

## Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de disfagia orofaríngea en adultos

### Diagnosis and treatment of oropharyngeal dysphagia in adults: a clinical guide

Juan Carlos Vallejo Garzón<sup>1</sup>, Carolina Almeida Tamayo<sup>2</sup>

#### Resumen

La disfagia es un problema que puede afectar el estado nutricional y la salud respiratoria de los pacientes que la padecen. Se presenta en enfermos con trastornos neurológicos o condiciones que afecten la anatomía y función de la región faringo-laríngea o esofágica, luego de cirugías de cabeza y cuello, entre otras. Un paciente con disfagia tiene un riesgo potencial de entrar en un estado de desnutrición y sufrir complicaciones respiratorias, por aspiración de contenido alimentario hacia la vía aérea inferior, esto puede comprometer la vida. Es fundamental realizar un proceso de diagnóstico correcto mediante la historia clínica, pruebas de screening e instrumentales, para establecer un abordaje de tratamiento apropiado.

**Palabras clave:** disfagia orofaríngea, deglución, neumonía por aspiración.

#### Abstract

Dysphagia is a problem that can affect the nutritional status and respiratory health of those who suffer from it. It occurs in patients with neurological disorders or conditions that affect the anatomy and function of the pharyngolaryngeal or esophageal region, following head and neck surgeries, among other causes. A patient with dysphagia has a potential risk of developing malnutrition and respiratory complications due to aspiration of food contents into the lower airway, which can be life-threatening. A correct diagnostic process, including a thorough medical history, screening tests, and instrumental examinations, is essential to establish the appropriate treatment approach.

**Keywords:** oropharyngeal dysphagia, swallowing, aspirative pneumonia.

1. Especialista en otorrinolaringología, jefe del Servicio de ORL del Hospital Metropolitano. Quito, Ecuador;  <https://orcid.org/0000-0002-5759-8395>
2. Fonoaudióloga especialista en disfagia, Hospital Metropolitano. Quito, Ecuador;  <https://orcid.org/0009-0009-2957-1134>



Usted es libre de:  
**Compartir** — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

**Adaptar** — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

**Recibido:** 09-02-2026

**Aceptado:** 10-03-2026

**Publicado:** 28-03-2026

**DOI:** 10.47464/MetroCiencia/vol34/1/2026/54-64

\*Correspondencia autor: [jcv67@gmail.com](mailto:jcv67@gmail.com)

## Discusion

La deglución es una de las funciones indispensables para el mantenimiento de la vida y de la salud del ser humano, se encarga del procesamiento, preparación y transporte de los alimentos, desde la cavidad oral hasta el estómago y tubo digestivo, desde el que alcanzarán a toda la economía humana permitiéndole mantener un estado nutricional adecuado. Al mismo tiempo, una correcta deglución, debe garantizar que, en ese proceso de transporte, no se produzca una migración anómala del material a ser deglutido hacia las vías respiratorias, lo cual puede poner en riesgo al paciente a sufrir una complicación respiratoria.

En la deglución están involucrados varios órganos y sistemas, por esta razón, para el diagnóstico y manejo de la disfagia, es fundamental la conformación de un equipo multidisciplinario que, además de otorinolaringología, participen otras especialidades como gastroenterología, neurología, medicina interna, imagenología, neumología, terapia intensiva, geriatría, cirugía general, cirugía de cabeza y cuello, nutrición y odontología; así mismo, en el equipo no pueden faltar fonoaudiólogos especialistas en disfagia y terapeutas respiratorios.

Según cuál sea la causa de la disfagia o las fases de la deglución afectadas, se deberá primero determinar si la disfagia es orofaríngea, esofágica o funcional<sup>1</sup>.

En un estudio británico se observó una prevalencia de disfagia de 11% en la comunidad general<sup>2</sup>. En la infancia y adolescencia, la disfagia puede ser ocasionada por un sinnúmero de trastornos, las causas pueden ser congénitas, traumatismos, enfermedades inflamatorias o iatrogenias. En adultos y adultos mayores, tumores benignos o malignos de cabeza y cuello, alteraciones estructurales o de motricidad, trastornos del sistema nervioso central, enfermedad cerebrovascular o psiquiátrica son las causas de mayor prevalencia<sup>3</sup>.

Un paciente con disfagia puede tener alterada tanto la eficacia como la seguridad de la deglución, pudiéndolo llevar a cuadros de desnutrición y deshidratación en el primer caso e infecciones respiratorias, en el segundo. También es posible que se produzca aspiración de contenido gastroduodenal por reflujo gastroesofágico, vómito o regurgitación. Estos eventos son una causa potencial de neumonitis química o neumonía aspirativa<sup>4</sup>.

## Diagnóstico

Al evaluar un paciente con una disfagia probable, se debe tener en cuenta algunos factores de riesgo, los siguientes<sup>5, 6-8</sup>: historia de neumonía recurrente, intubación prolongada, traqueotomía, dentadura en mal estado o ausente, antecedente de cirugías o radioterapia en cabeza y cuello, bocio o enfermedades tiroideas con incremento importante en el volumen de la glándula, desnutrición, enfermedad intestinal inflamatoria, ingestión de cáusticos, enfermedades inflamatorias, infecciosas o trastornos de la motilidad esofágicas, edad avanzada, trastornos neuro-degenerativos, deterioro cognitivo o demencia.

