

Revisión: Disfagia en perros.

Review: Dysphagia in dogs.

Rodrigo Fravega P. MV.¹

Recibido: 20 de Octubre 2017

Aceptado: 22 de Noviembre 2017

Introducción

La cavidad oral, faríngea y esofágica pueden ser evaluadas como una cámara túbulo-muscular extensa contráctil, dividida por esfínteres. El bolo alimentario es propulsado a través de esta cámara gracias al aumento de presiones detrás del bolo y la presión negativa delante de él. Además de la coordinada apertura y cierre del esfínter esofágico superior. Cualquier anomalía funcional y/o anatómica en alguna de estas estructuras generará dificultad para tragar (Disfagia). Estas disfagias son relativamente frecuentes en perros (Causas, Tabla 1). Estos trastornos son mucho menos frecuentes en gatos, con la excepción de algunas causas estructurales como: Neoplasias, Gingivoestomatitis y otros procesos ulcerativos.

Signos clínicos

El observar a pacientes tragar sólidos y líquidos ofrece claves para el diagnóstico diferencial (Ver tabla 2). Así distinguimos:

Disfagia oral: Cuando hay debilidad o dolor botará la comida de la boca y volverá a intentar comerla. Si hay dolor unilateral el paciente desviará comida hacia el lado sano, puede o no botar comida y reintentar comerla. Si hay mucho dolor evitará comer, pero muestra interés. Ejemplos: Abscesos orales, periapicales, ulceras, neoplasias, Cuerpo extraño, hematomas, etc.

Disfagia faríngea: Repetidos intentos para tragar con movimientos exagerados de cabeza, generalmente hay tos, arcadas y en ocasiones se ve regurgitación nasal. La tos y la arcada en este escenario se define en la literatura como *gagging*. Aquí lo definiremos como atorarse o atragantarse. Algunos textos separan la disfagia faríngea en faríngea y cricofaríngea. La única

diferencia es que en el trastorno faríngeo (Debilidad muscular) no hay reflejo deglutorio y en el trastorno cricofaríngeo (Acalasia y asincronía/disinergia) si lo hay. Ejemplos: Acalasia cricofaringea, asincronía cricofaríngea y cualquier trastorno funcional (MG, Miositis, Hipotiroidismo e idiopático).

En la mayoría de los textos se mencionan los trastornos esofágicos como causas de Disfagia. Debido a que los signos esofágicos (Disfagia esofágica) son principalmente regurgitación y claramente distinguibles de las causas de disfagia orofaríngea, no se incluirán en esta revisión.

Los pacientes con disfagias crónicas o de causas neoplásicas presentan distintos grados de emaciación. En los trastornos faríngeos es frecuente observar signos respiratorios como rironrea, tos, incluso dificultad respiratoria, crepitaciones y fiebre, debido a broncoaspiración. Como algunos pacientes tienen trastornos neurológicos o musculares, pueden manifestar distintos grados de debilidad, compromiso de pares craneanos y/o alteración de pruebas posturales.

Diagnóstico

En los pacientes crónicos que iniciaron sus síntomas antes del año de edad uno de los principales diferenciales son la Acalasia cricofaríngea y la Asincronía o Disinergia. La disfagia se diagnostica clínicamente, sin embargo, la evaluación radiográfica con contraste, idealmente la Fluoroscopía, nos ayuda a diferenciar la Acalasia de la asincronía o disinergia. Estos pacientes tienen examen neurológico normal y diversos grados de compromiso respiratorio.

El paciente con disfagia oral requiere una apropiada evaluación orofaríngea bajo anestesia general para descarte de patología estructural.

¹Servicio de Medicina Interna – Gastroenterología, Hospital Veterinario de Santiago.

Causas frecuentes de Disfagia orofaríngea en perros	Frecuencia
Estructural	
Cuerpo extraño oro/faríngeo	Común
Hematoma oro/faríngeo	Común
Neoplasia/absceso	Común
Ingesta de corrosivo	Común
Estomatitis ulcerativa (IM, Uremia, periodontitis)	Común
Funcional	
Acalasia cricofaríngea	
Asincronía cricofaríngea	Común
	Raro
Polimiositis IM	Poco común
Miositis masticatoria	Poco común
MG localizada o generalizada	Poco común
Hipotiroidismo	Poco común
Compresión IX par	Poco común
Idiopático	Común

Tabla 1. Diagnósticos diferenciales para la disfagia en perros.

IM: Inmunomediado, MG: Miastenia gravis.

Signos	Disfagia oral	Disfagia faríngea	Disfagia cricofaríngea
Compromiso respiratorio	No	Si	Si
Reflejo deglutorio	Si	No	Si
Sialorrea	Si	A veces	A veces
Inhabilidad prensión de comida	Si	No	No
Repetidos intentos para tragar	No	Si	Si
Movimiento exagerado de cabeza	A veces	Si	Si
Bota comida de la boca	Si	A veces	A veces

Tabla 2. Diferencias clínicas en los diversos grados de disfagia.

