

Caracterización clínica de la disfagia en pacientes adultos con hipertrofia tonsilar usando la Escala EATING-ASSESSMENT TOOL-10

Clinical characterization of dysphagia in adult patients with tonsillar hypertrophy using the EATING-ASSESSMENT TOOL-10 Scale

Recibido para publicar el 16 de junio de 2025.
Aceptado para su publicación el 3 de julio de 2025.
Versión final 4 de julio de 2025.

Cómo citar este artículo: Pugliese, Natalia³; Cerri, Camila⁴; Debas, María Inés⁵ y Yanco, Ricardo Aldo⁶. **Caracterización clínica de la disfagia en pacientes adultos con hipertrofia tonsilar usando la Escala EATING-ASSESSMENT TOOL-10.** Revista Científica Metavoces. 2025, 27: 24- 31

Resumen

Introducción: La hipertrofia de tonsillas palatinas se menciona en la literatura como una de las causas de disfagias orofaríngeas estructurales. Poco se conoce sobre cómo los pacientes perciben las dificultades deglutorias y el impacto de ellas en su alimentación.

Objetivos: Describir las características y severidad de síntomas de disfagia que presenta una muestra de población adulta con hipertrofia de amígdalas palatinas estudiadas con la Escala Eating-Assessment Tool-10.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. Incluyó historias clínicas de pacientes con hipertrofia amigdalina, sin otras co-morbilidades, que consultaron en el Servicio de Otorrinolaringología y Fonoaudiología del Hospital Rivadavia de la Ciudad de Buenos Aires entre enero de 2014 y abril de 2015. Para el análisis estadístico se utilizó el software vccSTAT beta 3.0. El protocolo contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación.

Resultados: Se obtuvieron 35 historias clínicas. Los síntomas más frecuentes fueron: “odinofagia” 97% (IC= 84,54-99,93), “dificultad en la deglución de sólidos” 88% (IC= 67,61-96,80), “dificultad en deglución de pastillas” y “estrés ante la deglución” 80% (IC= 60,45-92,40). Para determinar la severidad de cada síntoma evaluado se sacó un promedio sobre la puntuación otorgada por la totalidad de los individuos en el ítem correspondiente. Los síntomas más severos fueron “limitación en la capacidad para comer fuera de su casa”, “odinofagia” y “pérdida de peso”, seguido por “estrés ante la deglución” y “dificultad en la deglución de sólidos”.

Conclusiones: La Escala EAT-10 es una herramienta útil no sólo para el screening de disfagia sino también para la valoración de diferentes síntomas que pueden presentar los pacientes con hipertrofia tonsilar.

Palabras clave: disfagia, hipertrofia tonsilar, EAT-10, adultos.

Abstract

³ Pugliese, Natalia Número ORCID: 0000-0003-0906-2489 Lic, en Fonoaudiología, Esp. en Fonoestomatología. Encargada del área de Fonoestomatología del Servicio de Otorrinolaringología y Fonoaudiología del Hospital B. Rivadavia de la Ciudad Aut. de Buenos Aires, Rep. Argentina. Docente Titular UMSA. Docente adscripta UBA. fonopugliese@gmail.com

⁴ Lic. en Fonoaudiología. Ex Jefa de Residentes de Fonoaudiología del Servicio de Otorrinolaringología y Fonoaudiología del Hospital B. Rivadavia. camilacerrig@gmail.com

⁵ Médica Esp. en Otorrinolaringóloga del Servicio de Otorrinolaringología y Fonoaudiología del Hospital B. Rivadavia. Docente UBA. mariainesdebasorl@gmail.com

⁶ Médico Esp. en Otorrinolaringología. Jefe del Servicio de Otorrinolaringología y Fonoaudiología del Hospital B. Rivadavia. Docente UBA. dr.yanco@gmail.com

Introduction: Palatine tonsil hypertrophy is mentioned in literature as one of the causes of structural oropharyngeal dysphagia. Little is known about how patients perceive the swallowing difficulties and their impact on their feeding.

