

M. T. de Lucas-Taracena
F. Montañés-Rada

Fobia a tragar: clínica, diagnóstico y tratamiento

Fundación Hospital Alcorcón
Madrid

Introducción. La fobia a tragar (o a atragantarse) se caracteriza por miedo a atragantarse al ingerir comida, líquidos o pastillas, a veces tras un episodio de atragantamiento con comida.

Métodos. Se han analizado las publicaciones entre 1978 y 2005 en las que se recogían 41 casos con fobia a tragar. Se estudiaron las variables clínicas y terapéuticas del trastorno.

Resultados. Parece suceder más en mujeres (dos tercios de los casos) y tiene una alta comorbilidad con trastornos de ansiedad (pánico, 41%; patología obsesiva, 22%, y ansiedad de separación, 15%). Con frecuencia existen antecedentes traumáticos en la ingesta o sucesos vitales (56 y 44%, respectivamente). Se han mostrado eficaces los tratamientos cognitivo-conductuales, así como fármacos antipánico (alprazolam, lorazepam, bromazepam, imipramina, clomipramina, fluoxetina, paroxetina) con una tasa de remisiones completas del 58,5%. Estudiamos las diferencias por sexo y por tratamientos utilizados.

Palabras clave:
Fobia. Tragar. Atragantarse. Alimentación. Comorbilidad.

Actas Esp Psiquiatr 2006;34(5):309-316

Swallowing phobia: symptoms, diagnosis and treatment

Introduction. Choking phobia (or swallowing phobia) is characterized by a fear of swallowing foods, liquids or pills, sometimes after an episode of choking on food.

Methods. Forty-one case reports on swallowing phobia from 1978 to 2005 were studied. Clinical and therapeutic variables of the disorder were studied.

Results. It appears to occur more often in females (two-thirds of the cases) and has a high comorbidity with anxiety disorders (panic disorder, 41%; obsessive conditions, 22%, and separation anxiety, 15%). Life-events

and eating traumatic antecedents are frequently present (44% and 56% cases, respectively). Cognitive-behavioral treatments have been of proven efficacy, as well as anti-panic drugs (alprazolam, lorazepam, bromazepam, imipramine, clomipramine, fluoxetine, paroxetine) with a remission rate of 58.5%. Gender and treatment differences are also analyzed.

Key words:
Phobia. Choking. Swallowing. Eating. Comorbidity.

INTRODUCCIÓN

La fobia a tragar o a atragantarse se caracteriza por miedo a ahogarse al tragar comida, bebidas o pastillas. La prevalencia se desconoce, aunque podría tratarse de un trastorno bastante frecuente. Sin embargo, sólo aparece en la literatura científica internacional la descripción clínica de 41 casos¹⁻¹⁸, y de hecho la primera descripción clínica no aparece hasta 1978. Por ello no tiene entidad diagnóstica propia reconocida en las clasificaciones internacionales; por ejemplo, figura en la cuarta edición revisada del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) como una fobia específica en la categoría residual, junto con las fobias a vomitar o a contraer una enfermedad¹⁹.

No obstante, nuestro grupo pensamos que esta patología merece una atención mayor dado que puede asociar complicaciones físicas y psiquiátricas importantes tanto a nivel físico (deshidratación, desnutrición, pérdida de peso) como psiquiátrico (tanto por actitudes evitativas o depresivas secundarias como por su elevada comorbilidad).

MÉTODOS

Se han analizado las publicaciones recogidas en Medline entre 1978 y 2005 (tabla 1) donde se describían 41 casos de fobia a tragar o atragantarse (en inglés: *swallowing or choking phobia*).

De cada trabajo se tomaron las siguientes variables: sexo, edad, antecedente de atragantamiento o sucesos traumáticos

Correspondencia:
María Teresa de Lucas Taracena
Melilla, 29 B, 1.º A
28005 Madrid
Correo electrónico: mdtlucas@aepij.com

Tabla 1 Casos publicados con fobia a tragar (1978-2005)