En la disfagia faríngea es vital la búsqueda de trastornos neurológicos. Aunque su ausencia no descarta una patología neuromuscular focalizada, sobre todo en las disfagias faríngeas adquiridas. La ausencia de reflejo deglutorio sugiere debilidad de la musculatura faríngea. Ejemplos: MG focalizada o generalizada, Polimiositis o miositis masticatoria y compresión del IX par (Generalmente asociado a disfunción de VII, VIII, X, XI e inclusive XII par en meningiomas del ángulo cerebelopontino).

Además de las claves de la historia y el examen físico es indispensable un buen panel sanguíneo. Hemograma para evaluar repercusión de infección respiratoria, anemia que sume para Hipotiroidismo y otras comorbilidades. En casos específicos como hematoma oral o faríngeo se pedirá panel de coagulación. Perfil bioquímico para evaluar caquexia (Hipoalbuminemia) y buscar Hipercolesterolemia que sume para Hipotiroidismo. En pacientes mayores de ocho años se pedirá además orina completa y funcional para revisión de comorbilidades. Existen o no déficit neurológicos locales o generalizados se recomiendan niveles de CPK (Creatininfosfoquinasa), niveles de anticuerpos contra receptores de Acetilcolina (rACh), T4 total y TSH (*Thyroid-Stimulating Hormone*). Debido a que varios pacientes pueden tener enfermedad pulmonar grave se recomienda evaluación con Neurólogo veterinario según índice de sospecha. MG adquirida es una causa común de disfagia según algunos autores (Shelton, 2002). En un trabajo que incluyó bastantes perros con MG adquirida, 43% de los perros mostraron signos de disfagia faríngea y esofágica sin signos de debilidad generalizada (Shelton, Schule, and Kass, 1997). Otro trabajo identificó debilidad faríngea como único signo de MG en el 1% de los perros evaluados y signos de disfagia faríngea y megaesófago en el 14% de los gatos con MG localizada (Shelton, Ho, and Kass, 2000).

Tratamiento

En disfagia oral se procederá al abordaje específico de la causa, ejemplo: Retiro de cuerpo extraño y drenaje de absceso. En hematoma investigación y tratamiento de la causa. En caso de patología de sospecha neoproliferativa se tomará biopsia y derivación a Oncología. En caso de patología dentaria se referirá a Odontología veterinaria al igual que si se encuentran lesiones ulcerativas sin sospecha de patología sistémica. En todo paciente con disfagia oral crónica se discutirá beneficio de tubo de alimentación. En los pacientes con disfagia faríngea/Cricofaríngea la gastrostomía (Tubo gástrico) es parte fundamental del tratamiento. En algunos casos de manera

vitalicia y en otros, hasta que se observe respuesta al tratamiento de la causa. No se recomienda tubo de esofagostomía (Salvo disfagia oral), ya que se ha visto que empeora los signos de disfagia en algunos pacientes. El tratamiento de las miositis, MG y el hipotiroidismo se discute en otros capítulos. En los casos de disfagia cricofaríngea se recomienda la miotomía cricofaríngea sólo si la Fluoroscopía diagnostica Acalasia y descarta asincronía o disinergia. Si la cirugía agrava la condición lo más probable es que no se haya diferenciado bien entre Acalasia y asincronía.

Pronóstico

En la disfagia oral la sobrevida depende de la causa precipitante. Los casos de disfagia faríngea ameritan un pronóstico reservado, debido a que sólo si se encuentra una causa tratable y en etapas precoces se verá un avance clínico significativo. Los casos idiopáticos y de asincronía cricofaríngea tienen un mal pronóstico a largo plazo, pese a que el tubo gástrico disminuye bastante la frecuencia de neumonía aspirativa y mejora el estado nutricional. Los casos de Acalasia tienen un buen pronóstico siempre y cuando la cirugía sea exitosa y no existan signos graves de neumonía.

Referencias Bibliográficas.

Marks S. Diseases of the Pharynx and Esophagus. In: Ettinger S, Feldman E, Cote E. Textbook of veterinary internal medicine. 8 Ed. Elsevier. St Louis, Missouri, USA; 2017: 3552.

Ryckman LR y colaboradores. Dysphagia as the primary clinical abnormality in two dogs with inflammatory myopathy. J Am Med Vet Assoc; 2005, 226: 1519.

Shelton G. Oropharyngeal Dysphagia. In: Bonagura J & Twedt D. Kirks Current veterinary therapy XV. Elsevier. St. Louis, Missouri, USA; 2014: e259.

Shelton G. Myasthenia gravis and disorders of neuromuscular transmission. Vet Clin North Am Small Anim Pract; 2002, 32: 189.

Shelton GD , Ho M , Kass PH. Risk factors for acquired myasthenia gravis in cats: 105 cases (1986-1998). J Am Vet Med Assoc; 2000, 216 : 55.

Shelton GD , Schule A , Kass PH. Risk factors for acquired myasthenia gravis in dogs: 1,154 cases (1991-1995) , J Am Med Vet Assoc; 1997, 211: 1428.