



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADO**

**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
“DR. EDUARDO LICEAGA”**

**EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DE LA DISFAGIA EN EL SERVICIO DE
ENDOSCOPIA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

TESIS

**PARA OBTENER EL:
TÍTULO DE ESPECIALISTA**

**EN:
CIRUGÍA GENERAL**

**NÚMERO DE REGISTRO:
DESC/JPO-CT-1195-2022**

**PRESENTA:
PERLA MARGARITA ALEGRÍA ACUÑA**

**TUTOR DE TESIS:
DR. FELIPE RAFAEL ZALDÍVAR RAMÍREZ**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2022

Facultad de Medicina





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



ÍNDICE

RESUMEN ESTRUCTURADO	4
ANTECEDENTES	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
JUSTIFICACIÓN	9
HIPÓTESIS	10
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	10
GENERAL	10
ESPECÍFICOS	11
METODOLOGÍA	11
TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	11
POBLACIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA	11
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	12
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	14
PROCEDIMIENTO	15
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	16
CRONOGRAMA	16
ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD	17





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL
GENERAL
de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

RELEVANCIA Y EXPECTATIVAS	17
RECURSOS DISPONIBLES	17
RECURSOS HUMANOS	17
RECURSOS MATERIALES	18
RECURSOS FINANCIEROS	18
RECURSOS NECESARIOS	18
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN	25
CONCLUSIONES	26
REFERENCIAS	27
ANEXOS	28

Cirugía General
www.hgm.salud.gob.mx
Torre Quirúrgica 310

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Cuauhtémoc 06720

Con +52 (55) 2789 2000
1





EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DE LA DISFAGIA EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Antecedentes:

Disfagia hace alusión a la imposibilidad, impedimento, impotencia, dificultad o complicación de comer o tragar, se dice a un síntoma que consiste en la inviabilidad para el proceso de la deglución. La disfagia puede deberse a trastornos estructurales o neuromusculares del esófago. Los pacientes con trastornos estructurales del esófago suelen tener disfagia con sólidos solos, a diferencia de los pacientes con trastornos de la motilidad que presentan disfagia de alimentos líquidos y sólidos. Los trastornos estructurales incluyen afecciones inflamatorias y malignas. Las estenosis inflamatorias benignas son el resultado de la deposición de colágeno y tejido fibroso en pacientes con inflamación grave o crónica en el esófago, mientras que las estenosis malignas son el resultado del crecimiento tumoral luminal intrínseco o de la compresión esofágica extrínseca.

Se ha informado que las estenosis pépticas, una secuela de la ERGE, representan hasta el 80% de todas las estenosis esofágicas benignas 5.

Sin embargo, su incidencia parece haber disminuido en la última década debido al uso generalizado de inhibidores de la bomba de protones. Con el aumento informado en su prevalencia, la esofagitis eosinofílica (EoE) ahora se reconoce como una causa benigna común de disfagia.

Los trastornos de la motilidad que causan disfagia incluyen acalasia, espasmo esofágico difuso e hipomotilidad secundaria a esclerodermia y otros trastornos del tejido conectivo. Se espera centrarnos en la utilidad de la endoscopia en la evaluación diagnóstica, abordando algunas de sus etiologías más frecuentes





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL
GENERAL
de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

que acuden al servicio de endoscopia con disfagia, así como manejo terapéutico endoscópico en caso de que amerite procedimiento.

Objetivo: Se clasificarán los hallazgos endoscópicos de los casos con disfagia en la población asistente al servicio de Endoscopia de la torre quirúrgica, además de observar que patologías se vieron más beneficiadas tanto del abordaje diagnóstico y terapéutico realizado endoscópicamente.

Material y métodos: Se realizará un estudio retrospectivo, transversal, observacional en expedientes de pacientes que acudan a endoscopia con diagnóstico de disfagia del 1 de enero del 2019 al 31 diciembre del 2021. Describiendo y clasificando los hallazgos endoscópicos encontrados, etiología, terapéuticas aplicadas por endoscopia y complicaciones.

PALABRAS CLAVES: Disfagia, Disfagia orofaríngea, Disfagia esofágica, ERGE



1. ANTECEDENTES

La deglución es una de las funciones primordiales para nuestro organismo, ya que, a través de la misma, permite de forma fisiológica realizar una nutrición de manera segura y eficaz para nuestro cuerpo. ^{1,2}

El término Disfagia hace alusión a una imposibilidad, impedimento, **impotencia**, dificultad o complicación de comer o tragar, se dicea un síntoma que consiste en la **inviabilidad** para el proceso de la deglución. Este vocablo en su etimología viene del prefijo griego «δυσ» (dys) dificultad y del sufijo «fagia» con ella del griego «φαγία» (phagia) la acción de comer. ²

Los trastornos de la deglución comprenden un amplio grupo de alteraciones de afectan las diferentes estructuras implicadas en la función, entre ellas se menciona principalmente la disfagia.³

Son raros los estudios poblacionales que determinen la prevalencia de la disfagia, algunos estudios sugieren que la prevalencia de la disfagia esta entre el 16 y 22% de la población en general; a los pacientes de mediana edad afecta en un 13% y en la población anciana el 35% aproximadamente⁴. La mayoría de los estudios evalúan la disfagia en grupos etarios mayores de 50 años, haciendo énfasis que el mayor grupo afectado son los adultos mayores. ^{2,5-6}