Mediante la historia clínica, con un interrogatorio específico dirigido a disfagia, el médico puede establecer si el enfermo tiene la probabilidad de estar afectado por este problema; en caso de tener síntomas evidentes, la historia clínica nos da indicios de su severidad, así mismo, se puede discriminar si el problema deglutorio es de origen orofaríngeo o esofágico. En el diagnóstico de la disfagia se utilizan pruebas de screening y pruebas instrumentales.

### 1. Pruebas de screening

De acuerdo a algunas guías publicadas, se recomienda evaluar la deglución solamente en pacientes que cumplan con 3 condiciones, estas son: que el paciente esté alerta,

que pueda sentarse en la cama con ayuda y que pueda responder a comandos verbales sencillos. Un enfermo que no cumpla con estos requisitos, no debe ser evaluado y se asumirá que continúa siendo portador de disfagia<sup>9,10</sup>.

- Eating assessment tool (eat-10)<sup>11</sup>
- Swallowing disturbance questionnaire<sup>12</sup> y
- Self-report symptom inventory<sup>13</sup>

Los 3 cuestionarios han sido validados y tienen buenos niveles de sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la disfagia<sup>11-13, 23</sup>. (Tablas 1, 2 y 3)

### 1.1. Encuestas específicas

Se han diseñado algunas encuestas como método de screening inicial. Tres de las más difundidas son las siguientes:

**Tabla 1.** Eating assessment tool (eat-10)<sup>11</sup>

ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA APROPIADA					
¿Cuán problemático te resultan las siguientes situaciones?		0: No problema 4: Problema grave			
1	Mi problema para tragar me ha hecho perder peso	0	1	2	3 4
2	Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera	0	1	2	3 4
3	Tragar líquidos requiere un esfuerzo adicional	0	1	2	3 4
4	Tragar sólidos requiere un esfuerzo adicional	0	1	2	3 4
5	Tragar pastillas requiere un esfuerzo adicional	0	1	2	3 4
6	Tragar es doloroso	0	1	2	3 4
7	El placer de comer se ve afectado por mi forma de tragar	0	1	2	3 4
8	Al tragar, la comida se me pega en la garganta	0	1	2	3 4
9	Toso al comer	0	1	2	3 4
10	Tragar es estresante	0	1	2	3 4
Un valor mayor a 3 se considera positivo			Total EAT-10		

**Tabla 2.** Swallowing disturbance questionnaire<sup>12</sup>

Encierre en un círculo la respuesta apropiada					
		Nunca	A veces	(1 v/mes o menos)	Frecuente (1-7 v/sem)
1	¿Tiene dificultad para masticar alimentos sólidos, como una manzana, una galleta o una galleta salada?	0	1	2	3
2	¿Tiene restos de comida en la boca, las mejillas, debajo de la lengua o pegados al paladar después de tragar?	0	1	2	3
3	¿Le sale comida o líquido por la nariz al comer o beber?	0	1	2	3
4	¿Le gotea la comida masticada?	0	1	2	3
5	¿Siente demasiada saliva en la boca; babea o tiene dificultad para tragar?	0	1	2	3
6	¿Necesita tragar la comida masticada varias veces antes de que baje por la garganta?	0	1	2	3
7	¿Tiene dificultad para tragar alimentos sólidos (Ej: se le atascan las manzanas o las galletas en la garganta)?	0	1	2	3
8	¿Tiene dificultad para tragar puré?	0	1	2	3
9	Al comer, ¿siente como si un trozo de comida se le atascara en la garganta?	0	1	2	3
10	¿Tose al tragar líquidos?	0	1	2	3
11	¿Tose al tragar alimentos sólidos?	0	1	2	3
12	¿Tiene cambios en su voz, como ronquera o voz baja, después de comer o beber?	0	1	2	3
13	Fuera de las comidas, ¿tiene tos o dificultad para respirar debido a la entrada de saliva en la tráquea?	0	1	2	3
14	¿Tiene dificultad para respirar durante las comidas?	0	1	2	3
15	¿Ha sufrido alguna infección respiratoria (neumonía, bronquitis) durante el último año?	0	1	2	3
Un score mayor a 12.5 es un buen predictor de disfagia <sup>12</sup>				TOTAL	

**Tabla 3.** Self-report symptom inventory<sup>13</sup>

1	¿Cuánta dificultad tiene para tragar actualmente?
2	¿Cuánta dificultad tiene para tragar líquidos FRESCOS? (p. ej., té, refresco, cerveza, café)
3	¿Cuánta dificultad tiene para tragar líquidos ESPESOS? (p. ej., batidos, sopas, natillas)
4	¿Cuánta dificultad tiene para tragar alimentos BLANDOS? (p. ej., Mornays, huevos revueltos, puré de papa)
5	¿Cuánta dificultad tiene para tragar alimentos DURIOS? (p. ej., filete, fruta cruda, verduras crudas)
6	¿Cuánta dificultad tiene para tragar alimentos SECOS? (p. ej., pan, galletas, frutos secos)
7	¿Tiene alguna dificultad para tragar saliva?
8	¿Alguna vez tiene dificultad para empezar a tragar?
9	¿Alguna vez siente que la comida se le queda atascada en la garganta al tragar?
10	¿Alguna vez tose o se atraganta al tragar alimentos sólidos? (p. ej., pan, carne o fruta)
11	¿Alguna vez tose o se atraganta al tragar líquidos? (p. ej., café, té, cerveza)
12	¿Cuánto tiempo tarda en comer una comida normal?
13	¿Cuánto tardaría en comerse una bola de helado?
14	Al tragar, ¿la comida o el líquido se le sube por detrás de la nariz o sale por ella?
15	¿Alguna vez necesita tragar más de una vez para que la comida baje?
16	¿Alguna vez tose o escupe comida o líquidos DURANTE una comida?
17	¿Alguna vez babea?
18	¿Cómo califica la gravedad de su problema de deglución hoy?
19	¿En qué medida su problema de deglución interfiere con su disfrute o calidad de vida?