Referencia	N.º casos	Edad	Sexo	Comorbilidad	Tratamiento	Evolución
Bailly et al., 2003 ¹	1	11	1 M	POC, AS	TCC+FLX	RP
Ball y Otto, 1994 ²	3	20-33	3 M	n=1 DEP+TP n=1 TP+POC	TCC	2 RC, 1 RP
Brown et al., 1992 ³	1	36	1 H	—	TCC	RC
Brown et al., 1986 ⁴	3	40-78	3 M	n=1 ALZ, n=2 DEP+TP	n=1 IMI n=1 FNC n=1 TCP	RC
Chatoor et al., 1988 ⁵	5	8-11	2 H 3 M	n=1 AS n=2 DEP n=1 ND n=1 POC n=1 PS n=2 TS	N=5 TCC N=2 IMI	n=3 RC n=1 RP n=1 TRF
Chorpita et al., 1997 ⁶	1	13	1 M	TP	TCC	RP
De Lucas et al., 2001 ⁷	1	14	1 M	—	TCC	RC
Greenberg et al., 1986 ⁸	2	24 y 60	2 M	n=2 TP	ALP	RC
Greenberg et al., 1988 ⁹	3	28-43	1 H 2 M	n=1 TP	ALP	n=2 RC n=1 RP
Kaplan y Evans, 1978 ¹⁰	1	29	1 M	—	TCC	RP
Kaplan, 1987 ¹¹	1	34	1 M	DEP	IMI	RC
Landy, 1988 ¹²	1	10	1 H	AS	TCC	RP
Liebowitz, 1987 ¹³	2	20 y 39	2 M	n=1 TP n=1 DEP	ALP	n=1 RC n=1 RP
Lukach y Bruce, 1988 ¹⁴	1	49	1 M	—	TCC	RC
McNally, 1986 ¹⁵	1	30	1 H	—	TCC	RC
Montañés et al., 2005 ¹⁶	9	9-42	4 H 5 M	N=2 AS N=1 DEP N=1 ND N=3 PEA N=4 POC N=6 TP N=6 TS	n=4 TCC n=2 TCC+CMI+ALP n=1 TCC+BRZ n=1 TCC+BRZ n=1 TCC+LRZ+PRX	n=1 RC n=2 RP n=1 RR n=1 TRF n=1 DPA
Ost, 1992 ¹⁷	1	68	1 M	—	TCC	RC
Solyom, 1980 ¹⁸	4	21-60	4 H	n=2 POC n=2 TP n=1 TS	TCC	n=2 RC n=1 RP n=1 DPA

H: hombre; M: mujer; ALZ: demencia Alzheimer; AS: ansiedad de separación; DEP: trastorno depresivo; ND: trastorno negativista desafiante; PEA: personalidad evitativa-ansiosa; POC: patología obsesivo-compulsiva; PS: trastorno psicótico; TP: trastorno de pánico y/o agorafobia; TS: trastorno de sueño; ALP: alprazolam; BRZ: bromazepam; LRZ: lorazepam; CMI: clomipramina; IMI: imipramina; FLX: fluoxetina; PRX: paroxetina; TCC: tratamiento cognitivo-conductual; RC: remisión completa; RP: remisión parcial; RR: remisión completa con posterior recidiva; TRF: transformación (remisión completa con posterior aparición de trastorno diferente); DPA: desconocida (evolución) por abandono.

durante la ingesta, problemas previos con la alimentación, presencia de estresores ambientales, existencia de síntomas como regurgitación o cuerpo extraño, tiempo de evolución de la fobia hasta llegar a consulta, existencia de comorbilidad con otros problemas psiquiátricos, tratamiento prescrito para la fobia previamente a la consulta, tratamiento pautado eficaz, evolución hacia remisión u otros, tiempo que tarda en mejorar y tiempo de seguimiento del paciente (en meses).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Epidemiología y sintomatología clínica

En este trastorno se ha descrito en general una predominancia femenina²⁰ y, en efecto, al estudiar los casos en su conjunto había una mayor proporción de mujeres, llegando casi a los dos tercios (65,8%). La edad de los pacientes es

muy variable y oscilaba entre 8 y 78 años. Hay descritos casos en todas las edades, desde niños y adolescentes^{1, 5-7,12,16} hasta ancianos^{4,17,18}, si bien lo más frecuente es que aparezca en la edad media de la vida, siendo como promedio $31,36 \pm 19,5$ años.

Uno de los conceptos que se ha manejado comúnmente en relación con la fobia a tragar es la existencia de un suceso traumático de atragantamiento, tras el cual se desarrolla el miedo a tragar y a atragantarse durante la ingesta. Sin embargo, al revisar los casos descritos hay un alto porcentaje de casos en que no existe tal situación como antecedente, ni siquiera algún suceso que pueda relacionarse (como veremos). Sólo un 39% de pacientes se había atragantado previamente con un alimento, desarrollando posteriormente el miedo a tragar. Los alimentos eran muy variados: carne, gambas, pescado o raspas, patatas fritas o palomitas, frutos secos, pasta, etc. Había otros cinco casos (12,2%), todas ellas mujeres, que si bien no se habían atragantado con un alimento, habían sufrido algún problema en el momento de la ingesta, desarrollando después la fobia: un caso había sido testigo de un tiroteo en un restaurante donde estaba comiendo¹⁰, otro había sufrido un ataque de pánico mientras comía⁴, una tercera paciente había tenido que tomar una medicación desagradable por vía oral en la infancia tras lo cual desarrolló la fobia¹⁴, en otra paciente la fobia había surgido tras un período de disfagia muy dolorosa por mononucleosis infecciosa⁷ y finalmente otra paciente había comenzado con la fobia tras haberse roto un diente comiendo¹⁶. Hay dos casos adicionales donde la fobia se inició tras presenciar un episodio de atragantamiento en un familiar con el que se convive^{1,18}. En el resto de casos (43,9%) no había ningún antecedente de este tipo.