Hay cinco estudios publicados que estiman la prevalencia de disfagia en la población general. El primero de estos estudios se publicó en 1981 y evaluó una muestra (n = 2329) de suecos de 55 años que informaron que el 27% con disfunción esofágica y el 13% con función esofágica normal tenían disfagia, con una prevalencia global de disfagia de 22,3 %. (3) Diez años más tarde Bloem et al. en un estudio de personas mayores (n = 130) de más de 87 años de los Países Bajos observaron que el 16% presentaba síntomas de disfagia que no



estaban relacionados con la edad, el sexo o el estado mental.^{4, 7} Un estudio sueco se realizó en una población de 50 a 79 años (n = 556) y encontró que el 1,6% tenía síntomas obstructivos que permanecían estables en los grupos de edad y el 20,9% tenía sensación de globo, que había un incremento ligeramente con la edad. ⁸ En EU Talley et al., en un estudio que evaluó los síntomas gastrointestinales funcionales en una población de 30 a 64 años (n = 1021), encontraron que aproximadamente el 6% de los individuos reportaron dificultad para tragar en más del 25% del tiempo.⁷ Recientemente, un estudio japonés de 1313 personas mayores que vivían en casa hogar de 65 años o más, informó síntomas de disfagia en el 13,8% de la muestra.⁹

La disfagia se puede caracterizar según el tipo de alimento, la temporalidad, su progresión, por ejemplo, la disfagia que se presenta por igual en sólidos y líquidos a menudo refleja un problema de la motilidad esofágica.^{6, 10} La disfagia que se presenta solo en sólidos nos puede sugerir una disfagia de etiología obstructiva mecánica como una tumoración. En cuanto a la temporalidad de la disfagia podemos diferenciar que si se trata de una disfagia intermitente puede asociarse a una esofagitis eosinofílica. ¹⁰

Según las guías de la Organización Mundial de Gastroenterología dividen la disfagia desde el punto anatómico, clasificándola en orofaríngea y esofágica. La disfagia orofaríngea engloba las alteraciones de la deglución de origen oral, faríngeo, laríngeo y del esfínter esofágico superior y supone el 80% de las disfgias diagnosticadas. La disfagia esofágica se refiere a las alteraciones en el esófago superior, el cuerpo esofágico, el esfínter esofágico inferior y cardias, y en su mayoría son de causas mecánicas, representando el 20% de las disfgias diagnosticadas.⁷⁻⁹



Las causas más comunes de la disfagia orofaríngea están relacionadas a evento vascular cerebral, lesiones estructurales de la orofaringe, enfermedades musculares sistémicas y locales, o diversos trastornos neurológicos.^{11, 12}

En el 80-97% de los casos de la disfagia esofágica, existe patología a nivel esofágico asociada como causa de obstrucción; las principales causas son benignas siendo las más frecuentes los anillos de Schatzky, estenosis péptica en el 10%, membranas esofágicas, compresiones extrínsecas, estenosis de anastomosis, esofagitis por reflujo, trastornos motores del esófago y en la actualidad la esofagitis eosinofílica que es una entidad reconocida cada vez con más frecuencia.^{11, 13}

Parte de su abordaje diagnóstico comprende hacer un historial del paciente y su examen físico, así podemos determinar si el paciente tiene una disfagia orofaríngea o disfagia esofágica, y si la causa es un trastorno estructural (anatómico) o de la motilidad.⁴ La recomendación de la Asociación Estadounidense de Gastroenterología es realizar el abordaje diagnóstico de una disfagia esofágica con una panendoscopia, ya que es considerado el estándar de oro para el diagnóstico de lesiones anatómicas importantes, en las cuales pueden ser tanto malignas como benignas, proporcionando una visualización directa de la faringe y el esófago, además de permitir la toma de biopsias, y así establecer hasta un diagnóstico histopatológico y microbiológico, además de poder efectuar un tratamiento en algunas patologías.^{4, 11, 14}

Múltiples tratamientos endoscópicos se pueden realizar en patologías seleccionadas que originen disfagia esofágica, entre estas se puede mencionar la acalasia, ya que se puede realizar una dilatación neumática, inyecciones de toxina botulínica, miotomía de hÉller, POEM; en las estenosis como lo son las



causticas, medicamentosas, postoperatorias, micóticas, esofagitis eosinofílicas¹⁵ se puede realizar dilatación de los anillos¹⁶ o de las estenosis asociadas. En el divertículo faringoesofágico se puede realizar una miotomía endoscópica, mejorando en la mayoría de los casos la calidad de vida de los pacientes.^{15, 17, 18}

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La disfagia representa un problema que en gran medida no es notificada y a su vez es pobremente comprendida por la población general, lo que conduce al subdiagnóstico. Múltiples patologías pueden ocasionar disfagia orofaríngea y esofágica en los pacientes, por lo tanto, se hace necesario llegar a establecer cuáles son las patologías más frecuentes que acuden con disfagia esofágica al Hospital General de México para abordaje diagnóstico por endoscopia. En nuestra unidad contamos con el servicio de endoscopia gastrointestinal, con un número significativo de población asistente a realización de panendoscopia por diversos trastornos, entre ellos la disfagia; sin embargo, son pocos los estudios en donde se consigna esta causa, su frecuencia y clasificación etiológica de la disfagia, situación primordial para establecer una terapéutica adecuada (farmacológica o quirúrgica) por lo que consideramos necesario realizar un protocolo que puedan brindarnos tal estadística y sustentar dicha información.

3. JUSTIFICACION

El rol de la endoscopia es de gran importancia, para el diagnóstico y tratamiento que se pueden realizar durante el procedimiento (dilatación, hemostasia) o toma de biopsia o extirpación de tejido obstructivo o sospechoso



de neoplasia, estas maniobras puedan mejorar la calidad de vida del paciente, que se ve deteriorada por la alteración en la deglución y las consecuencias que conlleva este síntoma (nutrición, social, laboral, salud, etc).