Para su aplicación se recomienda tomar en cuenta 2 aspectos: 1) Buenos niveles de sensibilidad y especificidad; y 2) Facilidad y practicidad en la ejecución y respuesta del cuestionario por parte del personal y del paciente. En virtud de lo mencionado antes, recomendamos que como encuesta para screening se aplique la encuesta **swallowing disturbance questionnaire**.

## 1.2. Pruebas de ingesta

Existen pruebas básicas de ingesta, se realizan con la finalidad de otorgar mayor fuerza al screening, previo a conducir al paciente a los estudios instrumentales. Entre las principales, están:

- Test de deglución de agua de DePippo<sup>14</sup>: consiste en dar a beber al paciente 3 onzas de agua (90 ml) contenida en un vaso o jarro. Se solicita que lo beba de una sola vez, se observa si presenta tos, esta puede ocurrir durante la ingesta o hasta 1 minuto después, también observar disfonía o voz húmeda (cambio en el tono de

la voz por la presencia de agua entre las cuerdas vocales). Este test tiene una sensibilidad de 94% y una especificidad de 30% en la detección de aspiración de material alimenticio hacia la vía aérea<sup>15</sup>, llamó la atención que un resultado negativo no descarta que el paciente esté aspirando durante sus comidas.

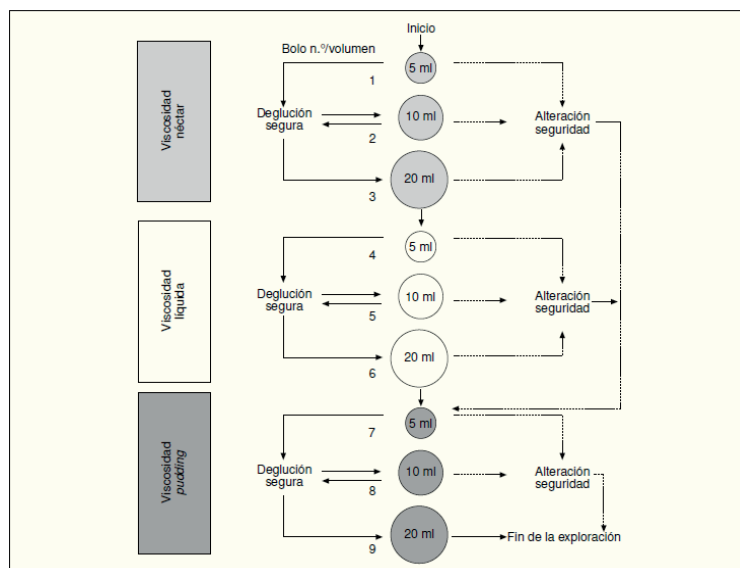
- Test de deglución de agua de Kidd15: Para la realización de esta prueba, se solicita al paciente que beba 50 ml de agua dividido en 10 partes de 5 ml cada una. La prueba es positiva si el paciente presenta atragantamiento, tos o alteración de la voz. Por el contrario, se califica la prueba como negativa si fue capaz de deglutir 50 ml de agua con normalidad. Los autores correlacionaron la presencia de sensación faríngea normal o alterada, con la probabilidad de tener episodios de aspiración. Con sensación faríngea normal, la prueba tuvo una sensibilidad de 100% y una especificidad de 60% para predecir ausencia de aspiración. Con sensación faríngea alterada, la sensibilidad y especificidad fue de 64 % y el 80

%, respectivamente (IC del 95 %: 59-93 % para aquellos con disfagia y 13-65 % para aquellos sin disfagia)<sup>16</sup>.

• **Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad<sup>16</sup>:** este método de screening utiliza tres series de bolos de 5, 10 y 20 ml y de viscosidad néctar, líquida y pudding; la exploración se inicia por la viscosidad media y un volumen bajo para proteger al paciente, la exploración progresa mediante la administración de bolos de creciente dificultad hasta que el paciente presenta signos de aspiración. Si el paciente presenta desaturación de oxígeno

no o signos clínicos de alteración de la seguridad, se interrumpe la serie y se pasa a una serie de viscosidad superior. Esta técnica de screening nos permite identificar y seleccionar a los casos que se debe estudiar con métodos instrumentales. El algoritmo detallado para la ejecución de este método diagnóstico se presenta en el gráfico No. 117. Para la realización de esta prueba, se requiere personal adecuadamente entrenado. Cuando el test es correctamente realizado, la sensibilidad en el diagnóstico de la seguridad y la eficacia de la deglución son del 88,1 y 89,8%, respectivamente<sup>16,17</sup>.

