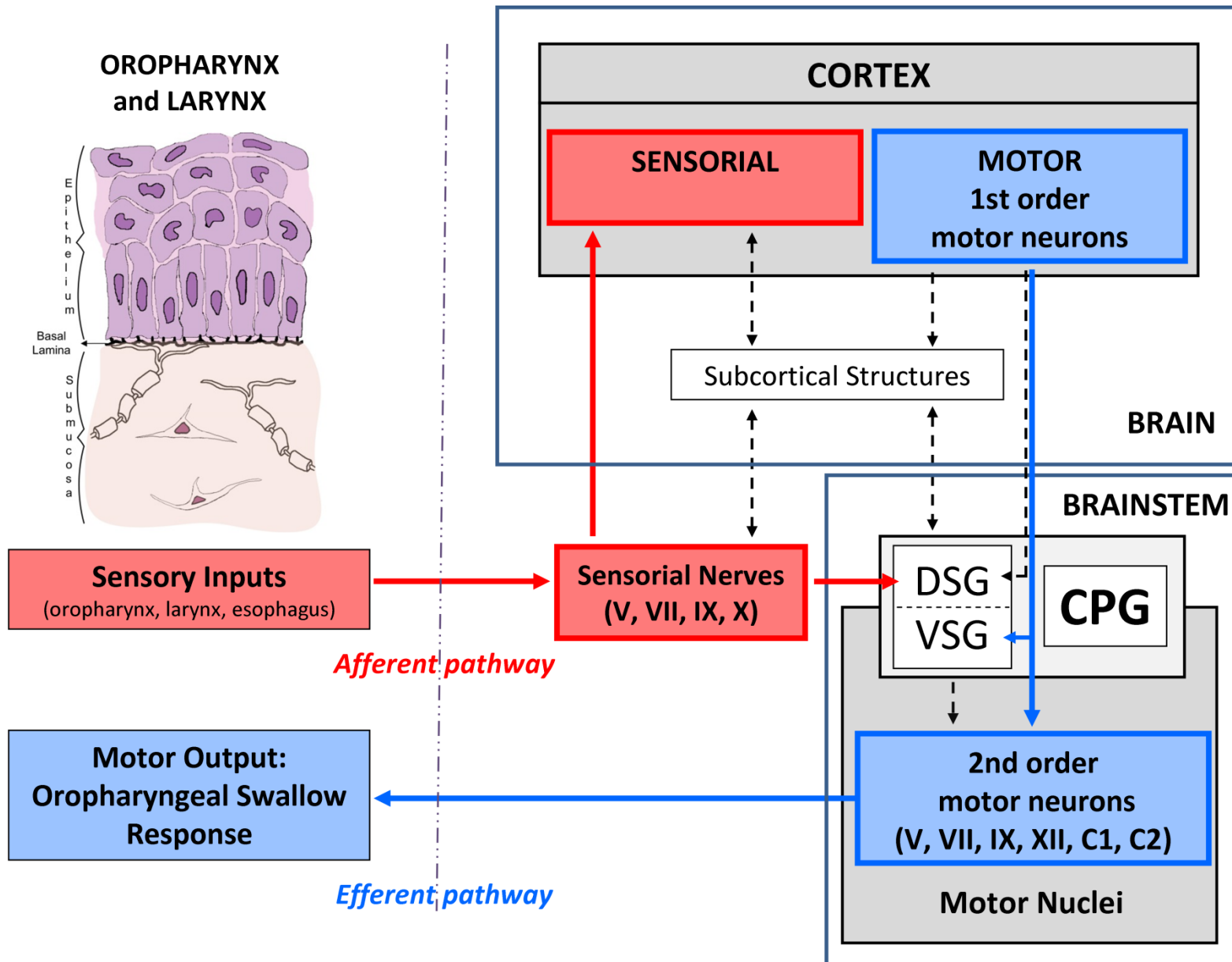


# FISIOLOGÍA DE LA DEGLUCIÓN

- Deglución: combinación de eventos sensoriales y motores coordinados que involucran la acción de más de 30 pares de músculos en un segundo y se divide en 3 fases (oral, faríngea y esofágica).
  1. Fase oral (voluntaria)
  2. Fase faríngea (involuntaria)
  3. Fase esofágica (involuntaria)