En cambio lo que hemos encontrado es que, aunque no se subraya en la literatura como uno de los rasgos característicos de la fobia a tragar, en las descripciones sí se narra en 43,9% de los casos la presencia de estresores vitales que o bien se vinculan al inicio de la fobia o aumentan su intensidad. Así, en un 4,9% de casos había el antecedente de estrés académico (exámenes escolares o entrada en la universidad), en un 9,75% de casos la fobia había comenzado al comenzar el paciente una patología física o recibir un nuevo diagnóstico y en otro caso (2,44%) la fobia guardaba relación con estrés laboral. Pero lo más frecuente era que el estresor fuera la problemática dentro del núcleo familiar (26,83% de los casos). Hay que destacar que en el resto de casos publicados no podemos afirmar que estos estresores no existieran, ya que la no existencia de este dato en las descripciones clínicas disponibles puede deberse tanto a la ausencia de estresor como a no haber valorado esta posibilidad al evaluar el caso.

Lo mismo sucede si nos fijamos en posibles síntomas asociados a la fobia a tragar, como pueden ser la presencia de regurgitación o de sensación de cuerpo extraño. Hay tres casos (7,32%) en los que se describe la presencia de regurgitación^{16,18}, uno de ellos padecía un reflejo nauseoso hiper-

activo¹⁸ y dos casos (4,88%) con sensación de cuerpo extraño (Montañés). Pero dado que de los nueve casos de la serie de Montañés¹⁶ dos presentaban regurgitación y otros dos sensación de cuerpo extraño, nos parece más probable que en el resto de casos o series publicadas lo que suceda es que no se haya investigado la presencia de estos síntomas en los casos de fobia a tragar en lugar de que simplemente no aparezcan.

El tiempo de evolución de la fobia hasta acudir a consulta puede ser muy variable, oscilando entre 5 semanas y 30 años, siendo la media de unos 4 años ($48,09 \pm 82,63$ meses). En general lo que hemos observado es que en los adultos el tiempo de evolución previa es mayor que en niños y adolescentes: como promedio $68,6 \pm 98$ meses frente a $14,4 \pm 27,8$ meses (rangos: 2-360 y 1,25-96, respectivamente). Los casos que tardan más en acudir a consulta suelen tratarse de fobias a tragar no completas, es decir, evitan un tipo de alimentos, pero siguen ingiriendo otros, o bien la fobia no es constante, sino que se agrava en relación a estresores y mejora en otros momentos, y en general no suele haber pérdidas de peso o si las hay no son muy llamativas^{7,16}. Es el clásico criterio usado en el diagnóstico de trastornos mentales, del grado en que el trastorno psiquiátrico interfiere en la vida diaria del sujeto¹⁹.

La comorbilidad con otros trastornos, principalmente ansiosos, es muy frecuente. No obstante, en general no se ha descrito como algo característico de la fobia a tragar. Por tanto, al describir a los pacientes en las publicaciones hay algunos casos en que se cita que padecen algún trastorno asociado a la fobia a tragar, pero en algunos no se especifica si hay o no comorbilidad, lo cual de nuevo no nos parece suficiente para garantizar su ausencia. Más bien al contrario, existe una buena revisión sobre el tema²⁰ donde se enfatizan las diferencias entre la fobia a tragar y una serie de trastornos (pánico, trastornos obsesivos, etc.) para poder descartar estos trastornos en el diagnóstico diferencial, lo que puede haber llevado a infravalorar la presencia de trastornos asociados. Nosotros al revisar los casos publicados hemos encontrado que existe comorbilidad con cuadros depresivos en el 17% de los casos, con trastorno de pánico en el 41,46%, con patología obsesivo-compulsiva (rasgos de personalidad o trastorno) en el 21,95% y con ansiedad de separación en el 14,63% de los casos publicados (con su equivalente adulto, la personalidad ansiosa-evitativa en otro 4,9%). Hay también trastornos del sueño en el 7,3% de pacientes, trastorno negativista desafiante en un caso (2,44%) y ambos en otro caso⁵. Finalmente aparece en otras patologías donde nos parece que puede tratarse de un síntoma a tener en cuenta, pues puede complicar la evolución por la desnutrición secundaria: hay recogido un caso en una paciente con demencia de Alzheimer⁴ y otros dos casos de pacientes psicóticos o, a nuestro juicio, con trastorno obsesivo-compulsivo psicótico^{5,18}, ambos con muy mala evolución a tenor de la descripción clínica.