**Gráfico 1.** Método de exploración clínica volumen-viscosidad<sup>16</sup>



• The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST): El desarrollo de esta herramienta de screening se inspiró en las limitaciones existentes en las pruebas antes descritas<sup>19</sup>. El grupo de investigación de Rosemary Martino diseñó una metodología basada en una extensa revisión sistemática en la que se tomó en cuenta 49 pruebas clínicas individuales, usadas como métodos de cribado para en el diagnóstico de disfagia. De ese número, luego de un análisis en el que se analizó la mejor evidencia disponible, se determinó que solo cinco ítems mostraron potencial para predecir con precisión la

disfagia: la disfonía o tos durante la prueba de 50 ml de agua descrita por Kidd y colaboradores<sup>15</sup>, la alteración en la sensibilidad faríngea<sup>25,26</sup>, la alteración del movimiento lingual, la calidad de voz antes y después de la prueba.

Para la realización del TOR-BSST, se debe disponer de formularios específicos, estos no están disponibles debido a que, a criterio de los diseñadores de este protocolo, el personal involucrado deberá previamente haber realizado un entrenamiento online. (<https://swallowinglab.com/tor-bsst/>).

Del análisis realizado con las 4 pruebas de ingesta mencionadas en este texto, recomendamos utilizar TEST DE DEGLUCIÓN DE AGUA DE KIDD, sin embargo, consideramos que el TOR-BSST, por ser más preciso, deberá ser adoptado tan pronto como como esto sea posible.

## **2. Metodos diagnósticos instrumentales**

Para la descripción de los métodos instrumentales de diagnóstico, es necesario primeramente considerar el tipo de disfagia al que nos referimos, orofaríngea o esofágica.

### **2.1. Disfagia orofaríngea**

Los estudios instrumentales para evaluar la disfagia orofaríngea son dos: videofluoroscopia de la deglución (VFD) y la evaluación nasolaringoscópica de la deglución (END)<sup>18</sup>.

#### **2.1.1. Videofluoroscopia de la deglución (vfd)**

La VFD es un estudio dinámico que evalúa la anatomía y la función de la cavidad oral, faringe y la apertura del esfínter esofágico superior (EES), incluye vistas laterales y antero-posteriores en video obtenidas mientras el paciente deglute diferentes consistencias de bolos de bario<sup>5,23,24</sup>. Las imágenes estáticas y dinámicas obtenidas con este estudio, aportan datos invaluable sobre el comportamiento del bolo durante la deglución. Debe ser dirigida por un terapeuta de deglución<sup>19</sup>. Esta prueba, junto con la END son los mejores estudios para evaluar objetivamente la disfagia orofaríngea<sup>20,27</sup> y son considerados como el gold standard en el diagnóstico<sup>19,24</sup>.

#### **2.1.2. Evaluación nasolaringoscópica de la deglución (end)**

La END es una prueba que combina la nasolaringoscopia flexible y la administración

de bolos de alimentos en diferentes consistencias<sup>24,41</sup>, con esta prueba es posible examinar la sensibilidad, anatomía y fisiología de la región, al mismo tiempo que se puede observar el comportamiento del bolo alimenticio.

Este estudio aporta abundante y valiosa información, evalúa bien el comportamiento del bolo alimenticio durante su permanencia y tránsito, desde la cavidad bucal hacia la faringe y en el período postdeglutorio, sin embargo, tiene una limitación. Una vez que se inicia la fase faríngea de la deglución, no es posible ver el avance del bolo alimenticio, debido a que ocurre el cierre secuencial del velo del paladar, de la orofaringe, la elevación hiolaríngea y el cierre laríngeo, estos fenómenos comprimen la luz faríngea, impidiendo la visión. Este breve “apagón” se produce durante la cima de la fase faríngea de la deglución<sup>41</sup>. Inmediatamente antes del apagón es posible observar el desplazamiento posterior de la base de la lengua y el movimiento medial de las paredes faríngeas laterales, pero, durante este momento, no son visibles la retracción de la lengua, la contracción muscular de las paredes laterales de la faringe, la elevación de la laringe, la inversión de la epiglotis y la apertura del EES<sup>41</sup>.

El otorrinolaringólogo entrenado en la evaluación de la disfagia, se encargará de la ejecución de este examen y debe estar acompañado de la terapeuta de disfagia, los dos profesionales deben regirse a un protocolo de realización de esta prueba<sup>42</sup> y elaborar un informe detallado, en este debe describirse todos los hallazgos usando scores como el de residuos de Yale<sup>43</sup> y el de penetración-aspiración (PAS)<sup>44</sup>. Debe registrar un diagnóstico preciso basado en escalas de severidad, recomendamos el uso de la escala de FOIS<sup>45</sup>; finalmente, es importante consignar las recomendaciones de tratamiento, terapia y seguimiento.

## 2.2. Disfagia esofágica

La evaluación y tratamiento de la disfagia de origen esofágico es competencia del Servicio de Gastroenterología, los estudios más importantes para establecer el diagnóstico son los siguientes<sup>27</sup>:

2.2.1. La endoscopía digestiva alta

2.2.2. El tránsito baritado esofágico / videofluoroscopia de deglución

2.2.3. La manometría esofágica de alta resolución

El protocolo de aplicación de estos y otros exámenes es competencia del médico gastroenterólogo, por tanto, su protocolo de manejo estará a cargo del Servicio de Gastroenterología.

