



DISFAGIA

Fuente

Elaboración propia. 2026.
Aranzazu Sánchez de Toro Gironés,
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

DISFAGIA

Aranzazu Sánchez de Toro Gironés

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Se define como dificultad (o sensación de dificultad) para la deglución y/o el paso de los alimentos (tanto líquidos como sólidos) desde la boca al estómago.

DISFAGIA FUNCIONAL	Sensación de paso anormal del bolo alimenticio a través del esófago. Debe cumplir los Criterios de Roma IV, durante mínimo 6 meses, y de forma constante en los 3 últimos. Suele ser intermitente y mejora con el tiempo	
	CRITERIOS ROMA IV	Sensación de que los alimentos (sólidos y/o líquidos) se pegan o pasan de forma anormal por el esófago. Ausencia de evidencia de reflujo gastroesofágico o esofagitis eosinofílica como causantes de los síntomas. Ausencia de alteraciones de motilidad esofágica con base histopatológica

DISFAGIA OROFARÍNGEA	El problema está localizado al principio de la deglución, lo que impide que el bolo alimenticio pase al esófago. CLINICA: principalmente va a producir tos, que se puede acompañar de sialorrea y/o regurgitación nasofaríngea. Pude causar broncoaspiraciones.	
	CAUSAS	NEUROMUSCULARES: la mayoría; más frecuente en ancianos. Por: ICTUS, esclerosis múltiple, Parkinson, tumores del SNC, etc.
		MUSCULOESQUELÉTICAS: miastenia gravis, conectivopatías, dermatomiositis, etc.
		OBSTRUCTIVAS: fibrosis postradioterapia, tumores, cuerpos extraños, procesos inflamatorios como amigdalitis, etc.
		FUNCIONALES: hipomotilidad faríngea, descoordinación faríngoesofágica, etc.
		OTRAS: cirugías orales y/o cervicales, fármacos, etc.

DISFAGIA ESOFÁGICA	Dificultad para el paso del bolo alimenticio CLÍNICA: sensación de stop en cualquier tramo del esófago, impidiendo seguir deglutiendo, por lo que puede acompañarse de regurgitación.		
	CAUSAS	TRASTORNOS FUNCIONALES	PRIMARIOS: cardias hipertónico, Enfermedad de Chagas, espasmo esofágico, etc.
			SECUNDARIOS: esclerodermia, neuropatías alcohólica y/o diabética, LES, etc.
		OBSTRUCTIVAS: tumores, estenosis, membranas esofágicas, anillos de Schatzki, cuerpos extraños...	
		COMPRESIVAS: tumores mediastínicos/pulmonares, bocio, estructuras vasculares (disfagia lusoria), etc.	

ANAMNESIS Localizar síntomas Alimentos que la causan (sólidos/líquidos) Inicio y duración de síntomas. Evolución con el tiempo de los síntomas. Si asocia tos, babeo, atragantamientos, etc.	EXPLORACIÓN FÍSICA Cavidad oral: apertura, piezas dentales, aftas, movilidad de la lengua y los labios, etc. Neurológica: muy importante es la valoración de los pares craneales, reflejos, posibles temblores Estado nutricional Abdomen: valorar masas y/o visceromegalias
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Solicitar gastroscopia , en caso de paciente frágil, contraindicación o imposibilidad de esta, solicitar tránsito esofagogástrico baritado	TRATAMIENTO Dependerá de la causa de origen. Principalmente consistirá en uso de espesantes que permitan cambiar texturas de alimentos En caso de acalasia se puede valorar dilatación endoscópica por parte de especializada.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.Renteria Irazabal A, Basterretxea Oyarzabal J. Disfagia lusoria. AMF 2024;20(3);3526. DOI: 10.55783/AMF.S200301.
- 2.Nuestra brújula en Atención Primaria. Tomo 1 Viaje a través del manejo de la patología más frecuente en Atención Primaria. Lo básico para no perder el rumbo (consulta diaria en un clic). Capítulo 13. Patología más frecuente del tracto digestivo alto.
- 3.<https://www.fisterra-com.eu1.proxy.openathens.net/guias-clinicas/disfagia/> consultada el 12 de marzo de 2026