Objectives: Describe the characteristics and severity of dysphagia symptoms presented by a sample of adult population with tonsil hypertrophy studied with the Eating-Assessment Tool-10 Scale.

Material and methods: It is descriptive, observational, retrospective and cross-sectional study. It included medical records of patients with tonsillar hypertrophy, without other comorbidities, who consulted at the Otorhinolaryngology and Speech Therapy Service of the Rivadavia Hospital in the City of Buenos Aires between January 2014 and April 2015. The vccSTAT beta 3.0 software was used for statistical analysis. The protocol was approved by the Research Ethics Committee.

Results: 35 medical records were obtained. The most frequent symptoms were: “odynophagia” 97% (CI= 84.54-99.93), “difficulty in swallowing solids” 88% (CI= 67.61-96.80), “difficulty in swallowing pills” and “swallowing stress” 80% (CI= 60.45-92.40). To determine the severity of each symptom evaluated, an average was taken of the score given by all the individuals in the corresponding item. The most severe symptoms were “limitation in the ability to eat outside the home”, “odynophagia” and “weight loss”, followed by “swallowing stress” and “difficulty in swallowing solids”.

Conclusions: The EAT-10 Scale is a useful tool not only for the screening of dysphagia but also for the assessment of different symptoms that patients with tonsillar hypertrophy may present.

Keywords: dysphagia, tonsillar hypertrophy, EAT-10, adults.

Introducción

La deglución depende de una perfecta coordinación neuro-senso-motora fina del tracto aerodigestivo que realiza una secuencia compleja de varias acciones motoras, unas voluntarias y otras involuntarias y reflejas, dirigidas por el centro de la deglución en el tronco del encéfalo, áreas corticales y subcorticales (Logemann, 1998; Merino et al., 2007; González et al., 2009; Clavé Civit et al., 2013;).

La disfagia orofaríngea es un síntoma que expresa una dificultad el transporte del bolo o las secreciones endógenas en las etapas preparatoria, oral y faríngea de la deglución poniendo en riesgo su seguridad y eficacia (Murciego et al., 2019). Estas dificultades pueden ser el resultado de alteraciones anatómicas y/o sensoriomotoras de las estructuras implicadas (Logemann, 1998). De este modo, las disfagias pueden clasificarse en dos grandes grupos: estructurales y neuromusculares o motoras (Merino et al., 2007; Clavé Civit et al., 2013).

Dentro de las etiologías de las disfagias estructurales orofaríngeas se destacan las neoplasias de cabeza y cuello, los cuerpos extraños, los procesos inflamatorios e infecciosos, las alteraciones de la glándula tiroides, los grandes osteofitos de la columna cervical, entre otras (Merino et al., 2007).

Las tonsillas palatinas -también conocidas como amígdalas palatinas (AP)- son órganos linfoepiteliales que ocupan las fosas amigdalinas, delimitadas por los pilares anteriores y posteriores del velo de paladar. Cuando estas se hipertrófian reducen el espacio del istmo de las fauces dificultando el correcto pasaje del bolo hacia la faringe. Tanto las hipertrófias de AP como las amigdalitis agudas o recurrentes se correlacionan con disfagia, odinofagia y otros síntomas relacionados con la deglución (Hernández Paz et al., 2006; Guari Manekar, 2015).

Las indicaciones para la amigdalectomía varían entre la población pediátrica y adulta. En la población adulta, se realiza principalmente por infecciones amigdalares crónicas o recurrentes, neoplasias malignas establecidas o sospechadas, y disfagia relacionada con la hipertrófia de las amígdalas (Alvo et al., 2016; Wong Chung et al., 2018; Randall, 2020).