### Tratamiento

El tratamiento de la disfagia orofaríngea tiene como objetivos principales el mejoramiento de la seguridad y la eficacia de la deglución, por tanto, debe promover la disminución del riesgo de aspiración de contenido hacia la vía respiratoria y asegurar un adecuado soporte nutricional e hídrico. Para el efecto, se combinan medidas compensatorias, estrategias de rehabilitación biomecánica y ajustes dietéticos, estas medidas deben ser seleccionadas de una manera individualizada según los hallazgos de la evaluación clínica e instrumental de cada paciente<sup>30,31</sup>.

El tratamiento de la disfagia orofaríngea debe ser integral, el manejo debe estar estructurado en un trabajo conjunto entre los terapeutas y los especialistas médicos. Desde el punto de vista del terapeuta busca dos objetivos: aplicar medidas compensatorias e implementar rehabilitación biomecánica, esto se consigue mediante tres tipos de intervenciones: 1. Manejo y modificación del bolo; 2. Posturas y maniobras de deglución y 3. Terapia de rehabilitación y otras intervenciones.

## 1. Manejo y modificación del bolo

La modificación de la consistencia de alimentos y líquidos constituye uno de los pilares del tratamiento de la disfagia. Estas intervenciones buscan optimizar el control del bolo, reducir el riesgo de aspiración y facilitar un tránsito seguro a través de la orofaringe<sup>32,33</sup>.

El uso del marco IDDSI permite estandarizar las texturas y consistencias, disminuyendo la variabilidad en la preparación de los alimentos y favoreciendo la comunicación entre los distintos miembros del equipo de salud<sup>32</sup>.

Corresponde al profesional clínico recomendar los alimentos y bebidas más adecuados para cada paciente, basándose en una evaluación clínica integral<sup>30</sup>.

## 2. Posturas y maniobras de deglución

Las posturas y maniobras deglutorias se utilizan con el propósito de mejorar la seguridad y la eficiencia del tránsito del bolo durante la deglución<sup>30</sup>.

## 3. Terapia de rehabilitación y otras intervenciones

La rehabilitación de la disfagia tiene como finalidad mejorar la fuerza, coordinación y resistencia de las estructuras implicadas en la deglución<sup>34</sup>.

El trabajo del equipo médico busca reducir el riesgo de aspiración y garantizar un soporte nutricional adecuado<sup>30,31,35</sup>. Para esto, existen algunos procedimientos quirúrgicos como los siguientes: 1. La traqueotomía, 2. La colocación de sonda nasogástrica (SNG) o de gastrostomía (SG), 3. Cirugía para medialización de cuerdas vocales, 4. Cirugías para tratar la disfunción del músculo cricofaríngeo (MCF) y el divertículo de Zenker (DZ). Todas estas intervenciones deben individualizarse para cada caso basado en los hallazgos clínicos e instrumentales.

## 1. Traqueotomía:

En pacientes con disfagia severa, e incapacidad para el manejo de secreciones, la traqueotomía está indicada como tratamiento, tiene la finalidad de impedir la aspiración de secreciones y facilitar, mediante succión, la extracción de estas del árbol traqueo-bronquial. Sin embargo, puede constituir un arma de doble filo. Impide que el paciente sufra aspiración de secreciones hacia la vía aérea, pero dificulta y altera los procesos motrices y sensitivos durante la deglución.

Las indicaciones, para la colocación de cánula de traqueotomía, así como para su retirada (decanulación), siguen lineamientos precisos descritos en los protocolos específicos de manejo del paciente traqueotomizado<sup>28,37</sup>.

## 2. Sonda nasogástrica - gastrostomía

La colocación de una sonda nasogástrica (SNG) no es un procedimiento quirúrgico, la mencionamos en esta sección porque es una intervención importante en el proceso de tratamiento de un paciente con disfagia.

El paciente con disfagia tiene riesgo de sufrir desnutrición, por tanto, uno de los aspectos más importantes del tratamiento es asegurar un adecuado soporte nutricional.

La adopción de este medio de alimentación puede ser necesaria, no solamente por las razones antes mencionadas, sino también en casos en los que la alimentación por vía oral pone en riesgo al paciente de sufrir aspiración, en tales situaciones está indicado formalmente<sup>37</sup>.

Las indicaciones para la colocación de una SNG o de gastrostomía (SG) tienen lineamientos específicos. Sí la incapacidad para la alimentación por vía oral es temporal y se estima que demorará entre 1 y 2 meses, se indica una SNG, pero, si la incapacidad del paciente va a ser mayor a 2 meses o permanente, se debe indicar una SG<sup>28,38</sup>.

## 3. Técnicas de medialización de cuerdas vocales

La insuficiencia glótica puede contribuir al apareamiento de una disfagia, esta es ocasionada, entre otras causas, por una parálisis unilateral de cuerda vocal (PCV) por lesión del nervio laríngeo recurrente (NLR). Esto, además de producir disfonía, también ocasiona déficit motriz de los músculos faringolaríngeos y disminución en la sensibilidad laríngea, problemas impactan negativamente en la deglución. La PCV tiene múltiples causas<sup>39</sup>, las iatrogénicas e idiopáticas son las más frecuentes, las primeras son ocasionadas por lesión del NLR en cirugías cervicales (tiroidectomía, extirpación de tumores de cuello, etc.), la causa idiopática, se la denomina así, cuando después de los respectivos estudios de diagnóstico, no ha podido explicarse su causa.