El objetivo que se busca con el presente protocolo es conocer la frecuencia, posible origen y etiología en los hallazgos endoscópicos, ya que es el estudio recomendado por la Organización Mundial de Gastroenterología y la Asociación Estadounidense de Gastroenterología, en la disfagia esofágica en todos los grupos de edad que acuden al servicio de endoscopia gastrointestinal, para que el paciente tenga un diagnóstico y tratamiento oportuno y/o el más adecuado por su servicio tratante, y poder seleccionar los casos que se pueden beneficiar de un tratamiento endoscópico.

4. HIPÓTESIS

Si los pacientes con disfagia presentan alteraciones en orofaríngea y/o esofágicas de diferentes etiologías (benignas o malignas) que predisponen a este síntoma, entonces se espera que en la endoscopia se pueda discernir, clasificar y en algunos casos, ser terapéutica en pacientes que acuden al Hospital con esta sintomatología, de acuerdo a criterios actualizados de la Organización Mundial de Gastroenterología.

5. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

- Identificar la frecuencia en la que se presenta la disfagia esofágica y la orofaríngea evaluada por panendoscopia.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Establecer las causas más frecuentes de disfagia esofágica que acuden a la realización de una panendoscopia.
- Establecer en que etiología se obtiene mejor beneficio tanto de un abordaje diagnóstico y terapéutico endoscópico.
- Conocer la frecuencia de disfagia por malignidad.

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE DISEÑO DE ESTUDIO:

Retrospectivo, descriptivo, transversal

6.2 LUGAR DONDE SE DESARROLLARÁ EL ESTUDIO:

Servicio de endoscopia gastrointestinal del Hospital General de México, “Dr Eduardo Liceaga”, en la Ciudad de México.

6.3 POBLACIÓN

Todos los pacientes con síntoma de disfagia atendidos en el servicio de endoscopia gastrointestinal del Hospital General de México, “Dr Eduardo Liceaga”, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión en el periodo de 01 de enero del 2019 al 31 diciembre del 2021.

6.4 CÁLCULO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Al ser un estudio de prevalencia no se requiere cálculo del tamaño de la muestra, se recopilarán todos los pacientes atendidos en el servicio de endoscopia gastrointestinal del Hospital General de México, “Dr. Eduardo Liceaga”, a partir del 01 de enero del 2019 al 31 diciembre del 2021.



Sin embargo, para fines académicos se realizó el cálculo para una población infinita (cuando se desconoce el total de unidades de observación que la integran):

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza.

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p).

La suma de la p y la q siempre debe dar 1. Por ejemplo, si p= 0.8 q= 0.2

$$n = [(1.645)^2 (0.7)(0.3)] / (0.1)^2 = (2.7)(0.21)/0.01 = 56.7$$

n = 56.7 expedientes

6.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

6.5.1 Criterios de inclusión:

- Mayores de 18 años
- Ambos géneros



- Antecedentes quirúrgicos
- Referido por algún servicio clínico o quirúrgico
- Diagnóstico de disfagia por el servicio de referencia
- Expedientes de pacientes que cuenten con autorización del consentimiento de alto riesgo para realización de endoscopia.

6.5.2 Criterios de exclusión:

- Embarazadas en cualquier grupo etario.
- Expediente de pacientes incompleto





6.6 VARIABLES DE ESTUDIO:

Variable	Definición conceptual	Unidad de medición	Tipo de variable	Unidad de medición
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento	Discontinua	Cuantitativa	Años cumplidos
Género	Fenotipo masculino o femenino de la persona	Nominal	Cualitativa	0: Masculino 1: Femenino
Tipo de alimento al que presenta disfagia	Alimento al que paciente presenta disfagia	Nominal	Cualitativa	0: Sólidos 1: Líquidos 2: Ambos
Diagnostico endoscópico	Diagnostico que se realiza durante el procedimiento endoscópico.	Nominal	Cualitativa	No aplica
Biopsia (diagnóstico histopatológico)	Resultado del tejido que se toma durante el procedimiento endoscópico	Nominal	Cualitativa	No aplica
Comorbilidades asociadas	Enfermedades acompañantes que presente el sujeto.	Nominal	Cualitativa	0: DM2 1: HAS 2: Reumatológica 3: Endocrinas 4: Neurológicas 5: Otras
Servicio de referencia	Servicio hospitalario de donde referido el paciente	Nominal	Cuantitativa	0: MI 2: Urgencias 3: Oncología 4: Neurología
Tratamiento Endoscópico	Si ameritó tratamiento endoscópico durante el diagnóstico.	Dicotómica	Cualitativa	0: No 1: Si



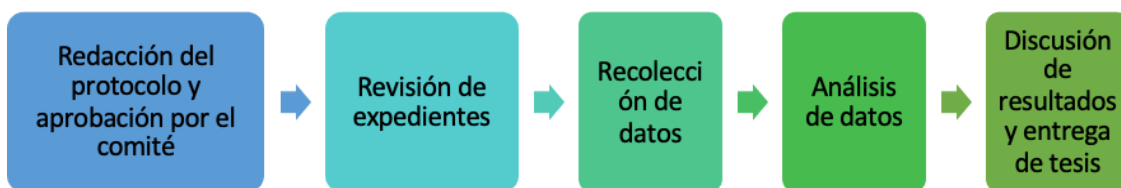


Antecedente quirúrgico gastrointestinal	Cirugías gastrointestinales realizadas previas a la panendoscopia	Dicotómica	Cualitativo	0: No 1: Si
Pérdida de peso	Masa ponderal perdida durante el padecimiento	Dicotómica	Cualitativo	0: No 1: Si
Emesis	Acción de vomitar	Dicotómica	Cualitativo	0: No 1: Si

6.7 PROCEDIMIENTO

Se someterá este protocolo al Comité de Evaluación de Protocolos de Investigación de Médicos Residentes del HGM. Una vez aceptado, se buscarán los expedientes del servicio de Endoscopia, de los pacientes estudiados por disfagia del 1 de Enero de 2019 a Diciembre del 2021.

