

# disfagia – dysphagia

Authored by  
**memjavad**

January 2, 2026

## RECOMMENDED CITATION

memjavad (2026). *disfagia – dysphagia*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=8034>

## Disfagia

**Campo(s) Disciplinario(s) Principal(es):** Medicina (Gastroenterología, Neurología, Otorrinolaringología), Logopedia (Fonoaudiología), Nutrición Clínica.

### 1. Definición Central

La disfagia se define como la dificultad o el impedimento para tragar alimentos sólidos, líquidos o ambos, resultante de una alteración en cualquiera de las fases del complejo acto de la deglución. Es fundamental comprender que la disfagia no constituye una enfermedad en sí misma, sino que es un **síntoma clínico** de una patología subyacente que afecta la integridad estructural o funcional del sistema deglutorio, extendiéndose desde la cavidad oral hasta el estómago. La presencia de disfagia implica una seria amenaza para la homeostasis del individuo, ya que compromete directamente la ingesta adecuada de nutrientes y líquidos, conduciendo potencialmente a la deshidratación y la malnutrición. Además, su manifestación más crítica es el riesgo incrementado de que el material ingerido penetre en la vía aérea inferior, un evento conocido como aspiración, que puede desencadenar una neumonía por aspiración, una complicación con alta morbilidad y mortalidad, especialmente en poblaciones vulnerables como los ancianos o pacientes neurológicos.

Desde una perspectiva clínica, la sensación subjetiva de dificultad puede variar ampliamente. Algunos pacientes reportan la sensación de que el bolo alimenticio se detiene o se queda "pegado" en la garganta o el pecho, mientras que otros experimentan dolor al tragar, un síntoma conocido como **odinofagia**, el cual debe diferenciarse cuidadosamente de la disfagia pura. La distinción entre dificultad para iniciar la deglución y la dificultad en el tránsito del bolo a través del esófago es clave para la localización anatómica del problema. El abordaje de la disfagia requiere, por tanto, una evaluación multidisciplinaria que involucre a especialistas en gastroenterología, neurología, y terapeutas del lenguaje o fonoaudiólogos, quienes se encargan de la rehabilitación específica de las funciones orofaríngeas.

La prevalencia de la disfagia es significativamente alta en entornos hospitalarios y geriátricos. Se estima que afecta a una proporción considerable de pacientes que han sufrido un **accidente cerebrovascular (ACV)**, a individuos con enfermedades neurodegenerativas progresivas como el **Parkinson** o la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), y a aquellos que han sido sometidos a tratamientos oncológicos en la región de cabeza y cuello. La identificación temprana y la intervención oportuna son cruciales para mitigar las graves consecuencias asociadas a esta condición. La falta de reconocimiento de la disfagia como un problema clínico mayor a menudo resulta en un retraso diagnóstico, lo que exacerba el deterioro nutricional y aumenta el riesgo de complicaciones pulmonares, subrayando su importancia como marcador de riesgo y calidad asistencial.

## 2. Etiología y Clasificación

La clasificación de la disfagia se basa principalmente en la localización anatómica donde ocurre la alteración, dividiéndose en dos grandes categorías: disfagia orofaríngea y disfagia esofágica. La **disfagia orofaríngea**, también denominada disfagia de transferencia, se origina por alteraciones en la preparación oral del bolo o en el paso del bolo alimenticio a través de la faringe hacia el esófago superior. Esta forma está típicamente asociada con disfunciones neuromusculares o estructurales de la cavidad oral, faringe o esfínter esofágico superior. Las causas neurológicas son predominantes, incluyendo el ACV, la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple, la miastenia gravis y diversas neuropatías periféricas que afectan los pares craneales involucrados en la deglución. Las causas estructurales en esta región incluyen tumores de cabeza y cuello, divertículos de Zenker, o cambios post-radioterapia.

Por otro lado, la **disfagia esofágica**, o disfagia de transporte, se caracteriza por la dificultad en el movimiento del bolo alimenticio a lo largo del esófago hacia el estómago. Las causas de la disfagia esofágica se subdividen en dos grupos principales: obstructivas y motoras. Las causas obstructivas implican un estrechamiento físico de la luz esofágica, como ocurre en la estenosis péptica, los anillos y membranas esofágicas (anillo de Schatzki), o neoplasias malignas que invaden la pared esofágica. Típicamente, la disfagia obstructiva comienza siendo selectiva para sólidos y progresa lentamente hasta afectar también a los líquidos. En contraste, las causas motoras son el resultado de un trastorno en la peristalsis esofágica o una falla en la relajación del esfínter esofágico inferior (EEI), siendo la **acalasia** el ejemplo más conocido, donde hay una falta de relajación del EEI y aperistalsis del cuerpo esofágico. Otros trastornos motores incluyen el espasmo esofágico difuso y la esclerodermia, donde la disfagia a menudo afecta tanto a sólidos como a líquidos desde el inicio y tiende a ser intermitente.