Las técnicas de medialización pueden ser de 2 tipos: la tiroplastia tipo I y la inyección cordal. La primera se realiza colocando por vía externa, entre el cartílago tiroides y la cuerda vocal (CV), un implante, con el fin de proyectar esta hacia la línea media; la segunda se realiza por vía endoscópica o percutánea, consiste en inyectar un material denso (autólogo o sintético), lateral a la CV paralizada, el abultamiento producido la lleva hacia la línea media. Estos procedimientos promueven el cierre glótico mejorando tanto la disfonía como la disfagia.

La tiroplastia tipo I es considerada como el gold-standard del tratamiento quirúrgico de las aspiraciones debidas a esta causa<sup>28,40</sup>.

## 5. Técnicas para tratar la disfunción del musculo cricofaríngeo (mcf) y el divertículo de zenker (dz)

Al final de la fase faríngea de la deglución, el EES, constituido por el MCF, debe relajarse para producir su apertura, la disfunción de este esfínter impide su apertura. Este problema se trata mediante algunos tipos

de procedimientos: dilatación con bujías o balones, miotomía del MCF o inyección de toxina botulínica<sup>28</sup>. Todos tienen el fin de abrir el EES y facilitar la transición de la fase faríngea a la esofágica de la deglución.

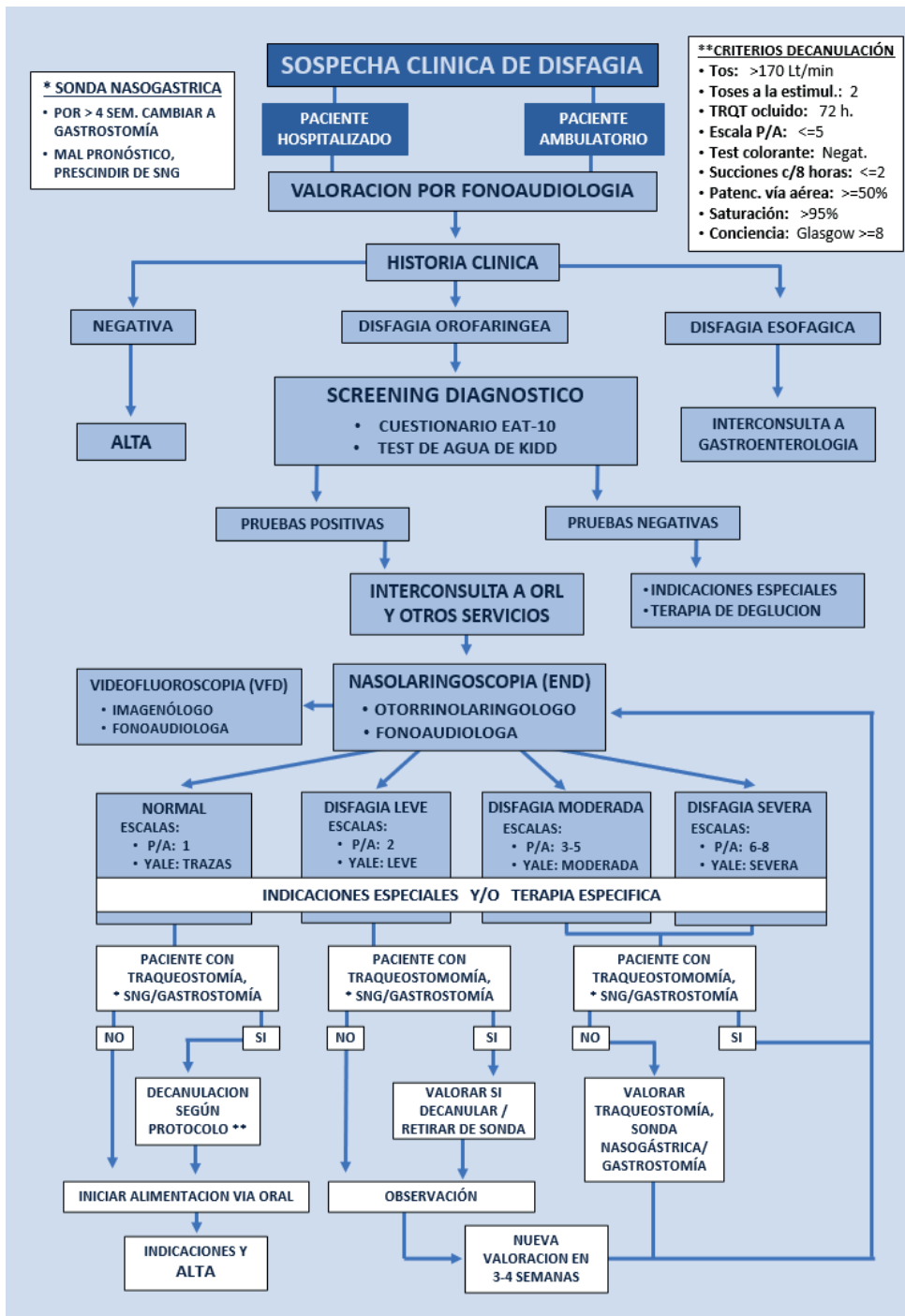
El DZ, patología asociada a la disfunción del MCF, es una herniación de la pared del EES ocasionando una bolsa en la que se acumula el material deglutido. La cirugía de

corrección del DZ consiste en marsupializar esta bolsa, formando así una cavidad única<sup>28</sup>.