Posteriormente, se revisarán aquellos que cumplan con los criterios de selección para recabar la información que se encuentra en la hoja de recolección de datos. Con los datos obtenidos se creará una base de datos en Excel con base a la captura de datos de las variables presentadas y registradas, se analizará la información con Spss v20 para posteriormente realizar la redacción de la información obtenida.





6.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se recolectará la información a través de revisión de reportes que se realizan en el servicio de endoscopia, donde nos plasman las características macroscópicas del estudio, así también revisaran los resultados patológicos obtenidos a través de las biopsias realizadas durante el procedimiento, dicha información se plasmará en una cedula de registro por cada paciente y posteriormente se elaborará una base de datos en Microsoft Excel, se efectuara un análisis estadístico con el Software IBM SPSS V20.. El análisis estadístico incluirá para las variables antropométricas, una media aritmética y porcentajes para las variables categóricas. Se usará para las variables cuantitativas T de Student y para las variables cualitativas se utilizará la Chi cuadrada. Se realizará el trabajo final de tesis

7 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Diciembre 2021	Enero 2022	Enero 2022	Febrero 2022	Febrero 2022
Recopilación de datos para el marco teórico	X				
Elaboración del protocolo	X				
Registro y revisión por el comité	X				
Recopilación de datos		X	X		
Análisis de los datos				X	
Reporte de avances y escritura del manuscrito					X
Envío a su aprobación					X





8 ASPECTOS ETICOS Y DE BIOSEGURIDAD

Los autores de este trabajo dan testimonio que, el manejo de la información retrospectiva cumple con los aspectos éticos de privacidad y confidencialidad, además de que esta información se utilizará exclusivamente para fines académicos y de investigación. Además, el presente trabajo se adapta a los principios básicos de la Declaración de Helsinki.

El presente trabajo no involucra procesamiento de muestras biológicas ni aplicación de técnicas quirúrgicas. Por el tipo de estudio a realizar no se involucra la participación de pacientes por lo que no se expone a riesgo alguno.

9 RELEVANCIA Y EXPECTATIVAS

La aplicación del presente protocolo tiene dos expectativas:

- 1) La presentación como tesis para obtención de grado académico (especialidad en Cirugía General).
- 2) Continuar una línea de investigación en México y publicar dicho trabajo en una revista científica mexicana.

10. RECURSOS DISPONIBLES

10.1 Recursos humanos

- Investigador principal: Se encargará de realizar la revisión de los expedientes, de aplicar los criterios de inclusión y exclusión de cada uno. Realizará la recolección de datos y el análisis estadístico de la información. Realizará el marco teórico del proyecto, la discusión y conclusiones para la entrega final del proyecto.





- Coordinador: Revisará detenidamente la evolución del proyecto, analizará los resultados obtenidos y dará recomendaciones fundamentales para la entrega final del proyecto de investigación.

10.2 Recursos materiales

Formatos de captura de la información.

Computadora personal.

Programa Microsoft Office Word,

Programa de cómputo SPSS v. 20 (SPSS, Chicago, IL).

Se solicitarán expedientes clínicos con diagnóstico de Disfagia

Acceso al sistema PACS que contiene información sobre estudios de histopatológicos de los expedientes donde se tomó biopsia durante la endoscopia.

10.3 Recursos financieros

Ninguno.

11. RECURSOS NECESARIOS

Expedientes clínicos con diagnóstico de Disfagia, acceso al sistema PACS, computadora para el registro de datos y la realización del análisis estadístico.

Software para realizar el análisis estadístico SPSS.