# CONTROL NEURAL DE LA DEGLUCIÓN



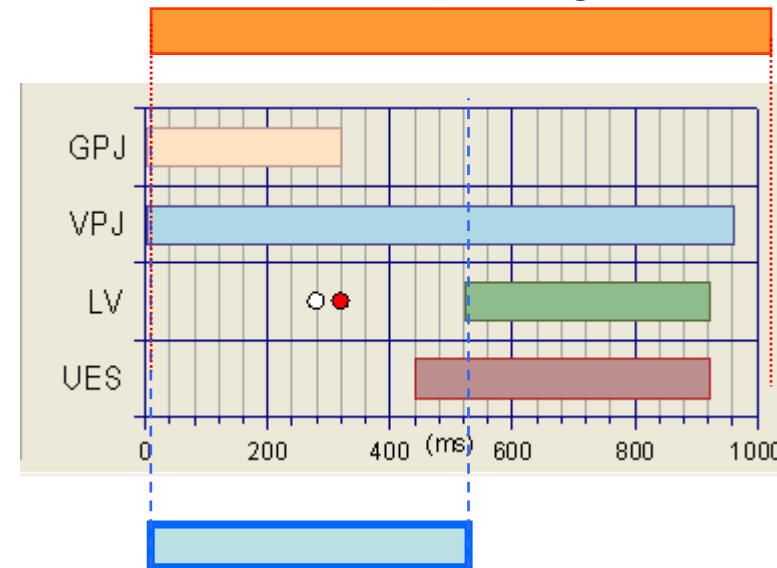
# RESPUESTA MOTORA OROFARÍNGEA (anciano)

## Aspiración



✓ Sensibilidad faríngea y laríngea disminuida

✓ Duración RMOF prolongada



## Residuo



✓ Reconfiguración lenta

- GPJO-LVC
- GPJO-UESO

✓ Débil fuerza de propulsión (sarcopenia)

- **Voluntarios sanos**

- GPJO-LVO = 760±23 ms
- LVC = 157±13 ms
- UESO = 200±11 ms

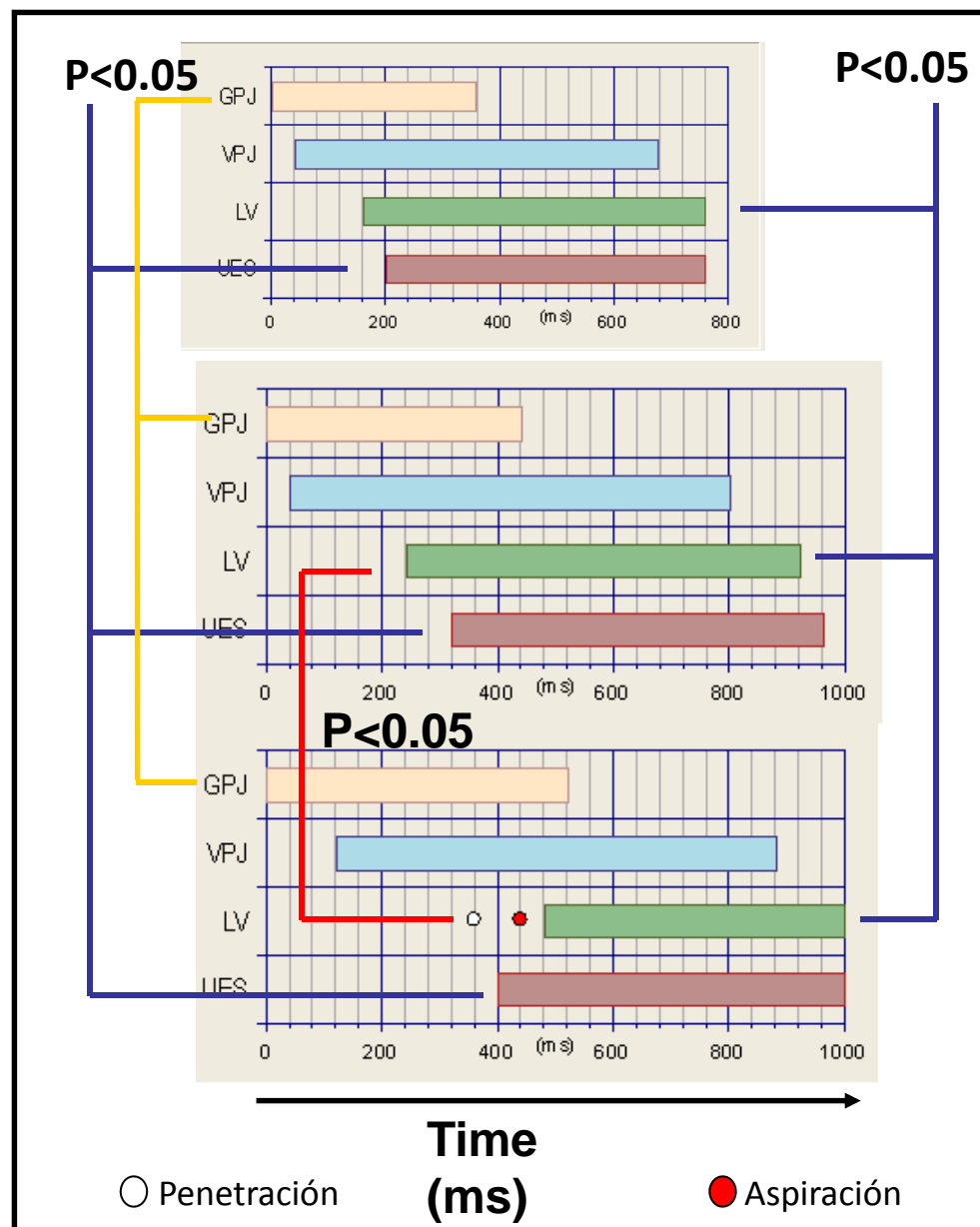
- **Ancianos frágiles/ Deglución segura**