**Manejo:**

De acuerdo a lo que se ha descrito en este documento, el proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente con disfagia, se detallado en el siguiente algoritmo: Gráfico No. 2

**Gráfico 2.** Algoritmo de manejo del paciente con disfagia



## Bibliografía

1. **Sebastián Domingo J.** Los nuevos criterios de Roma (IV) de los Trastornos Funcionales Digestivos en la práctica clínica. Disponible en: [https://zaguan.unizar.es/record/76043/files/texto\\_completo.pdf](https://zaguan.unizar.es/record/76043/files/texto_completo.pdf)
2. **Holland G, Jayasekeran V, Pendleton N, Horan M, Jones M, Hamdy S.** Prevalence and symptom profiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of an elderly population: a self reporting questionnaire survey. *Dis Esophagus* 2011;24:476–80.
3. **Roden D.** Altman Kenneth, Causes of Dysphagia Among Different Age Groups. A Systematic Review of the Literature. In: *Otolaryngologic clinics of North America*. Elsevier. Dec 2013, 965-987.
4. **Pikus L, Levine MS, Yang YX, Rubesin SE, Katzka DA, Laufer I, et al.** Videofluoroscopic studies of swallowing dysfunction and the relative risk of pneumonia. *AJR Am J Roentgenol*. 2003;180:1613–16.
5. **E. Berryhill McCarty, MAa , Tiffany N. Chao, MD.** Dysphagia and Swallowing Disorders. In: *North American Clinics of North America, An Update in ENT for Internists*, Elsevier, 2021; 105: 939-954.
6. **Madroñero-Miguel B, Carpena-Niño MG,** Factores de Riesgo de la Disfagia en la Tercera Edad: Una Revisión Bibliográfica de Estudios Observacionales. *JOMTS*. 2021; 3(2):m33.
7. **Yang C, Pan Y.** Risk factors of dysphagia in patients with ischemic stroke: A metaanalysis and systematic review. *PLoS ONE*. 2022. 17(6): e0270096.
8. **Espinosa-Val MC, Martín-Martínez A, Graupera M, Arias O, Elvira A, Cabré M, Palomera E, Bolívar-Prados M, Clavé P, Ortega O.** Prevalence, Risk Factors, and Complications of Oropharyngeal Dysphagia in Older Patients with Dementia. *Nutrients* 2020, 12, 863.
9. **E. Berryhill McCarty, MAa , Tiffany N. Chao, MD.** Dysphagia and Swallowing Disorders. In: *North American Clinics of North America, An Update in ENT for Internists*, Elsevier, 2021; 105: 939-954.
10. **Heart and Stroke Foundation of Ontario.** Improving recognition and management of dysphagia in acute stroke: A vision for Ontario. 2002.
11. **Peter C. Belafsky, MD, PhD et al.** Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*. 2008 117(12):919-924.
12. **Cohen JT, MD; Yael M, PhD,** Swallowing Disturbance Questionnaire for Detecting Dysphagia. *Laryngoscope*, 2011, 121:1383–1387.
13. **Wallace KL et al.** Development and Validation of a Self-report Symptom Inventory to Assess the Severity of Oral-Pharyngeal Dysphagia. *Gastroenterology*. 2000; 118:678–687.
14. **DePippo KL et al,** Validation of the 3-oz Water Swallow Test for Aspiration Following Stroke. *Arch-Neurol*. 1992. 49: 1259-1261
15. **Kidd D. et al.** Aspiration in acute stroke: a clinical study with videofluoroscopy. *Quarterly journal of Medicine*, 1993; 86:825-829
16. **Clavé P et al.** Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clinical Nutrition* (2008) 27, 806-815
17. **Clavé P et al.** Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. *Cir Esp*. 2007;82(2):62-76
18. **Guzmán MJ, Dulbecco M.** Abordaje del paciente con disfagia. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2020; 50:42-50.
19. **Giraldo-Cadavid LF et al.** Accuracy of Endoscopic and Videofluoroscopic Evaluations of Swallowing for Oropharyngeal Dysphagia (Systematic Review). *Laryngoscope*. 2017 Sep;127(9):2002-2010.
20. **Speyer R,** Oropharyngeal Dysphagia. Screening and Assessment. In: *Otolaryngologic clinics of North America*. Elsevier. Dec. 2013. 46:6: 989-1008.
21. **Prikladnicki A, Grassi Santana M, Cardoso MC.** Protocols and assessment procedures in fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing: an updated systematic review. *Braz J Otorrinolaringología*. *Braz J Otorrinolaringología*. May-June 2022;88(3):445-470.
22. **Baijens LWJ, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, Leners JC, Masiero S, Nozal JM, Ortega O, Smithard DG, Speyer R, Walshe M.** European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging* 2016: 11
23. **Rofes L, Arreola V, Mukherjee R, Clave P.** Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume-Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterol Motil*. 2014;26(9):1256–1265.