En cuanto a si existe agregación familiar del problema de la fobia a tragar o bien presencia de otros trastornos ansio-

sos (u otros) en la familia de los casos, no podemos extraer conclusiones con los datos disponibles en los casos publicados. De nuevo creemos que puede no haberse investigado en la mayoría de los pacientes descritos la presencia de antecedentes familiares, puesto que sólo aparecen presentes en cuatro casos, uno de ellos el descrito por De Lucas⁷: ansiedad generalizada en la madre, y tres pertenecientes de nuevo a la serie de nueve casos de Montañés¹⁶: tricotilomanía en una tía de la paciente, personalidad evitativa-ansiosa en la madre de otro caso y tics en el hijo de otra paciente. Todos los casos con antecedentes familiares eran mujeres.

Diferencias por sexo

Las diferencias de edad por sexos eran escasas: $32,74 \pm 18,94$ años las mujeres y $28,71 \pm 21$ años los hombres.

De los sujetos con antecedente de atragantamiento, el 68,75% eran mujeres (cifra similar a la de mujeres en la muestra total: 65,8%) y sólo había diferencias en el hecho de haber sufrido un problema (diferente del atragantamiento) durante la ingesta previo a la fobia: los cinco casos en que se dio esta circunstancia eran mujeres.

Respecto a la presencia de estresores ambientales, los dos casos de estresor académico eran hombres, así como el único caso de estresor laboral. Había igual número de hombres y mujeres cuyo estresor era el inicio de una patología médica. Y las mujeres cuyo estresor era familiar eran un 63,6%, cifra similar a su proporción en la muestra total.

Había igual número de hombres y mujeres con problemas de alimentación previos al inicio de la fobia.

Los tres casos que presentaban regurgitación eran hombres, mientras que las dos pacientes que tenían sensación de cuerpo extraño eran mujeres.

El tiempo de evolución de la fobia era mayor en hombres: como promedio $80,12 \pm 113$ meses (rango: 1,25-360) frente a un promedio en mujeres de $31,23 \pm 57,45$ meses (rango: 1,5-240 meses). Tratamiento previo sólo lo habían tenido tres casos y todas eran mujeres.

Los cuatro casos que tenían antecedentes familiares eran mujeres. Respecto a la presencia de comorbilidad, como datos destacables y recordando que la proporción de mujeres en la muestra era 65,8%, fue más frecuente en ellas tener asociado un trastorno depresivo (87,5% de los casos con esta comorbilidad eran mujeres), pánico (82,3%) y personalidad evitativa (los dos casos eran mujeres) y algo menos frecuente en ellas la patología obsesivo-compulsiva (55,5%).

Recibieron tratamiento farmacológico exclusivamente, las mujeres con mayor frecuencia que los hombres (37 y 7%, respectivamente). Los casos que recibieron alprazolam fueron femeninos en su mayoría (89%) y todos los casos

que recibieron inhibidores de monoaminooxidasa (IMAO) o inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) eran asimismo mujeres. A la inversa, recibieron tratamiento cognitivo-conductual exclusivamente los hombres con mayor frecuencia que las mujeres (78,57 y 40,74%, respectivamente). Por último, en el tratamiento combinado había una tendencia a usarlo más en mujeres que en hombres (22,2 frente a 14,3%)

El porcentaje de remisiones completas en mujeres (70,8%) fue escasamente superior a la proporción de mujeres en la muestra (65,8%).

No había diferencias destacables en el tiempo que tardaban en mejorar ni el período que permanecían en seguimiento los casos femeninos y masculinos, como tampoco en el porcentaje de abandonos.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

A tenor de los datos disponibles es poco frecuente que los casos hayan tomado o recibido algún tratamiento antes de acudir a la consulta puesto que sólo se describe que hubieran recibido tratamiento previo tres casos (7,3%) antes de acudir a consulta, lo que resulta extraño dada la larga evolución de la patología en la mayoría de casos (como hemos visto, 4 años como promedio), si bien puede deberse a que las fobias fueran incapacitantes como ya hemos visto. Los tres casos corresponden a mujeres adultas jóvenes (33, 39 y 42 años, respectivamente) y habían recibido benzodiazepinas: alprazolam², bromazepam o lorazepam¹⁶.

En cuanto al tratamiento que suele emplearse y que se describe que fue eficaz en los pacientes, no hemos incluido los abordajes basados en hipnosis^{21,22} dado su escaso uso en nuestro medio. Respecto al resto de abordajes (tabla 1), fue mayoritariamente psicológico: tratamiento cognitivo-conductual (TCC) en el 73,17% de los casos publicados, bien solo (53,6%) o combinado con fármacos (19,5%).