La correcta diferenciación entre estos tipos de disfagia es crucial para orientar el diagnóstico instrumental y el tratamiento. Mientras que la disfagia orofaríngea requiere, como estándar de oro, la **videofluoroscopia (VFS)** o la evaluación endoscópica de la deglución (FEES) para visualizar la función de las estructuras durante el tránsito, la disfagia esofágica generalmente exige una endoscopia digestiva alta (EDA) para descartar lesiones estructurales y una manometría de alta resolución para evaluar los patrones de motilidad esofágica. Esta aproximación escalonada permite identificar la etiología específica y aplicar terapias dirigidas, ya sean compensatorias, rehabilitadoras, farmacológicas o quirúrgicas.

## 3. Fisiopatología del Acto Deglutorio

La deglución normal es un proceso complejo y altamente coordinado que involucra aproximadamente 50 pares de músculos y múltiples pares craneales, dividiéndose clásicamente en cuatro fases interdependientes: la fase oral preparatoria, la fase oral de tránsito, la fase

faríngea y la fase esofágica. La disfunción en cualquiera de estas etapas puede resultar en disfagia. La fase oral preparatoria es voluntaria e implica la masticación y la mezcla del alimento con saliva para formar un bolo cohesivo. La falla en esta fase, común en pacientes con déficit cognitivo o debilidad muscular oral, impide la formación adecuada del bolo, dificultando su posterior propulsión.

La fase faríngea, que es esencialmente involuntaria y se activa por el reflejo de la deglución, es la más crítica en términos de seguridad. En esta fase, el bolo es impulsado a través de la faringe, mientras que simultáneamente se producen varios eventos protectores: el paladar blando se eleva para sellar la nasofaringe, las cuerdas vocales se cierran, y la laringe se eleva y se desplaza anteriormente bajo la base de la lengua y el epiglotis, sellando la vía aérea. El fracaso en la elevación laríngea o en el cierre glótico provoca la penetración o aspiración del alimento hacia los pulmones. La disfagia orofaríngea, típicamente de origen neurológico, se caracteriza por una coordinación deficiente de estos movimientos protectores y por un retraso en el inicio del reflejo deglutorio, aumentando el tiempo que el bolo permanece en la faringe, lo que incrementa el riesgo de aspiración pre-deglutoria.

Finalmente, la fase esofágica, también involuntaria, está mediada por ondas peristálticas primarias y secundarias que aseguran el transporte unidireccional del bolo hacia el estómago, seguido de la relajación transitoria del EEI. La disfagia esofágica se relaciona con alteraciones en este mecanismo peristáltico. Si la peristalsis es débil o descoordinada (como en los trastornos motores), el bolo avanza lentamente (hipomotilidad). Si existe un obstáculo físico o un fallo en la relajación del EEI (como en la acalasia o estenosis), el paso del bolo se bloquea. Entender la fisiopatología específica permite al clínico determinar si la intervención debe centrarse en mejorar la fuerza muscular, modificar la consistencia de los alimentos, o abordar directamente una obstrucción mecánica o un trastorno de la motilidad.

#### 4. Manifestaciones Clínicas y Complicaciones

Las manifestaciones clínicas de la disfagia son variadas y dependen de la etiología y la fase de la deglución afectada. Los síntomas de la disfagia orofaríngea suelen ser más evidentes e incluyen la tos o el atragantamiento durante o inmediatamente después de comer, el carraspeo frecuente, la voz húmeda o gorgoteante (indicativo de residuo en la laringe), y la necesidad de tragar repetidamente para limpiar el bolo. Un signo menos obvio pero crucial es la **pérdida de peso inexplicable** o la dificultad para mantener una nutrición e hidratación adecuadas, ya que el paciente subconscientemente evita comer o beber lo suficiente por miedo a atragantarse. En la disfagia esofágica, el síntoma principal es la sensación de retención del alimento en el pecho, a menudo referido a la región retroesternal, y la regurgitación de alimentos no digeridos horas después de la ingesta.