- GPJO-LVO = 931±39 ms
- LVC = 243±56 ms
- UESO = 347±35 ms

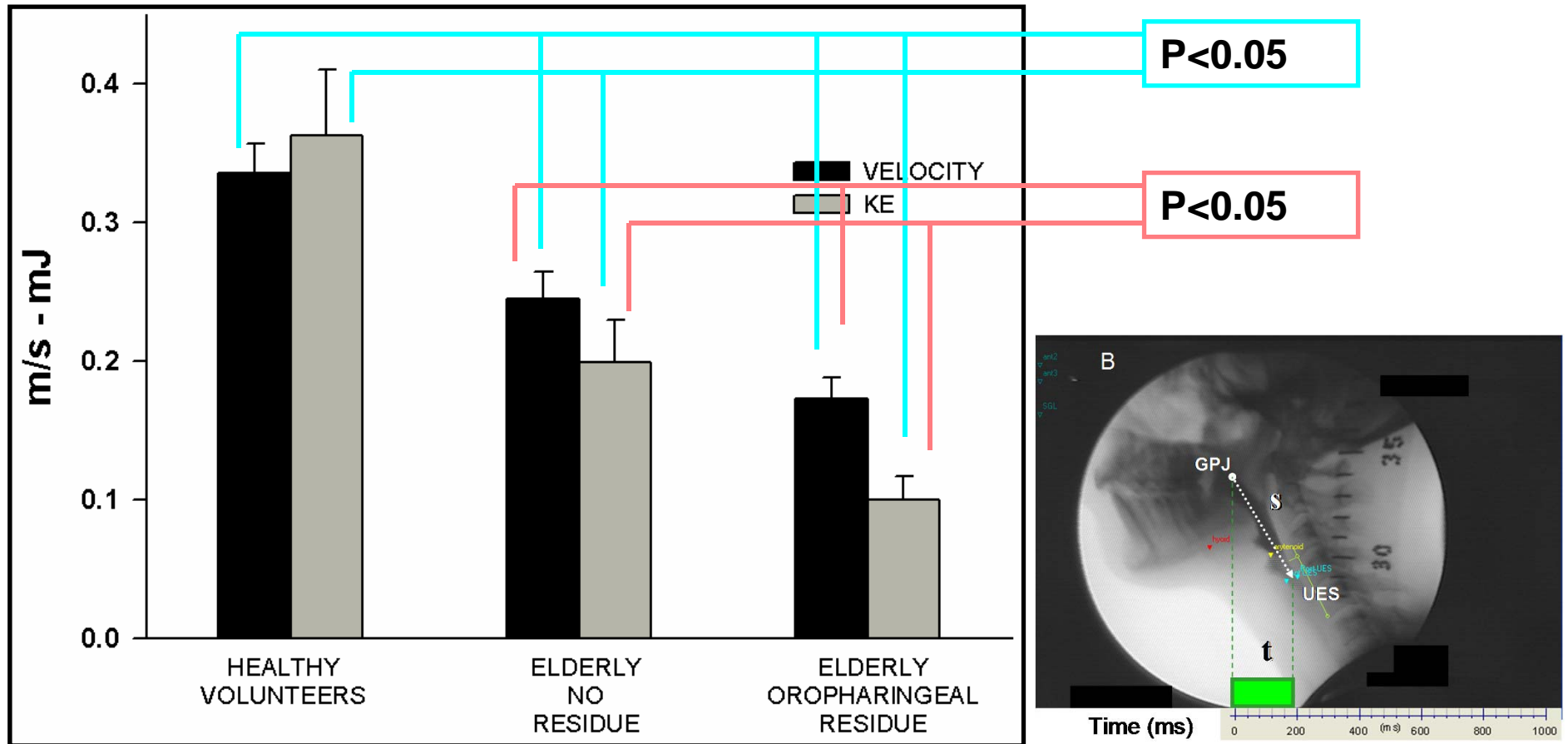
- **Ancianos frágiles/ Deglución no segura**

- GPJO-LVO = 1013±53 ms
- LVC = 476±48 ms
- UESO = 403±45 ms

**RETRASO RMOF**



# FUERZA DE PROPULSIÓN



Rofes L et al, NGM 2014

VELOCIDAD Y ENERGÍA CINÉTICA DEL BOLO REDUCIDAS

# ALTERACIÓN DE LA DEGLUCIÓN

- Alteración de la Eficacia (baja fuerza propulsión / sarcopenia)
  - Residuo orofaríngeo
    - o Débil propulsión del bolo
- Alteración de la Seguridad (respuesta neural lenta/ EN / END)
  - Penetraciones / Aspiraciones
    - o Retraso en el cierre del vestíbulo laríngeo (VL)
    - o Retraso en el movimiento vertical y anterior del hioides

# COMPLICACIONES