En cuanto a los fármacos utilizados, fueron benzodiazepinas (alprazolam, bromazepam y lorazepam) o antidepresivos con eficacia reconocida antipánico (tríclicos: imipramina o clomipramina; IMAO: fenelzina y tranilcipromina; ISRS: fluoxetina y paroxetina). La benzodiazepina más utilizada suele ser el alprazolam, pues se administró en el 21,88% de los pacientes, bien sola en el 17% de sujetos^{8,9,13} o combinada en el 4,88% de casos¹⁶. La proporción de remisiones completas cuando se utilizó sola fue relativamente alta (71,4%), pero muy baja al asociarse a TCC o TCC más clomipramina (25%). Se han utilizado dosis muy variables, desde 2 mg/día a 8 mg/día y parece que las remisiones completas son más frecuentes con las dosis intermedias (4 mg/día), si bien el escaso número de casos no permite afirmarlo con certeza.

Sólo hay descrito un caso tratado con lorazepam (junto a paroxetina y TCC), donde cedió la fobia, pero surgió luego

un trastorno ansioso¹⁶ y otro con bromazepam (junto a TCC) que evolucionó a remisión completa¹⁶.

El antidepresivo más utilizado es la imipramina, bien sola en dos casos^{4,11} o bien asociada a TCC en otros dos casos⁵. En tres de estos cuatro casos se logró remisión completa. Hay también dos casos¹⁶ descritos donde se utilizó clomipramina: en un caso a dosis de 37,5 mg/día y en el otro 125 mg/día (v. anteriormente), y dos casos tratados con IMAO: uno con fenelzina que logró remisión completa y otro con tranilcipromina que alcanzó remisión parcial⁴.

Respecto a los ISRS se han usado asociados a TCC y su uso es muy reciente: hay descrito un caso de 2003 con fluoxetina¹ que logró remisión parcial y otros dos casos de 2005 con paroxetina¹⁶, de los cuales uno logró remisión completa y en el otro hubo transformación a trastorno ansioso generalizado.

El tiempo que pueden tardar en mejorar los casos es muy variable. Es un dato que sólo se recoge en 17 de los 41 casos publicados, y según esto fue de 1-18 meses, siendo como promedio de $3,7 \pm$ meses.

La evolución a remisión completa sin complicaciones suele darse en menos de dos tercios de los casos. Según los datos publicados hubo remisión completa en el 58,5% de los pacientes, y remisión parcial en el 29,27%. En un paciente (2,44% del total) después de una remisión completa hubo una recaída similar en características y que remitió igualmente usando el mismo tratamiento inicial¹⁶. Hubo dos pacientes donde tras darse una remisión completa surgió posteriormente un problema psiquiátrico que puede estar en relación con la fobia: en un caso un trastorno ansioso generalizado¹⁶ y en otro un trastorno negativista desafiante⁵ (que, como hemos

visto, puede también tener comorbilidad con la fobia o bien puede corresponder, en algunos niños con ansiedad de separación, a llamadas de atención para evitar la separación).

De los 41 casos, hay cinco (12,2%) de los que no se poseen datos sobre seguimiento puesto que abandonaron la terapia^{2,9,10,16,18}. En el resto el período de seguimiento de los casos fue 1-24 meses y en promedio $7,4 \pm 15$ meses.

Diferencias por tratamiento

Las principales diferencias se resumen en la tabla 2. Los pacientes tratados sólo con fármacos, que suelen ser de mayor edad que los de los otros grupos y son mayoritariamente mujeres, tendrían el mayor porcentaje de remisiones completas (72,7%), pero en general no se especifica cuánto tiempo se precisa para lograr esa mejoría y no hay datos de seguimiento que nos indiquen si posteriormente existe una recidiva o transformación a otro síntoma o no.

En el extremo opuesto estarían los pacientes tratados con una combinación de TCC y psicofármacos. En este grupo el porcentaje de remisiones completas es sólo del 37,5% y serían además los que más tardan en mejorar (casi 6 meses como media). Podría tratarse de casos más graves, donde la patología interfiere más en la vida diaria, puesto que acuden antes a la consulta que los otros grupos (llevan menos de 5 meses de evolución) y permanecen más tiempo en seguimiento (algo más de 1 año).

En el grupo más numeroso de pacientes, que fueron los que recibieron TCC solamente, llevaban casi 6 años con el problema hasta que acuden a consulta, pero mejoran en 2,4 meses como media y el porcentaje de remisiones completas es del 59%.

Tabla 2	Diferencias según el tratamiento utilizado		
	Fármacos solos	TCC solo	Fármacos + TCC
Número de casos	11	22	8
Edad	$42,5 \pm 18,2$ años	$28,95 \pm 19,81$ años	$22,6 \pm 14,8$ años
Rango de edades	20-78 años	8-75 años	9-42 años
Tiempo de evolución previa (TEV)	51 ± 86 meses	$71,4 \pm 97,3$ meses	$4,78 \pm 3,54$ meses
Rango de TEV	2-240 meses	1,5-360 meses	1,25-12 meses
Tiempo para mejorar (TM)	1 mes*	$2,4 \pm 0,8$ meses**	$5,7 \pm 5,8$ meses***
Rango de TM	1 mes*	1-3 meses**	1-18 meses***
Tiempo de seguimiento (TS)	No hay datos	$4,3 \pm 15,7$ meses	$13,6 \pm 14,7$ meses
Rango de TS	No hay datos	0-16 meses	1-24 meses
Porcentaje de remisiones completas	72,7%	59%	37,5%
Porcentaje de mujeres	90,9%	50%	75%

*Sólo datos de seguimiento de un caso (n=1). **Sólo datos de seguimiento de nueve casos. ***Sólo datos de seguimiento de siete casos. TCC: tratamiento cognitivo-conductual.