Las complicaciones de la disfagia son graves y tienen un impacto directo en la supervivencia y la calidad de vida. La complicación más temida es la **neumonía por aspiración**, que ocurre cuando el material orofaríngeo (alimento, líquido o saliva) pasa por debajo de las cuerdas vocales e ingresa a los pulmones, introduciendo patógenos. Este tipo de neumonía es particularmente peligroso en pacientes con un sistema inmunitario comprometido o con una higiene oral deficiente. La aspiración silente, donde el paciente aspira sin presentar tos o reflejo protector, es especialmente insidiosa y frecuente en pacientes neurológicos, haciendo imperativa la evaluación instrumental.

A largo plazo, la disfagia conduce inevitablemente a la malnutrición calórico-proteica y a la deshidratación crónica. La ingesta oral insuficiente, combinada con el aumento del gasto energético asociado a la enfermedad de base, deteriora rápidamente el estado funcional del paciente. Además de las consecuencias físicas, la disfagia conlleva un profundo impacto psicosocial. Dado que comer es un acto social y culturalmente significativo, la incapacidad de participar en las comidas comunitarias puede llevar al aislamiento, la depresión y una disminución marcada en la calidad de vida relacionada con la salud. El manejo de la disfagia, por lo tanto, debe abordar no solo la seguridad y la eficacia de la deglución, sino también el bienestar emocional y social del paciente.

## 5. Diagnóstico Clínico e Instrumental

El proceso diagnóstico de la disfagia comienza con una historia clínica detallada y una exploración física. La historia debe precisar si la dificultad es a sólidos, líquidos o ambos, el momento de aparición (aguda o crónica), si es constante o intermitente, y la presencia de síntomas asociados como odinofagia, pirosis o regurgitación. La evaluación inicial en el lecho del paciente (bedside screening) es crucial para identificar a los individuos con alto riesgo de aspiración, a través de pruebas sencillas de deglución con agua y la observación de signos como la tos post-deglución o cambios en la calidad de la voz. Sin embargo, las pruebas clínicas por sí solas no pueden detectar la aspiración silente ni proporcionar detalles anatómicos o fisiológicos precisos, haciendo necesario el uso de técnicas instrumentales.

Para la disfagia orofaríngea, el estándar de oro diagnóstico es la **Videofluoroscopia (VFS)**, también conocida como estudio modificado de la deglución con bario (MBS). La VFS es un estudio radiológico dinámico que permite visualizar todas las fases de la deglución en tiempo real utilizando diferentes consistencias de bario. Proporciona información invaluable sobre la función motora de la lengua, la elevación laríngea, la competencia del cierre glótico y la presencia, cantidad y momento de la penetración o aspiración. Otra herramienta clave es la Evaluación Endoscópica de la Deglución (FEES), que utiliza un endoscopio flexible insertado por la nariz hasta la faringe para observar directamente las estructuras laríngeas y faríngeas antes y después de la deglución. La FEES es particularmente útil para evaluar la sensibilidad faríngea y el manejo

de las secreciones.

En el caso de la disfagia esofágica, la primera línea de investigación suele ser la Endoscopia Digestiva Alta (EDA). La EDA permite la visualización directa de la mucosa esofágica para identificar y, si es posible, biopsiar o dilatar lesiones obstructivas como estenosis, esofagitis o tumores. Si la EDA es normal o sugiere un trastorno motor, el siguiente paso es la Manometría Esofágica de Alta Resolución. Este estudio mide las presiones dentro del esófago y los esfínteres, permitiendo clasificar los trastornos de la motilidad esofágica (como acalasia, obstrucción del flujo de salida de la unión esofagogástrica, o espasmos esofágicos) de acuerdo con la [Clasificación de Chicago](#). La combinación de estas herramientas diagnósticas permite establecer un plan terapéutico altamente individualizado y basado en la etiología.

## 6. Manejo y Tratamiento

El manejo de la disfagia es inherentemente multidisciplinario y se centra en dos objetivos primordiales: garantizar la seguridad de la deglución (prevención de la aspiración) y asegurar la eficacia de la ingesta (mantenimiento del estado nutricional e hídrico). Las estrategias terapéuticas se dividen en intervenciones compensatorias, rehabilitadoras y médicas/quirúrgicas.