24. **Kidd D, Lawson J, Nesbitt R, MacMahon J.** Aspiration in acute stroke: A clinical study with videofluoroscopy. *Q J Med.* 1993; 86:825– 829.
25. **Martino R, Pron G, Diamant NE.** Screening for oropharyngeal dysphagia in stroke: Insufficient evidence for guidelines. *Dysphagia.* 2000; 15:19–30.
26. **Martino R, Silver F, Teasell R, Bayley M, Nicholson G, Streiner D, Diamant N,** The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST). Development and Validation of a Dysphagia Screening Tool for Patients with Stroke. *Stroke.* 2009 Feb;40(2):555-61. 2008 Dec 12.
27. **Erman A. et al.** Tránsito esofágico Modificado. En: Chhetri D, Dewan K. Evaluación y manejo de la Disfagia en Otorrinolaringología. Elsevier, 2020. 64-72.
28. Rodríguez Acevedo MN, González Paz T, Fernández Vázquez A, DISFAGIA Y TRAQUEOTOMÍA. En: Disfagia Orofaringea: Actualización y Manejo en Poblaciones Específicas. Sociedad Gallega de Otorrinolaringología y Patología Cérvico Facial. 2018, 1ra edición. Formato digital en: [http://sgorl.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=146&Itemid=520](http://sgorl.org/index.php?option=com_content&view=article&id=146&Itemid=520) 189-195
29. Warnecke T, Suntrup S, Teismann,IK, Hamacher C, Oelenberg S, Dziewas R. Standardized Endoscopic Swallowing Evaluation for Tracheostomy Decannulation in Critically Ill Neurologic Patients. *Critical Care Medicine.* July 2013, 41 (7),1728-42.
30. Logemann JA. Evaluation and treatment of swallowing disorders. 2nd ed. Austin (TX): Pro-Ed; 1998. p. 1–312.
31. Groher ME, Crary MA. Dysphagia: clinical management in adults and children. 2nd ed. St. Louis (MO): Elsevier Mosby; 2016. p. 1–448.
32. **Cichero JAY, Steele CM, Duivesteyn J, Clavé P, Chen J, Kayashita J, et al.** The need for international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened liquids used in dysphagia management. *Dysphagia.* 2013;28(2):282–295.
33. **Steele CM, Alsanei WA, Ayanikalath S, Barbon CEA, Chen J, Cichero JAY, et al.** The influence of food texture and liquid consistency modification on swallowing physiology and function: a systematic review. *Dysphagia.* 2015;30(1):2–26.
34. **Langmore SE, Pisegna JM.** Efficacy of exercises to rehabilitate dysphagia: a critique of the literature. *International Journal of Speech-Language Pathology.* 2015;17(3):222–229.
35. **Robbins J, et al.** Swallowing and dysphagia rehabilitation. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research Volume 51, Number 1, 2008,* Pages S276-S300
36. **Enrichi C, Battel I, Zanetti C, Koch I, Ventura L, Palmer K, Meneghello F, Piccione F, Rossi S, Lazzeri M, Sommariva M, Turolla A.** Clinical Criteria for Tracheostomy Decannulation in Subjects with Acquired Brain Injury. *Respiratory Care,* October 2017, 62 (10), 1255-63.
37. **Chagas de Medeiros G, Chiarion Sassi F, Lirani-Silva C,** Furquim de Andrade CR. Critérios para decanulação da traqueostomia: revisão de literatura. *CoDAS* 2019;31(6), 1-9. Online Version in: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018228>.
38. **Mendez-Sánchez IM, López-Vega MC, Pérez-Aiza A.** Disfagia Orofaringea. Algoritmo y Técnicas Diagnósticas. *RAPD online.* Sociedad Andaluza de Patología Digestiva. Mayo-junio 2017, 40 (3), 132-140. Online version in: <https://www.sapd.es/rapd/2017/40/3>.
39. **Shingo Takano, Takaharu Nito, Noriko Tamaruya, Miwako Kimura, Niro Tayama.** Single institutional analysis of trends over 45 years in etiology of vocal fold paralysis. *Auris Nasus Larynx* 39 (2012) 597–600.
40. **Carrau RL, Murry T.** Evaluation and management of adult dysphagia and aspiration. *Curr Opin Otolaryngol Head and Neck Surg* 2000;8:489–496.
41. **Chhetri D, Dewan K.** Estudio endoscópico flexible de la deglución. En: Chhetri D, Dewan K. Evaluación y manejo de la Disfagia en Otorrinolaringología. Elsevier, 2020. 45-48
42. **Vallejo JC.** Protocolo de la Unidad de Disfagia – Hospital Metropolitano PRT/DMED-CIR-OTO 002, Version 2, febrero 2026.
43. **Neubauer PD, Rademaker AW, Leder SB.** The Yale Pharyngeal Residue Severity Rating Scale: An Anatomically Defined and Image-Based Tool. *Dysphagia* (2015) 30:521–528
44. **Rosenbek J. C., PhD, Robbins J. A., PhD, Roecker E. B. PhD, Coyle J. L. MA, Wood J.L., MS.** A Penetration-Aspiration Scale. *Dysphagia* 11 (1996):93-98.
45. **Burgoa S.Murciego P.** Severity scales of the dysphagia: importance of its use in speech therapy. Universidad de Valladolid, Monografía Fin de Grado. Junio 2019.

**Cómo citar:** Vallejo JC, Almeida C. Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de disfagia orofaríngea en adultos. *MetroCiencia* [Internet]. 30 de marzo de 2026;34(1):54-64. Disponible en: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol34/1/2026/54-64>