En general el pequeño número de casos (relativamente) por cada uno de los tratamientos, en especial los farmacológicos, y la ausencia de datos sobre seguimiento en algunos de los subgrupos, son los factores que nos han hecho descartar la posibilidad de analizar estadísticamente los resultados.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En este cuadro es muy importante establecer inicialmente una exclusión de cualquier patología orgánica que pudiera producir los síntomas^{23,24}. Ya en la anamnesis podemos establecer en muchos casos si se trata de miedo a tragar (se trataría de la fobia genuina) o, por el contrario, existen una serie de molestias reales que hacen que el sujeto evite la ingesta o ésta le sea desagradable; dichas molestias deberían ser corregidas en primer lugar. Es frecuente que estos síntomas surjan en las consultas odontológicas, ya que en los tratamientos dentales los pacientes se encuentran ante situaciones que provocan miedo extremo a asfixiarse o atragantarse: mantener la boca llena de agua, hacerse radiografías dentales o hacerse empastes dentales²³. Pero también puede ser frecuente que si, una vez realizadas las pruebas complementarias más básicas o usuales en cuanto a aparato digestivo, éstas no son concluyentes se etiquete el cuadro como de origen psicológico antes de realizar una anamnesis más cuidadosa o pruebas complementarias más específicas. Con esta reflexión de fondo, Stacher²⁴ realizó un trabajo donde estudió a 58 pacientes que habían sido remitidos para valoración a la unidad de psicofisiología de la Universidad de Viena bajo los diagnósticos de trastorno de deglución psicogénico, psicósomático o funcional, vómitos psicógenos, neurosis de conversión, anorexia nerviosa, trastornos psicósomáticos en embarazo, fobia a cáncer o cardíaca o trastorno depresivo. Cuando se realizaron pruebas manométricas, pH métricas o endoscópicas en absolutamente todos los pacientes se encontró que existían trastornos orgánicos reales: en 36 casos acalasia, en cinco acalasia vigorosa, en otros cinco espasmos esofágicos difusos, en seis alteraciones de la contracción esofágica inferior, en uno descoordinación faringoesofágica, en otro úlcera gástrica en cardias y en cuatro casos existía reflujo gastroesofágico (de los cuales uno tenía un esfínter esofágico superior hipertónico). Por tanto debe evitarse el establecer *a priori* presunciones de etiología psicógena ante estos síntomas, siendo más adecuado estudiarse con manometría y/o pH metría a fin de encontrar la naturaleza del problema y poder dar así un tratamiento específico, al menos en los casos en los que se pueda sospechar con más fundamento una etiología orgánica. Estos casos pensamos que serían los que presenten un dolor o dificultad real a tragar más que miedo a hacerlo⁷, si bien existe la posibilidad de que tras el dolor al tragar se pueda desarrollar miedo de modo secundario.

Existen asimismo dos situaciones en las que puede estar dificultada la deglución sin que se trate de una fobia a tragar auténtica. En sujetos con reflejo nauseoso hipersensible

no necesariamente se ve miedo a atragantarse, y a su vez los pacientes con fobia a atragantarse no tienen por qué tener un reflejo hipersensible, y por otro lado estaría el *globus* (sensación de nudo en la garganta), que puede aparecer casi en el 45% de personas como respuesta a emociones o síntoma conversivo, pero no hay miedo a asfixiarse con comida⁷.