Las **estrategias compensatorias** son ajustes inmediatos diseñados para desviar el flujo del bolo lejos de la vía aérea sin modificar la fisiología deglutoria subyacente. Incluyen modificaciones dietéticas, como la adaptación de la consistencia de los alimentos y líquidos. Los líquidos pueden requerir ser espesados a consistencias de néctar, miel o pudín para ralentizar su tránsito y permitir un mejor control orofaríngeo, mientras que los sólidos pueden ser procesados a texturas blandas, trituradas o purés. Las técnicas posturales compensatorias, como la rotación de la cabeza hacia el lado afectado o la maniobra de "mentón al pecho" (chin tuck), se utilizan para cambiar el recorrido del bolo y proteger la vía aérea. Estas estrategias deben ser prescritas basándose en los hallazgos de la evaluación instrumental.

La **rehabilitación de la deglución**, liderada por el fonoaudiólogo o logopeda, busca restaurar o mejorar la función deglutoria mediante ejercicios específicos. Esto incluye ejercicios de fortalecimiento muscular (por ejemplo, el ejercicio de Shaker para mejorar la apertura del esfínter esofágico superior y la elevación hioidea), técnicas de aumento sensorial (aplicación de estímulos fríos o ácidos) y maniobras de deglución terapéutica (como la deglución supraglótica o la deglución de esfuerzo, que buscan mejorar el cierre glótico y la fuerza de propulsión). El objetivo es lograr una deglución más segura y eficiente, permitiendo al paciente recuperar la mayor independencia posible en la ingesta oral.

Cuando la disfagia esofágica o la disfagia orofaríngea de origen estructural no responden a las terapias conductuales, se recurre a intervenciones médicas o quirúrgicas. Para las estenosis esofágicas, la dilatación endoscópica es el tratamiento de elección. En el caso de la acalasia, el

tratamiento puede incluir la inyección de toxina botulínica, la miotomía quirúrgica (Miotomía de Heller) o la miotomía endoscópica por vía oral (POEM). Si la disfagia es tan severa que el riesgo de aspiración es inaceptablemente alto o la ingesta oral es insuficiente, la colocación de una vía de alimentación alternativa (como una sonda nasogástrica o una gastrostomía endoscópica percutánea - **PEG**) se convierte en una medida vital para mantener el estado nutricional del paciente mientras se aborda la causa subyacente.

## 7. Impacto y Calidad de Vida

La disfagia es una condición que trasciende la mera dificultad física para comer; impone una carga significativa sobre la calidad de vida y el bienestar emocional del paciente. El acto de comer y beber no es solo biológico, sino que está profundamente arraigado en la interacción social, las celebraciones culturales y la construcción de la identidad personal. Cuando un individuo es diagnosticado con disfagia, a menudo se ve obligado a modificar radicalmente su dieta, limitando su participación en eventos sociales que giran en torno a la comida. Esta exclusión social puede llevar a sentimientos de vergüenza, frustración y aislamiento, contribuyendo significativamente a la morbilidad psicológica asociada a la condición.

Desde una perspectiva de salud pública, el impacto de la disfagia es vasto. La necesidad de dietas modificadas y el riesgo constante de complicaciones pulmonares elevan sustancialmente los costos sanitarios. Los pacientes con disfagia tienen tasas más altas de reingreso hospitalario, estancias más prolongadas y una mayor necesidad de cuidados a largo plazo, ya sea en el hogar o en instituciones especializadas. La malnutrición y la deshidratación no solo son consecuencias directas de la ingesta deficiente, sino que también actúan como factores que retrasan la recuperación de la enfermedad primaria y aumentan la fragilidad general del paciente, creando un círculo vicioso de deterioro.

Por lo tanto, la atención moderna a la disfagia exige un enfoque holístico que vaya más allá de la simple provisión de un tubo de alimentación o una dieta de purés. Se requiere un apoyo emocional continuo, educación detallada para los cuidadores y estrategias que permitan al paciente mantener la mayor normalidad posible en su vida social. La investigación actual se centra en el desarrollo de tecnologías de rehabilitación más avanzadas, como la estimulación eléctrica neuromuscular y la biorretroalimentación, y en la mejora de la palatabilidad de las dietas modificadas, con el objetivo de mejorar no solo la seguridad, sino también el placer y la dignidad asociados a la alimentación.

## 8. Lecturas Adicionales

[Disfagia \(Wikipedia en español\)](#)

[American Gastroenterological Association \(AGA\) Guidelines on Dysphagia](#)

---

[American Speech-Language-Hearing Association \(ASHA\) Information on Swallowing Disorders](#)  
[Chicago Classification of Esophageal Motility Disorders](#)

ARABPSYCHOLOGY.COM