La Escala Eating-Assessment Tool-10 (EAT-10) versión en español, es un instrumento analógico verbal, unidimensional, autoadministrado y de puntuación directa para la evaluación de la autopercepción por parte del individuo de síntomas específicos de disfagia. Presenta óptima consistencia interna y reproducibilidad. Se probó su validez y fiabilidad en una amplia cohorte de pacientes con trastornos de la deglución debido a diversas causas, tanto para el establecimiento inicial de la gravedad del síntoma como para la valoración del tratamiento de la disfagia. El cuestionario se encuentra conformado por 10 preguntas diseñadas por un grupo multidisciplinar de expertos en el que intervinieron gastroenterólogos, otorrinolaringólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas (Belafsky et al., 2008).

En un estudio realizado por Ersoz Unlu et al. (2020) se describe la utilidad clínica de la Escala EAT-10 para estimar el posible riesgo de aspiración en pacientes con disfagia, al realizar una comparación con un método objetivo de evaluación de la deglución como la FEES (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing).

Aunque en la clínica diaria es recurrente observar disfagia por hipertrofia de AP, en la literatura se mencionan casos aislados de pacientes adultos con clínica de disfagia de larga data asociada a crecimiento tonsilar como los citados por Muñoz-Lombo et al. (2021) y Cogolludo Pérez et al. (2002). Así mismo, se hace referencia a la disfagia como un síntoma secundario post-operatorio, debido a una lesión del nervio glosofaríngeo y/o afectación de la actividad muscular involucrada durante el proceso deglutorio post intervención quirúrgica (Vaiman et al., 2007; Hong et al., 2020).

Aún es insuficiente la información referida a la fisiopatología deglutoria específica en esta patología. Por tal motivo, el objetivo de este estudio fue caracterizar los síntomas indicativos de disfagia orofaríngea en pacientes adultos con hipertrofia de AP y determinar su severidad.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal, entre diciembre 2022 – 2023, en el área de Fonoestomatología del Servicio de Otorrinolaringología y Fonoaudiología del Hospital B. Rivadavia de la Cdad. Aut. de Buenos Aires. Se incluyeron historias clínicas (HC) de pacientes de 18 años o más con diagnóstico de hipertrofia de AP grado II o mayor según la Escala Brodsky (Brodsky, 1989), que concurrieron al Servicio, entre enero de 2014 y abril de 2015. Se excluyeron de la muestra aquellas historias clínicas de pacientes que presentaban disfagias neurogénicas, malformaciones craneofaciales, tumores de cabeza y cuello, y datos administrativos incorrectos o ausencia de estos que impedían pesquisarlas.

Las variables para analizar fueron “síntomas indicativos de disfagia” y “severidad de los síntomas indicativos”.

Se consideraron *síntomas de disfagia orofaringea* a aquellas manifestaciones de alteraciones deglutorias, que se producían en las etapas preparatoria, oral y/o faríngea (Burgos et al., 2013), y se determinaron a través de la administración de la herramienta Eating-Assessment Tool-10 (EAT-10). Se realizó la codificación de los ítems que evalúa dicha escala con el objetivo transformar los términos coloquiales que se emplean en el cuestionario en términos académicos semejantes a los utilizados en la literatura científica (Tabla 1). La variable se midió en una escala ordinal determinando la presencia o ausencia de los síntomas indicativos de disfagia según lo establecido por la escala. Se consideró “síntoma presente” cuando el paciente respondió con una puntuación de por lo menos 1 al ítem evaluado; y se consideró “síntoma ausente” cuando el paciente respondió con una puntuación de 0 al ítem evaluado.

Se definió la *severidad del síntoma* con la puntuación referida por el paciente para cada ítem evaluado por la Escala EAT-10. El paciente debía responder a cada pregunta de forma subjetiva en una escala de cinco puntos (0-4 puntos), en la que cero (0) indicó la ausencia del

problema y cuatro (4) indicó que se trata de un problema serio (Pérez et al., 2002; Hong et al., 2020). La variable se midió en una escala ordinal numérica según lo establecido por la escala EAT-10.