También es muy importante descartar un trastorno de la conducta alimentaria^{1,7,25}. La derivación que nos llega puede estar muy sesgada por la impresión inicial: es fácil la confusión cuando la fobia ha durado un período largo y/o ha incluido muchos tipos diferentes de alimentos (y se ha producido una pérdida de peso importante) o bien cuando se evitan especialmente alimentos hipercalóricos como pan, fritos y carne. Ya describimos⁷ a una paciente de 14 años derivada a salud mental con el diagnóstico de presunción de anorexia nerviosa, en cuya valoración se descartó tal trastorno debido a la inexistencia de distorsión de imagen corporal o de alteraciones físicas coherentes (amenorrea, pérdida de peso, etc.), y también Bailly expuso el caso de una niña de 11 años cuya fobia a tragar produjo una pérdida de peso tan grave que precisó ingreso con la sospecha diagnóstica de anorexia nerviosa grave¹. No obstante, los pacientes con fobia a atragantarse no suelen temer el aumento de peso, y de hecho la mayoría desean recuperar el peso perdido. Nos parece muy interesante el trabajo de Barofsky²⁵, que estudió a sujetos adultos cuyo motivo de consulta era «disfagia psicogénica»; a estos sujetos se les administró una prueba para medir el malestar psicológico general (SCL-90), así como un test habitualmente usado en la detección y seguimiento de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2). Los resultados obtenidos en el EDI-2 se compararon luego con los obtenidos con muestras de hombres y mujeres universitarios con anorexia nerviosa, y las puntuaciones en el SCL-90 se compararon con datos publicados de pacientes con disfagia de causa orgánica (trastorno de motilidad, obstrucción u otros). Los resultados mostraron que frente a los pacientes anoréxicos los disfágicos funcionales puntuaban significativamente más bajo en todas las dimensiones del EDI-2 salvo en el miedo a madurar (ya hemos visto la relación de la fobia a tragar con ansiedad de separación y en general con trastornos de ansiedad que en su historia natural buscan el apoyo del entorno, como los trastornos de pánico o la patología obsesivo-compulsiva). En cambio, en el SCL-90 puntuaban significativamente más que los grupos controles en sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad y en el índice general de gravedad. Estos resultados parecen descartar la existencia de alteraciones en la esfera alimentaria, en los disfágicos funcionales, si bien parecen presentar niveles clínicos significativos de malestar psicológico, particularmente ansiedad.

En esta patología ya hemos visto que es muy frecuente la asociación con otros trastornos psiquiátricos; la más frecuente con trastorno de pánico. Dada la alta frecuencia de asociación del pánico con la fobia a tragar (aparecía en más del 40% de casos), parece especialmente importante diferenciar ambas entidades. Una idea que ha surgido reciente-

mente²⁶ es que además de los subtipos clínicos aceptados del trastorno de pánico (cardíaco y vestibular) exista un tercer subtipo (el faríngeo), cuyos síntomas se relacionan con la faringe; por ejemplo, sentir un nudo en la garganta, molestias al tragar o dolor en la región faríngea. Estos síntomas pueden estar presentes (o temerse) en la fobia a tragar tal y como la hemos descrito antes, lo que nos llevaría, en caso de no existir más síntomas, a considerar la fobia a tragar como una forma monosintomática de trastorno de pánico. En cambio, en los casos en que en nuestro medio, además de la fobia a tragar, diagnosticamos trastorno de pánico seguramente lo conveniente sería diagnosticar solamente dicho trastorno de pánico por considerar que la fobia a tragar sería un síntoma más del trastorno de pánico y por tanto estaría en él incluida.

Finalmente recordemos que este trastorno suele considerarse un subtipo de fobia simple o específica en las clasificaciones internacionales¹⁹, si bien en estas clasificaciones no figura un apartado diferente para esta fobia ni hay una distinción expresa respecto a otras en términos de datos clínicos y evolutivos. Los subtipos más establecidos de fobias específicas serían: miedo a animales (que incluiría insectos), miedo a sangre o a lesiones, fobias situacionales y finalmente el miedo a vomitar y a ahogarse al tragar. Himle et al.²⁷ han estudiado más en detalle estos trastornos, y concluyen que puede haber diferencias significativas entre los diferentes subtipos en cuanto a edad de inicio, agregación familiar, respuesta al tratamiento y psicofisiología. De este modo habría un predominio de casos femeninos en las fobias a animales y a atragantarse, mientras que en las otras la distribución por sexos es muy similar. Igualmente la presencia de historia familiar de fobias del mismo tipo sería significativamente diferente: máxima en las fobias situacionales, mínima en fobias a animales e intermedia en los otros dos tipos, si bien sólo era significativa la diferencia entre las fobias situacionales (con alta agregación familiar) y las fobias a animales. Esto, unido al pequeño tamaño de las muestras que maneja y el escaso número de variables clínicas estudiadas, hace deseable la presencia de estudios más amplios en este sentido.

CONCLUSIONES

En la descripción clínica que podemos trazar del trastorno destaca su aparición en todas las edades, algo predominante en mujeres (dos tercios de los casos), así como la presencia de estresores (44% casos), sobre todo familiares. En la génesis del trastorno suele haber un episodio de atragantamiento (39% casos) o circunstancia desagradable durante la ingesta (12%). Tiene una alta comorbilidad con trastornos ansiosos (pánico, 41%; patología obsesiva, 22%; ansiedad de separación, 15%; trastornos de sueño, 7%; etc.) y depresivos (17%). Suelen tardar en acudir a consulta (como promedio 4 años), si bien suelen mejorar pronto (menos de 4 meses). Con los tratamientos habituales (TCC, alprazolam, imipramina, etc.) suelen mejorar, si bien el porcentaje de remisiones completas es algo menor del 60%.