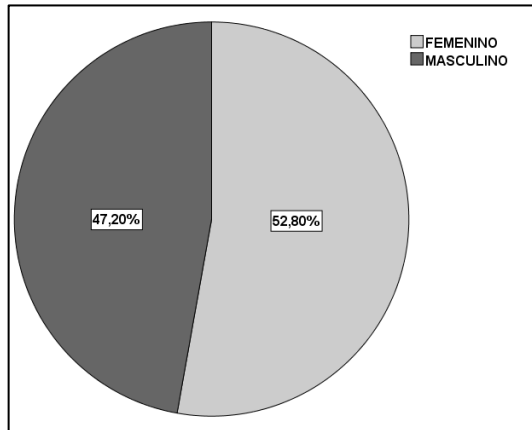




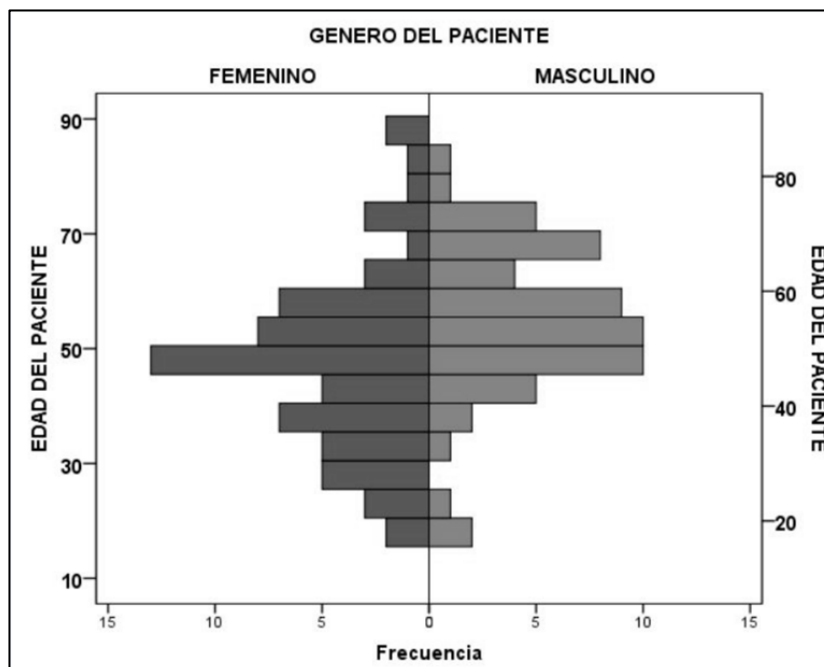
12. RESULTADOS

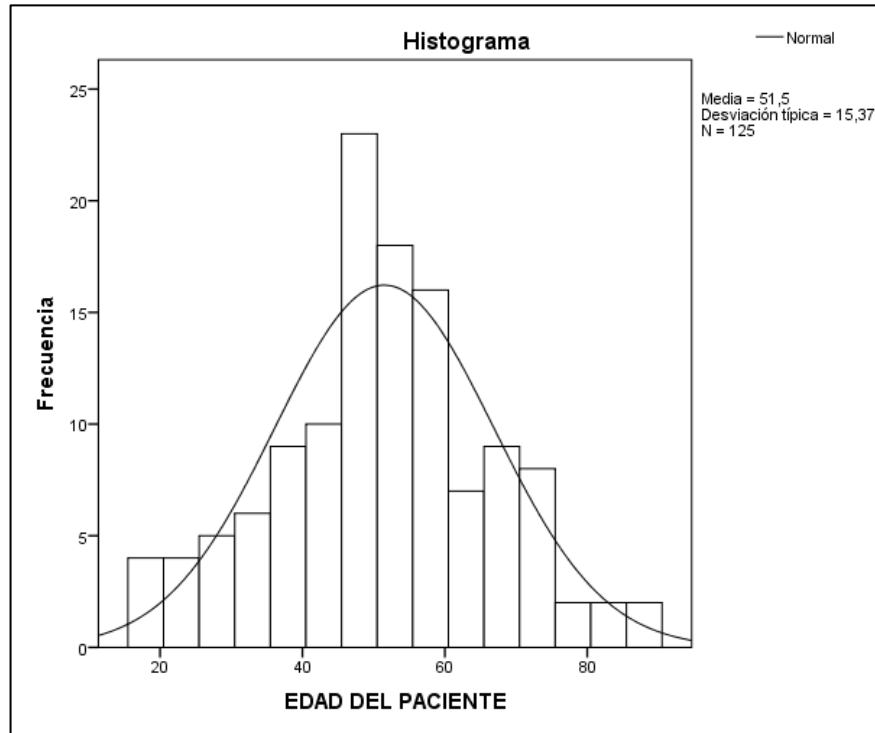
Se estudiaron 125 expedientes de pacientes con síntoma de disfagia atendidos en el servicio de endoscopia gastrointestinal del Hospital General de México, “Dr. Eduardo Liceaga” de 01 de enero del 2019 al 31 diciembre del 2021.

De estos 66 fueron femeninos (52.8%) y 59 masculinos (47.2%), con una proporción Mujer :Hombre de 1 : 0.89

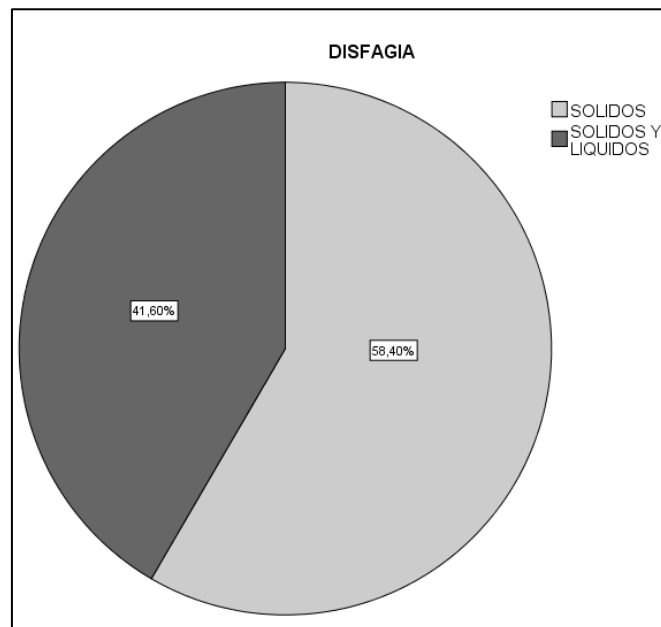


Con edad promedio de 51.5 años, (min 18 – máx 89), mediana 52, Desviación Estándar ± 15.37. Con una distribución similar entre géneros.





