

4. TRASTORNOS DEL ESÓFAGO Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN

DISFAGIA

La disfagia es la sensación subjetiva de dificultad para la deglución, debida a una mala progresión de lo ingerido desde la faringe hasta el estómago, y puede acompañarse de dolor. El transporte de líquidos y sólidos puede estar impedido por lesiones orgánicas de la faringe, el esófago, los órganos adyacentes, o por trastornos funcionales del sistema nervioso y la musculatura.

La disfagia se clasifica en orofaríngea y esofágica. Una detallada historia clínica y una correcta exploración física aportarán datos suficientes para determinar el origen hasta en un 80% de los casos. En ambos tipos puede haber causas de naturaleza orgánica o funcional:

- ▶ La *disfagia faríngea* se observa en pacientes con trastornos neurológicos o musculares como dermatomiositis, miastenia grave, distrofia muscular, lesiones del sistema nervioso central, etc. Presentan a menudo regurgitación nasal o aspiración traqueal seguida de tos. La aspiración repetida de material digestivo al árbol bronquial puede conducir a enfermedad pulmonar crónica.
- ▶ La *disfagia esofágica* puede deberse a procesos obstructivos como tumores, úlceras, estenosis pépticas, o ser producida por trastornos motores que alteran el peristaltismo esofágico y la función del esfínter esofágico inferior (EEI), como acalasia y esclerodermia. También producen disfagia esofágica los órganos adyacentes que pueden comprimir el esófago como el agrandamiento de la aurícula izquierda, el aneurisma de aorta, el tiroides retroesternal y tumores pulmonares.

El dolor torácico de origen esofágico puede producirse por la presencia de ácido en el esófago debido a reflujo gastroesofágico, o dolor a la deglución por esofagitis, tumores, infecciones, o dolor espontáneo en los trastornos motores que simula una angina de pecho. La combinación de disfagia y dolor torácico orienta hacia un origen esofágico, y su tratamiento es causal.

En la tabla I se recogen las principales diferencias entre los dos tipos de disfagia según su etiología y manifestaciones clínicas, que pueden ser claves para hacer el diagnóstico diferencial.

Tabla I. Diferencias entre disfagia orofaríngea y esofágica

	DISFAGIA OROFARÍNGEA	DISFAGIA ESOFÁGICA
Etiología	Alteraciones funcionales neuromusculares	Alteraciones orgánicas y funcionales
Manifestaciones clínicas: Localización y síntomas acompañantes	Cuello	
	Problemas para masticar	
	Escape de comida por la boca y sialorrea	Región esternal y/o cuello
	Disastria	Regurgitación tardía
	Regurgitación nasal	Dolor torácico
	Regurgitación oral inmediata	Pirosis
	Aspiración: tos y asfixia	
Disfonía		
Valoración riesgo deglución	Inmediata	Generalmente, no inmediata



4. TRASTORNOS DEL ESÓFAGO Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN

A la hora de plantear el tratamiento, lo primero que hay que hacer es garantizar una nutrición adecuada del paciente sin riesgo de complicaciones, en particular la aspiración pulmonar y la impactación esofágica, sea cual sea el tipo de disfagia. Para ello en ocasiones sólo es necesario utilizar medidas que mejoren la deglución:

- ▶ Cambios en la dieta: son mejores las dietas de consistencia semisólida con líquidos espesados, tomadas en pequeñas cantidades.
- ▶ Cambios en la postura durante la deglución y de la técnica de la deglución.
- ▶ Cambios en los volúmenes de los bolos: se toleran en principio pequeñas cantidades de alimentos por vía oral, se aumentan los volúmenes según la rehabilitación vaya progresando.

Si esto no fuera eficaz, se podría plantear la miotomía (seccionar un músculo para acceder a los tejidos subyacentes o para aliviar la sintomatología provocada por el exceso de contracción, como en la espasticidad), aunque sólo alivia al 50% de los pacientes. En otros casos sólo es posible un tratamiento paliativo que permita la nutrición del paciente.

ACALASIA

La acalasia es un desorden que provoca que el esfínter esofágico inferior no se relaje en el momento en que el alimento pasa del esófago al estómago. Como resultado, el esófago se dilata y se llena de alimento. Esto provoca que el alimento llegue muy lentamente al estómago.

Cursa con disfagia de larga evolución intermitente para sólidos y líquidos. Con mucha frecuencia, esta enfermedad viene acompañada de pirosis, dolor en el pecho durante la ingestión de alimentos, salivación intensa y regurgitación de alimento, y tos de predominio nocturna. Puede haber desnutrición y pérdida de peso si la disfagia es importante, el esófago inferior se distiende debido a que tanto los alimentos como los líquidos no pueden llegar al estómago.

Tratamiento

Si presentan bajo riesgo quirúrgico, la opción costo-efectiva es la de realizar dilataciones neumáticas (al menos 2) y si fracasa cirugía. En la práctica, con los pacientes jóvenes se prefiere comenzar directamente por la cirugía.

El tratamiento farmacológico es poco eficaz, indicado en pacientes no susceptibles de otro tratamiento incluye: calcioantagonistas (nifedipino: 10 mg oral o sublingual antes de la ingesta o verapamilo) o, si el paciente refiere dolor torácico, dinitrato de isosorbide (5 mg oral o sublingual antes de las comidas o 20 mg retard cada 12 horas).