Los resultados del presente trabajo no pueden considerarse concluyentes dado el tamaño muestral, la escasez o ausencia de datos (sobre todo en determinadas variables) y, en definitiva, por la heterogeneidad de la muestra. Sería aconsejable que todos los trabajos incluyeran datos sobre estresores y sucesos traumáticos, así como síntomas asociados a la fobia; igualmente antecedentes familiares dada la alta comorbilidad personal, y, finalmente, sería conveniente que se especifique más el grado de mejoría alcanzada, la latencia en alcanzarla y la duración del seguimiento (y la evolución del problema durante este seguimiento).

Por tanto, creemos necesaria la realización de estudios bien diseñados y más sistemáticos que nos permitan detectar la patología para poder averiguar datos de prevalencia, así como obtener una casuística suficiente que posibilite conocer mejor la psicopatología y evolución del problema y de este modo diseñar mejores estrategias terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bailly D, de Chouly de Lendave MB, Dhaussy S, Baert F, Turck D. Choking phobia in childhood: a differential diagnosis with anorexia nervosa. *Arch Pediatr* 2003;10:337-9.
2. Ball SG, Otto MW. Cognitive-behavioural treatment of choking phobia: 3 case studies. *Psychother Psychosom* 1994;62: 207-11.
3. Brown GE, Nordloh S, Donowitz AJ. Systemic desensitization of oral hypersensitivity in a patient with a closed head injury. *Dysphagia* 1992;7:138-41.
4. Brown SR, Schwartz JM, Summergrad P, Jenike MA. Globus hystericus syndrome responsive to antidepressants. *Am J Psychiatry* 1986;143:917-8.
5. Chatoor I, Conley C, Dickson L. Food refusal after an incident of choking: a posttraumatic eating disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:105-10.
6. Chorpita BF, Vitali AE, Barlow DH. Behavioral treatment of choking phobia in an adolescent: an experimental analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1997;28:307-15.
7. De Lucas-Taracena MT, Ibarra I. Swallowing phobia: a case report. *Act Esp Psiquiatr* 2001;29:411-3.
8. Greenberg DB, Stern TA, Weilburg JB. Fear of choking. *J Fam Pract* 1986;22:547-8.
9. Greenberg DB, Stern TA, Weilburg JB. The fear of choking: three successfully treated cases. *Psychosomatics* 1988;29:126-9.
10. Kaplan PR, Evans IM. A case of functional dysphagia treated on the model of fear. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1978;9:71-2.
11. Kaplan RM. More on the globus hystericus syndrome. *Am J Psychiatry* 1987;144:528-9.
12. Landy G. Fear of choking and food refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:514-5.
13. Liebowitz MR. Globus hystericus and panic attacks. *Am J Psychiatry* 1987;144:390-1.
14. Lukach B, Bruce BK. Behavioral treatment of an oral liquid medication phobia in a liver transplant candidate. Presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. New York, 1988.

15. McNally RJ. Behavioral treatment of a choking phobia. *J Behav Ter Exp Psychiatry* 1986;17:185-8.
16. Montañés-Rada F, de Lucas-Taracena MT, Martín-Granero MA, Sánchez-Romero S. Fobia a tragar: presentación clínica de una serie de nueve casos. *Act Esp Psiquiatr* 2006 (en prensa).
17. Öst LG. Cognitive therapy in a case of choking phobia. *Behav Psychother* 1992;20:79-84.
18. Solyom L, Sookman D. Fear of choking and its treatment: a behavioural approach. *Can J Psychiatry* 1980;25:30-4.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. text revision (DSM-IV-TR)*. Washington: American Psychiatric Association Press, 2000.
20. McNally RJ. Choking phobia: a review of the literature. *Compr Psychiatry* 1994;35:83-9.
21. Epstein SJ, Deyoub PL. Hypnotherapy for fear of choking: treatment implications of a case report. *Int J Clin Exp Hypn* 1981;29:117-27.
22. Culbert TP, Kajander RL, Kohen DP, Reaney JB. Hypnbehavioral approaches for school-age children with dysphagia and food aversion: a case series. *J Dev Behav Pediatr* 1996;17:335-41.
23. De Jongh A. Choking phobia: symptomatology, diagnosis and treatment. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2000;107:8-11.
24. Stacher G. Differential diagnosis of psychosomatic deglutition disorders. *Wien Klin Wochenschr* 1986;98:658-63.
25. Barofsky I, Fontaine KR. Do psychogenic dysphagia patients have an eating disorder? *Dysphagia* 1998;13:24-7.
26. Kohl F. The pharyngeal anxiety syndrome: globus perception and pharyngeal sensations as an oligosymptomatic abortive form of an anxiety disorder? Nosologic, diagnostic and therapeutic aspects, illustrated with a case. *Psychiatr Prax* 1998;25: 256-9.
27. Himle JA, McPhee K, Cameron OG, Curtis GC. Simple phobia: evidence for heterogeneity. *Psychiatry Res* 1989;28:25-30.