El motivo principal de la población que acudió al servicio de endoscopia, fue la presentación, en su gran mayoría, de dificultad para la deglución a alimento (sólido) en 73/125 casos (58.4%) y a líquidos y sólidos (mixto) en 52 expedientes (41.6%)

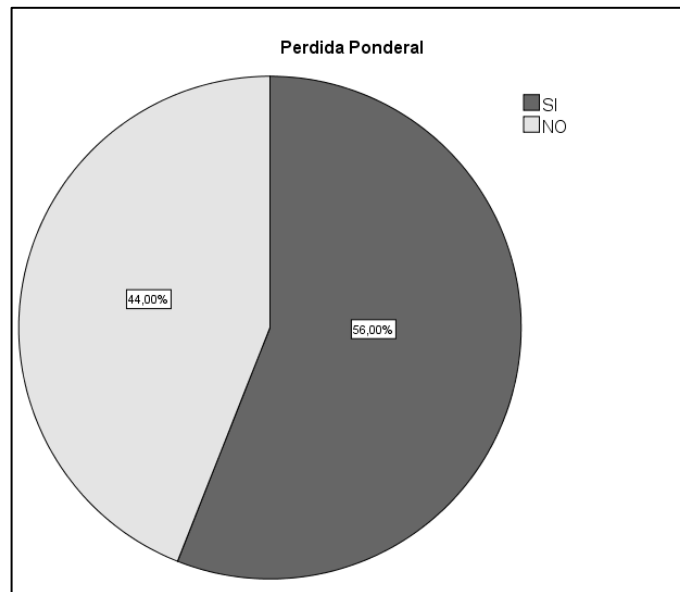


Agregándose a la sintomatología los

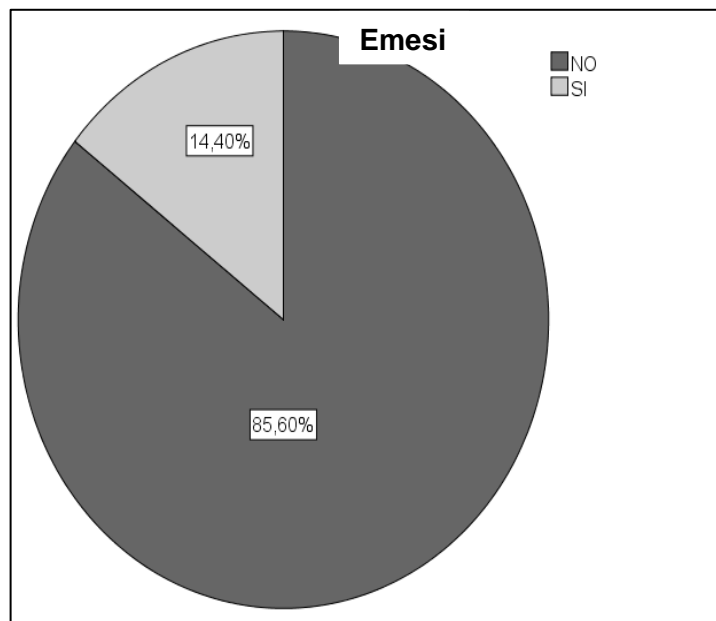




pacientes refirieron pérdida ponderal hasta en 70 expedientes (56%) y negando este dato en 55 casos (44%).



Otro síntoma presente fue la emesis posterior a la ingesta de sus alimentos, secundario a la disfagia que presentan y se registró 18 de los casos

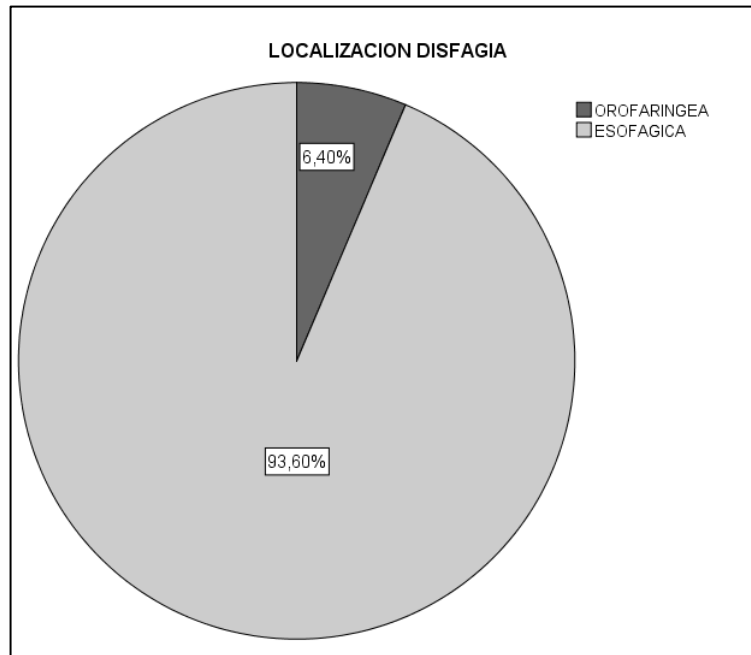


Por el sitio donde el paciente localizó la disfagia, se clasifico como de origen orofaríngeo





en 8 casos (6.4%) y esofágico en 117 expedientes (93.6%).



Al momento de la impresión endoscópica, se establecieron los siguientes diagnósticos, siendo más relevante como causa de disfagia esofágica las neoplasias del esófago en 16 casos (12.8%).

Durante la revisión de los expedientes se observó que solo ameritó toma de biopsias en 61 de los pacientes (48.8%)

ENDOSCOPIA	n	%	
NEOPLASIA DE ESOFAGO	16	12,8	
REFLUJO GASTROESOFAGICO	13	10,4	
REPORTE DE BIOPSIA			%
ESTENOSIS SIMPLES Y/O COMPLEJAS	13	10,4	
ESTENOSIS POSTQUIRURGICAS	12	9,6	8,2
GASTROPATIA POR HP	7	5,6	26,2
GASTROPATIA REACTIVA	5	4,0	21,3
INFECCIOSAS			
ANILLO DE SCHATZKI	5	4,0	1,6
ADENOCARCINOMA DE LA UNION ESOFAGOGASTRICA	3	2,4	3,3
ALTERACIONES EN LA REFLUJA			
SIMPLECTOMIAS GASTROESTOMACALES	4	3,2	3,3
ADENOCARCINOMA DE ESOFAGO	3	2,4	3,3
CARCINOMA EPIDERMIOIDE DE ESOFAGO	2	1,6	6,6
ESTENOSIS POR CAUSAS DIVERSAS			
ESOFAGITIS EROSIONES	2	1,6	19,7
ESOFAGITIS BACTERIANAS			
ESOFAGITIS INESPECIFICA	38	30,4	6,6
Total	129	100	100





En los reportes de las biopsias tomadas durante el abordaje diagnóstico de disfagia orofaríngea, se observan 11 casos con cáncer (18.1%), de los cuales el de mayor incidencia fue carcinoma epidermoide de esófago (6.6%).