Los nitratos pueden provocar cefalea, vértigo e hipotensión que impiden la conducción. El verapamilo puede producir bradicardia, hipotensión, bloqueo A-V e insuficiencia cardiaca. El nifedipino favorece la aparición de taquicardia, hipotensión arterial, cefalea, y puede limitar la capacidad de reacción, por lo que debe tomarse con precaución al conducir.

La *toxina botulínica* es una técnica muy segura sin complicaciones de interés que se administra por vía endoscópica. Tiene mayor éxito terapéutico en mayores de 50 años y en la acalasia vigorosa (éxito del 100%).



4. TRASTORNOS DEL ESÓFAGO Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN

**SDM DE MALLORY-WEISS**

El síndrome de Mallory-Weiss se caracteriza por la laceración del esófago distal y del estómago proximal, durante episodios de vómitos, arcadas o hipo.

Se manifiesta con una hemorragia de origen arterial gastroesofágica. El pronóstico suele ser bueno y en la mayoría de los casos es suficiente el tratamiento médico conservador. Los desgarros suelen cicatrizar de 10 a 12 días sin ningún tratamiento especial.

Pueden administrarse inhibidores de la secreción gástrica (en particular, inhibidores de la bomba de protones IBP).

Cuando la hemorragia no cesa, está indicada la cauterización o la fotocoagulación endoscópica. Raras veces se requiere cirugía para suturar el desgarro.

SENSACIÓN DE GLOBO

La sensación de globo es una sensación subjetiva de nudo o bulto en la garganta, que se asocia con frecuencia a trastornos emocionales o ansiedad. El tratamiento se basa en confirmar que no hay enfermedad orgánica responsable y en tranquilizar al paciente. La depresión, la ansiedad y otras alteraciones de la conducta subyacentes deben tratarse con consulta psiquiátrica si es necesario.

HALITOSIS

La halitosis se define como el olor desagradable que procede del aliento de una persona. Al no haber criterios diagnósticos que la definan se desconoce su prevalencia, aunque es un problema social y un síntoma frecuente en atención primaria que no siempre se consulta.

La eliminación o el tratamiento de las causas específicas son eficaces. Muchos casos son halitosis imaginarias o psicógenas asociadas a ansiedad, que requieren tratamiento específico.

Consejo sobre disfagia para la conducción

- ▶ No se debe comer cuando se conduce. El conductor se distrae y las manos están ocupadas en algo que no es el volante o los mandos del vehículo.
- ▶ El paciente con disfagia tiene el riesgo añadido de aspiración con un episodio brusco de tos y ahogo y la consiguiente pérdida de control del vehículo.
- ▶ Para tomar alimentos o bebidas, el vehículo se debe encontrar parado sin interferir el tráfico.

Consejo sobre síndrome de Mallory-Weiss y conducción

- ▶ Con hemorragia activa o herida esofagogástrica no cicatrizada no se puede conducir.
- ▶ El médico, ante la evolución favorable del paciente y la comprobación de ausencia de lesiones, indicará el momento en el que el paciente puede volver a conducir, e informará de ello.

4. TRASTORNOS DEL ESÓFAGO Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN



Consejo sobre sensación de globo y conducción

- ▶ Esta sensación no interfiere la conducción por sí misma, pero con frecuencia los trastornos psiquiátricos asociados y el tratamiento sí la dificultan.
- ▶ El paciente debe conocer los efectos secundarios de los medicamentos.
- ▶ El médico, en caso necesario por los síntomas emocionales del paciente, desaconsejará la conducción hasta la mejoría clínica.

Consejos sobre la halitosis y la conducción

- ▶ La halitosis no interfiere en la conducción, salvo que los conductores se agobien cuando llevan acompañantes en el vehículo.
- ▶ Conducen con las ventanillas bajadas, girando la cabeza a la izquierda en actitud forzada y buscando permanentemente caramelos de menta o chicles por el vehículo. Esta situación provoca con frecuencia falta de atención por distracción y ansiedad con peligro de provocar un accidente. Además, conducir con postura forzada disminuye el campo visual y el control del entorno.
- ▶ Si se instaura tratamiento médico con ansiolíticos, el paciente debe conocer el riesgo de somnolencia de estos medicamentos, que interfiere negativamente con la conducción.

Consejo sobre el dolor torácico de origen esofágico y la conducción

- ▶ El conductor que sufre un episodio de dolor torácico ya conocido debe inmediatamente parar el vehículo en una zona libre de tráfico, cambiar de postura y si lo tiene indicado, tomar la medicación prescrita por su médico.
- ▶ Con dolor torácico aparentemente banal no se puede conducir, ni intentar llegar conduciendo a urgencias. Se debe esperar a que desaparezca y si esto no sucede, debe pedir ayuda.
- ▶ Los medicamentos utilizados en ocasiones para los trastornos motores esofágicos pueden tener efectos secundarios que debe conocer el conductor, para que aumente su prudencia al volante.
- ▶ Se desaconseja la conducción si surgen reacciones adversas con los medicamentos que disminuyen la capacidad del conductor.