Tabla 1. *Codificación de los ítems de la Escala.*

1. “*Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso*” → se consideró dicho ítem como la sub-variable “**Pérdida de peso**”;
2. “*Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa*” → se consideró dicho ítem como la sub-variable: “**Limitación en la capacidad para comer fuera de su casa**”;
3. “*Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra*” → se consideró dicho ítem como la sub-variable: “**Dificultad en la deglución de líquidos**”;
4. “*Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra*” → se consideró dicho ítem como la sub-variable: “**Dificultad en la deglución de sólidos**”;
5. “*Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra*” → se consideró dicho ítem como la sub-variable: “**Dificultad en la deglución de pastillas**”;
6. “*Tragar es doloroso*” → se consideró dicho ítem como la sub-variable: “**Odinofagia**”;
7. “*El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar*” → se consideró dicho ítem como la sub-variable: “**Displacer en la alimentación**”;
8. “*Cuando trago, la comida se pega en mi garganta*” → se consideró dicho ítem como la sub-variable: “**Sensación de estasis faríngea**”;
9. “*Toso cuando como*” → se consideró dicho ítem como la sub-variable: “**Tos asociada a la deglución**”;
10. “*Tragar es estresante*” → se consideró dicho ítem como la sub-variable: “**Estrés durante la deglución**”.

Los datos extraídos de las historias clínicas se registraron en una planilla y se volcaron en una base de datos informática (Microsoft Office Excel 2016). Se implementaron métodos de encriptación (o codificación) de los sujetos con el fin de resguardar la identidad de los participantes de la investigación. Para responder al objetivo descriptivo, se realizó el cálculo de porcentaje de aparición y grado de severidad con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%. Para el análisis estadístico se utilizó el software vccSTAT beta 3.0.

El estudio no tuvo ningún costo y se llevó a cabo sin financiamiento o gestión externa, sin generar gastos adicionales al hospital. El protocolo contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital D. F. Santojanni por subrogación, con fecha 11/8/2023 y número de registro 9952.

Resultados

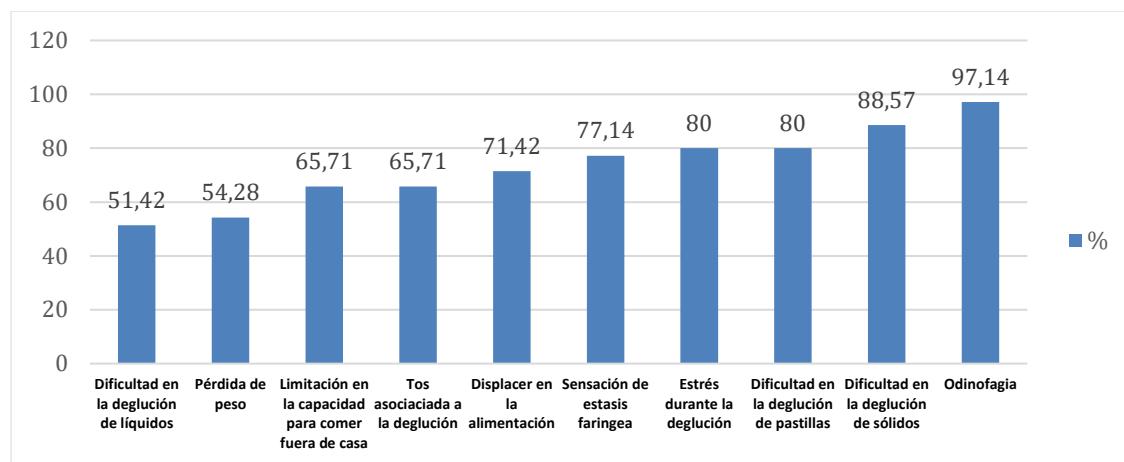
Se obtuvieron 35 historias clínicas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. La muestra estaba conformada por 22 mujeres y 13 hombres con un promedio de edad de 26 años (Tabla 2).