Durante la endoscopia se decidió realizar maniobras endoscópicas o recomendaciones farmacológicas (procinéticos, antibióticos, quelantes de bilis) de acuerdo a apreciación del servicio de endoscopia en lo que se tenía el reporte de la biopsia. En los casos con estenosis se intentó dilatación del sitio de obstrucción cuando fue posible.

TRATAMIENTO ENDOSCOPICO	n	%
OTROS	2	1,6
ENDOPROTESIS	3	2,4
ANTIFUNGICO	2	1,6
INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES	4	3,2
DILATACION ENDOSCOPICA CON DILATADOR SAVARY	9	7,2
DILATACION ENDOSCOPICA CON BALON	14	11,2
FARMACOLÓGICO	91	72,8
<i>Total</i>	<i>125</i>	<i>100</i>

Retornando el paciente al servicio que solicitó la endoscopia, que como se mencionó además de diagnóstica pudo ser terapéutica con las dilataciones (18.4%).

SERVICIO DE REFERENCIA	n	%
OTROS	10	8
GASTROETEROLOGIA	47	37,6
HEMATOLOGIA	4	3,2
ENDOCRINOLOGIA	1	0,8
REUMATOLOGIA	2	1,6
ONCOLOGIA	22	17,6
URGENCIAS	1	0,8
MEDICINA INTERNA	12	9,6
CIRUGIA	26	20,8
<i>Total</i>	<i>125</i>	<i>100</i>

El servicio que deriva más pacientes al servicio de endoscopia gastrointestinal para realización de panendoscopia como parte de su protocolo de disfagia es el servicio de Gastroenterología (37,6%) y en segundo lugar el servicio de Oncología (17.6%).





13. DISCUSIÓN

La disfagia se considera un síntoma alarmante para el paciente, ya que al presentar disfagia la calidad de vida del paciente se ve afectada, en algunos casos presentan disminución de peso y en casos más graves desnutrición ³, en nuestro estudio el 56% de los pacientes presentó pérdida de peso, similar a lo que presenta el Grupo Europeo para el estudio de la Disfagia, ya que refieren que hasta el 44% de los pacientes tienen pérdida de peso en el momento de su diagnóstico. ⁶

Se observó que en la mayoría de los estudios se reportaron que la disfagia se presenta más en grupos etarios mayores de 50 años aproximadamente, ^{2,5-6} muy similar nuestros resultados con una edad promedio de 51 años.

Según la Organización Mundial de Gastroenterología refiere que la clasificación de los tipos de disfagia (desde el punto anatómico), la disfagia orofaríngea es la más común hasta en un 80% de los casos ⁷⁻⁹, sin embargo, en nuestra investigación es discordante, ya que el tipo de disfagia más identificada fue la esofágica (93%), sin encontrar distinción relevante en el género.

Krishnamurthy, C y cols reportaron que la causa más común de disfagia esofágica fue una estenosis (ya sea simple o compleja), anillos de Schatzky, estenosis pépticas, ^{11, 13} y en nuestra recolección de datos estuvo representado en primer lugar como causa de disfagia las neoplasias de esófago, siendo la más representativa el carcinoma epidermoide de esófago, y entre las causas benignas se considera los hallazgos endoscópicos compatibles con ERGE.

Los pacientes con hallazgos endoscópicos normales, puede deberse a que no se reconocieron hallazgos endoscópicos inicialmente y/o que no pueden ser diagnosticados por este estudio, como trastornos de la motilidad esofágica.

Durante el procedimiento endoscópico, el 20% obtuvo un beneficio tanto de abordaje diagnóstico y tratamiento, siguiendo las recomendaciones realizadas por consensos internacionales.





14. CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo como objetivo establecer la prevalencia de los pacientes que acudieron a endoscopia como parte de abordaje diagnóstico de disfagia y así determinar las enfermedades más frecuentes que pudieron ser identificadas por medio de la panendoscopia. Con base al análisis realizado se puede demostrar en esta tesis que la panendoscopia es el estudio de imagen más útil para evaluar la mucosa esofágica, permitiendo diferenciar las patologías benignas y/o malignas con la toma de biopsias y establecer un diagnóstico histopatológico, además permite hacer tratamientos como dilataciones en caso de estenosis o hasta colocación de endoprótesis en algunas tumoraciones que estrechen la luz esofágica, sin haber presentado complicaciones durante su realización. El avance de esta tecnología ha beneficiado para el diagnóstico y caracterización de la mucosa esofágica y sus lesiones, y así facilitar la toma de biopsias de forma dirigida, así como el tratamiento que se pueden ofrecer a los pacientes mejorando en gran manera la calidad de vida del mismo. Se estableció que el tipo de disfagia más frecuente identificada por este estudio es la esofágica, siendo la causa más frecuente las neoplasias de esófago como patología con mayor prevalencia en este estudio. Se observó que el estudio retrospectivo presenta un sesgo en este estudio, ya que no se pudieron establecer ciertas variables que pueden influir en la prevalencia de ciertas enfermedades, por lo que da pie a realizar estudios prospectivos y llevar la continuación de este protocolo de tesis





15. REFERENCIAS

1. Pérez-Cruz E, González-Muñoz A, Barrientos-Jiménez M, Camacho-Guerra CD, et al. Evaluación de la disfagia en pacientes con enfermedades neurológicas y su relación con riesgo de desnutrición. *Med. interna Méx* 2018 May-Jun; 34 (3):359-65. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/mim.v34i3.1815>
2. García-Peris P, Velasco C y Frías Soriano L. Manejo de pacientes con disfagia. *Nutrición Hospitalaria suplementos* 2012; 5(1):33-40. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226797004>
3. Kjellén G, Tibbling L. Manometric oesophageal function, acid perfusion test and symptomatology in a 55-year-old general population. *Clin Physiol* 1981 Aug;1(4):405-15. Doi: 10.1111/j.1475-097x.1981.tb00908.x.
4. Gariorowska A, Fass R. Current Approach to Dysphagia. *Gastroenterology and Hepatology* 2009; 5:270–9. Disponible en: file:///C:/Users/PERLAM~1/AppData/Local/Temp/Current_Approach_to_Dysphagia-1.pdf
5. Eslick G, Talley N. Dysphagia: Epidemiology, risk factors and impact on quality of life - A population-based study. *Alimentary pharmacology & therapeutics* 2008 May; 27(10): 971-9. Doi: 10.1111/j.1365-2036.2008.03664.x.
6. Brugnolli A, Ambrosi E, Tomasi P. Dysphagia: a guide to the assessment. *Assist Inferm Ric.* 2020 Csct-Dec;39(4):211-20. Doi:10.1702/3508.34955.
7. Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR, Melton LJ. 3rd. Onset and disappearance of gastrointestinal symptoms and functional gastrointestinal disorders. *Am J Epidemiol.* 1992 Jul 15; 136(2), 165– 77. Doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a116483.
8. Lindgren S, Janzon L. Prevalence of swallowing complaints and clinical findings among 50-79-year-old men and women in an urban population. *Dysphagia* 1991;6(4):187-92. Doi: 10.1007/BF02493524.





9. Kawashima K., Motohashi Y, Fujishima I. (2004). Prevalence of dysphagia among community-dwelling elderly individuals as estimated using a questionnaire for dysphagia screening. *Dysphagia* 2004; 19(4): 266–71. Doi: 10.1007/s00455-004-0013-6.
10. Casado-Caballero FJ, Delgado-Maroto A, Íñigo-Chaves A. Dysphagia and esophageal motor disorders. *RAPD ONLINE* 2017 Jan-Feb;40(1) 35-42. Disponible en: <https://www.sapd.es/revista/2017/40/1/04>
11. Wilkinson JM, Codipilly DC, Wilfahrt RP. Dysphagia: Evaluation and Collaborative Management. *Am Fam Phys* 2021 Jan 15; 103(2): 97–106.
12. Mujica VR, Conklin J. When it's hard to swallow. What to look for in patients with dysphagia. *Postgraduate Medicine* 1999 Jun; 105(7) 131–145. Doi: 10.3810/pgm.1999.06.620.
13. Hila A, Castell D, Hazzard W, Blass J, Halter J, Ouslander J, Tinetti ME Upper gastrointestinal disorders. *Principles of geriatric medicine and gerontology*. 5th ed. New York: McGraw-Hill Professional; 2003: 613–40.
14. Hendrix TR. Art and science of history taking in the patient with difficulty swallowing. *Dysphagia* 1993; 8(2): 69-73. Doi: 10.1007/BF02266982.
15. Ali MA, Lam-Himlin D, Voltaggio L. Eosinophilic esophagitis: a clinical, endoscopic, and histopathologic review. *Gastrointestinal Endoscopy* 2012 Dec; 76(6): 1224–37. Doi: 10.1016/j.gie.2012.08.023. Epub 2012 Sep 29
16. Mann NS. Single dilation of symptomatic Schatzki ring with a large dilator is safe and effective. *Am J Gastroenterol* 2001;96:3448–9
17. Bohm ME, Richter JE. Review article: oesophageal dilation in adults with eosinophilic oesophagitis. *Alimentary pharmacology & therapeutics* 2011; 33(7), 748–57.
18. Rami RY, Arun AC, Sinha SK, Kochhar R. Endoscopic biopsy: a simple guide for beginners. *Trop Gastroenterol*. 2015;36(4):270-273.





16. ANEXO

**EVALUACION, DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA DISFAGIA EN EL
SERVICIO DE ENDOSCOPIA EN HOSPITAL EN TERCER NIVEL DE
ATENCION**

FOLIO:00

NOMBRE: _____ **EXPEDIENTE:** _____

EDAD: _____ **SEXO:** (FEMENINO) (MASCULINO)

SERVICIO DE REFERENCIA: _____

- **DISFAGIA:** (SOLIDOS) (LIQUIDOS) (AMBOS)
- **PERDIDA DE PESO:** (SI) (NO) ¿Cuánto?: _____
- **EMESIS:** (SI) (NO)

ANTECEDENTE QUIRURGICOS GASTROINTESTINAL: (SI) (NO)

ESPECIFIQUE: _____

COMORBILIDADES:

DIAGOSTICO ENDOSCÓPICO:

TOMA DE BIOPSIAS: (SI) (NO)

Reporte de la Biopsia _____

TRATAMIENTO ENDOSCOPICO: (SI) (NO)

ESPECIFIQUE: _____