Tabla 2. *Distribución de la muestra por sexo y promedio de edad*

	Mujeres	Hombres
Sexo biológico	62.85% (IC= 44,95-78,00)	37.15% (IC= 21,99-55,05)
Edad promedio	26.77	25.61

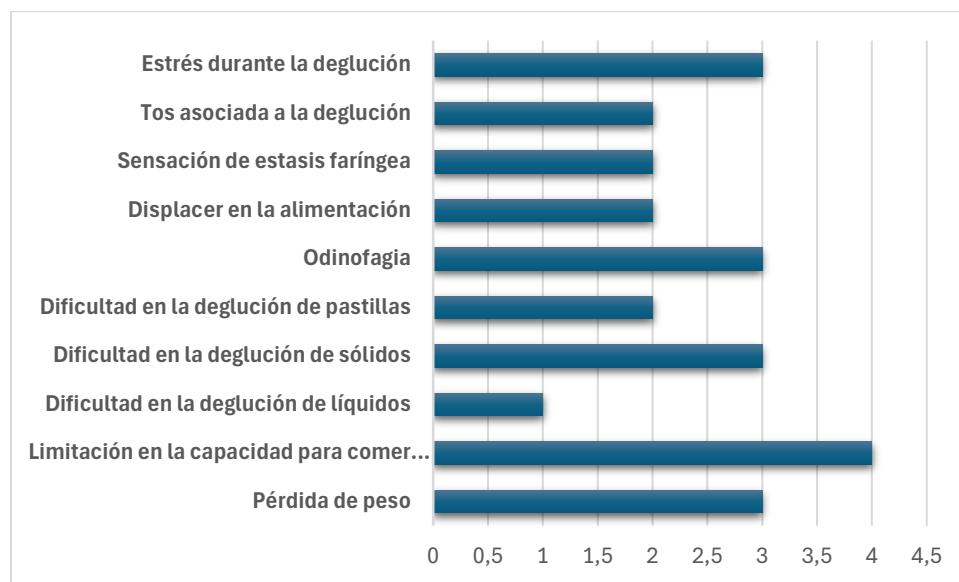
Todos los individuos presentaron al menos un síntoma indicativo de disfagia orofaríngea. Los síntomas referidos con mayor frecuencia fueron, en primer lugar, “odinofagia” con un 97,14% (IC= 84,54-99,93), en segundo lugar “dificultad en la deglución de sólidos” con un 88,57% (IC= 67,61-96,80) y en tercer lugar en igual proporción “dificultad en deglución de pastillas” y “estrés ante la deglución” con un 80% (IC= 60,45-92,40). (Gráfico 1)

Gráfico 1. *Prevalencia de los síntomas indicativos de disfagia.*



Para determinar la severidad de cada síntoma evaluado se sacó un promedio sobre la puntuación otorgada por la totalidad de los individuos en el ítem correspondiente. Los síntomas más severos fueron en primer lugar “limitación en la capacidad para comer fuera de su casa”, en segundo lugar “odinofagia” y en tercer lugar “pérdida de peso”, seguido por “estrés ante la deglución” y “dificultad en la deglución de sólidos” en igual proporción. (Gráfico 2)

Gráfico 2. *Severidad de los síntomas indicativos de disfagia.*



Discusión

La disfagia es un síntoma que se asocia frecuentemente a la hipertrofia de AP y amigdalitis (Hernández et al., 2006; Guari Manekkar, 2015; Lourijsen et al., 2016). En la clínica de atención de pacientes con disfagia es importante considerar no solamente los

hallazgos fisiopatológicos que nos pueden informar los estudios objetivos como la videodegluclación o fees, sino también la sintomatología que expresa el paciente y que cobra detalles particulares en cada caso. Conocer sobre la autopercepción del paciente sobre su problemática, en este caso la disfagia, nos permite establecer la magnitud que cobra en su vida y los efectos de la terapéutica si se vuelve a indagar sobre aquellos síntomas luego del tratamiento realizado.

De manera coincidente con otros estudios publicados (Lourijsen et al., 2016; Galindo et al., 2018; Abu Bakar et al., 2018), en la muestra estudiada se puede identificar que, dentro de la población madura, son los adultos jóvenes quienes más consultan por síntomas relacionados a hipertrofia de AP (o amigdalitis), con una preponderancia de mujeres en una relación aproximada de 2 a 1 respecto a los hombres según el sexo biológico.

No se han hallado estudios similares sobre la caracterización clínica autopercebida de disfagia estructural por hipertrofia amigdalina que posibilite la comparación de los resultados.

Se obtuvo puntuación muy alta, indicando mayor severidad, en el ítem que indaga sobre la limitación para comer fuera de su hogar, lo cual pone el foco en cuestiones que van más allá de lo fisiopatológico y alteran la rutina y calidad de vida de los individuos que padecen hipertrofia amigdalina. Por el contrario, la carga sintomática más baja se encontró para el ítem que se refiere a la deglución de líquidos como algo fácil para estos pacientes. El dolor y estrés asociado al trago, la dificultad en la ingesta de alimentos sólidos y la pérdida de peso también fueron síntomas de consideración en relación con su prevalencia y severidad informados por los pacientes.

El 88% de la muestra estuvo constituida por HC de pacientes con hipertrofia de AP grado III (al menos unilateral) al momento del examen físico, y el resto de grado II bilateral. Esto podría determinar que es al menos a partir de este grado de hipertrofia cuando los pacientes presentan los síntomas descriptos en el estudio.

Es necesario continuar recolectando casos para verificar el proceso en su totalidad y estudiar los cambios en los síntomas posteriores a la terapéutica indicada.

Conclusiones

El estudio describe cómo autopercebien los pacientes con hipertrofia amigdalina y amigdalitis su disfagia. Este conocimiento posibilita una valoración clínica más detallada del impacto de la disfagia estructural en la calidad de vida de los individuos que sufren esta problemática. La Escala EAT-10 es una herramienta adecuada para obtener esta información por su alto nivel de confiabilidad y especificidad en el diagnóstico de disfagia estructurales.

En investigaciones futuras sería recomendable analizar -usando la misma escala- las variaciones sintomáticas posteriores al tratamiento médico para verificar el proceso en su totalidad.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

Abu Bakar, M., McKimm, J., Haque, S. Z., Majumder, M. A. A., & Haque, M. (2018). Chronic tonsillitis and biofilms: A brief overview of treatment modalities. *Journal of Inflammation Research*, 11, 329–337. <https://doi.org/10.2147/JIR.S162486>

Alvo, A., C., M. S., M., C. S., & Gianini, R. V. (2016). Amigdalectomía y adenoidectomía: Conceptos, técnicas y recomendaciones. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 76(1), 99–110. <https://doi.org/10.4067/s0718-48162016000100015>

Belafsky, P. C., Mouadeb, D. A., Rees, C. J., Pryor, J. C., Postma, G. N., Allen, J., & Leonard, R. J. (2008). Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *The*

Annals of Otology, Rhinology, and Laryngology, 117(12), 919–924. <https://doi.org/10.1177/000348940811701210>

Brodsky, L. (1989). Modern assessment of tonsils and adenoids. *Pediatric Clinics of North America*, 36(6), 1551–1569. [https://doi.org/10.1016/s0031-3955\(16\)36806-7](https://doi.org/10.1016/s0031-3955(16)36806-7)

Burgos, R., Sarto, B., Segurola, H., Romagosa, A., Puiggrós, C., Vázquez, C., Cárdenas, G., Barcons, N., Araujo, K., & Pérez-Portabella, C. (2013). Translation and validation of the Spanish version of the EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) for the screening of dysphagia. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2048–2054. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6100>

Clavé Civit, P., & García Peris, P. (2013). *Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea*. Editorial Glosa, S.L.

Galindo Torres, B. P., De Miguel García, F., & Whyte Orozco, J. (2018). Tonsillectomy in adults: Analysis of indications and complications. *Auris Nasus Larynx*, 45(3), 517–521. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2017.08.012>

González V., R., & Bevilacqua, J. A. (2009). Disfagia en el paciente neurológico. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 20(3), 252–262. <https://doi.org/10.5354/2735-7996.2009.76581>

Guari Manekkar. (2015). *Swallowing – Physiology, Disorders, Diagnosis and Therapy*. Springer.

Hernández Paz, S. H., & García Guzmán, C. M. (2006). Consideraciones sobre amigdalectomía y adenoidectomía. *Anales de Otorrinolaringología de México*, 51(4), 183–191. <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2006/aom064i.pdf>

Hong, S. A., LaGorio, L., & Husain, I. (2020). Post-tonsillectomy dysphagia secondary to glossopharyngeal nerve injury. *BMJ Case Reports*, 13(1), e232657. <https://doi.org/10.1136/bcr-2019-232657>

Logemann, J. (1998). *Evaluation and treatment of swallowing disorders* (2.^a ed.). PRO-ED.

Lourijsen, E. S., Wong Chung, J. E., Koopman, J. P., & Blom, H. M. (2016). Post-operative morbidity and 1-year outcomes in CO2-laser tonsillotomy versus dissection tonsillectomy. *Acta Oto-Laryngologica*, 136(10), 983–990. <https://doi.org/10.1080/00016489.2016.1183040>

Merino, G. G., Candela, C. G., & López, I. F. (2007). *Diagnóstico e intervención nutricional en la disfagia orofaríngea: aspectos prácticos*. Editorial Glosa, S.L.

Muñoz-Lombo, J. P., Aguas-Agredo, J. D., & Espinosa Ortiz, D. (2021). Amigdalitis prolongada con pobre respuesta al manejo: Raro caso de tuberculosis extrapulmonar. *Acta Otorrinolaringológica y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 49(2), 142–146. <https://doi.org/10.37076/acrol.v49i2.526>

Murciego, P., Giménez, P., & Santamaría, N. (2019). Fundamentos de la disfagia en el adulto. En J. Paniagua, F. Susaníbar, P. Giménez, P. Murciego, & R. García (Coords.), *Disfagia: De la evidencia científica a la práctica clínica* (1.^a ed., Vol. 1, pp. 143–171). Editorial GiuntiEOS.

Pérez, F. C., Del Guayo, G. M., Tabar, A. O., & Broto, J. P. (2002). A propósito de un caso: Gran tonsilolito en amígdala palatina. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 53(3), 207–210. [https://doi.org/10.1016/s0001-6519\(02\)78302-7](https://doi.org/10.1016/s0001-6519(02)78302-7)

Randall, D. A. (2020). Current indications for tonsillectomy and adenoidectomy. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 33(6), 1025–1030. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.06.200038>

Ünlü, E. C. E., & Öcal, F. C. A. (2020). Can Eating Assessment Tool (EAT-10) anticipate objective findings of dysphagia patients? *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi*, 28(2), 146–151. <https://doi.org/10.24179/kbbbbc.2020-75224>

Vaiman, M., Krakovski, D., & Gavriel, H. (2007). Swallowing before and after tonsillectomy as evaluated by surface electromyography. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 137(1), 138–145. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2007.02.013>

Wong Chung, J. E. R. E., van Benthem, P. P. G., & Blom, H. M. (2018). Tonsillotomy versus tonsillectomy in adults suffering from tonsil-related afflictions: A systematic review. *Acta Oto-Laryngologica*, 138(5), 492–501. <https://doi.org/10.1080/00016489.2017.1412500>