

Caso clínico de Disfagia Esofágica

Dr. Francisco Javier Casado Caballero

Unidad de Aparato Digestivo

*Hospital Universitario San Cecilio. Complejo
Hospitalario de Granada*



Historia clínica

- ▶ Paciente varón de 65 años con antecedentes de:
 - ▶ Fumador de 10-15 cigarrillos/día
 - ▶ Bebedor de unos 40 g de alcohol/día
 - ▶ HTA en tratamiento con Olmesartan 40 mg
 - ▶ Fibrilación auricular en tratamiento con Sintron
 - ▶ Intervenido de hernia inguinal derecha

Historia clínica

- ▶ Consulta por dificultad para tragar de larga evolución (años), inicialmente era para líquidos e intermitentemente para sólidos. Se ayuda de agua para pasar la comida. A veces, tiene que “vomitar” la comida porque no le pasa.
- ▶ Al principio, lo llevaba bien pero ahora le ocurre cada vez con más frecuencia y ya le dificulta todas las comidas.

Historia clínica

- ▶ Hace 3 meses ingresó en el hospital por neumonía y, desde entonces, duerme con la cama incorporada porque le va mejor.
- ▶ No tiene pirosis, pero suele sentir amargor y sensación de agrio en la boca.
- ▶ Ha perdido unos 5 Kg de peso en los últimos 3 meses.
- ▶ Reconoce que comer se ha convertido en un suplicio, pero no ha perdido el apetito.

Pregunta 1

- ▶ ¿Cuál sería tu sospecha diagnóstica?
 - ▶ A) Es una disfagia que sugiere organicidad porque ha perdido mucho peso.
 - ▶ B) Por la edad, lo más seguro es que tenga un cáncer de esófago
 - ▶ C) Por la clínica, podría sugerir un trastorno motor como la acalasia
 - ▶ D) Se trata sin duda de un reflujo gastro-esofágico porque tiene agrios y regurgitaciones
 - ▶ C) Parece algo funcional y no es necesario estudio

Respuesta 1

- ▶ La respuesta correcta es la C:
- ▶ Aunque es una persona mayor y ha perdido peso, la disfagia es de muy larga evolución, a líquidos y después sólidos y líquidos, lo que sugiere trastorno motor.
- ▶ Aunque habrá que descartar patología orgánica, una clínica de tanta evolución y lentamente progresiva no sugiere origen neoplásico. El paciente mantiene apetito a pesar de su dificultad para alimentarse.
- ▶ Los agrios y las regurgitaciones son producto del acúmulo de alimento en el esófago, no de reflujo gastro-esofágico.
- ▶ La sospecha de trastorno funcional no implica que no haya que hacer una investigación completa para llegar a un diagnóstico de sospecha.

Pregunta 2

- ▶ ¿Qué prueba pediría en primer lugar?
 - ▶ A) Lo mejor es realizar una TAC toraco-abdominal para descartar compresiones extrínsecas
 - ▶ B) La endoscopia debe de ser la primera prueba ante un paciente con disfagia esofágica
 - ▶ C) Como sospecho un trastorno motor, le haría una manometría esofágica
 - ▶ D) Siempre hay que comenzar el estudio con una radiología baritada de esófago
 - ▶ C) Al ser funcional, no le haría nada

Respuesta 2

- ▶ La respuesta correcta es la B:
- ▶ La primera prueba para estudiar una disfagia esofágica debe de ser la endoscopia alta.
- ▶ Es cierto que en ocasiones se requiere una Rx baritada de esófago, pero no es siempre necesaria y nunca sustituye a la endoscopia
- ▶ El diagnóstico definitivo lo dará la manometría esofágica, pero antes hay que descartar patología orgánica y la endoscopia es obligada
- ▶ El uso de la TAC podría tener lugar si se sospecha compresión extrínseca o infiltración neoplásica, pero en este caso no tiene lugar
- ▶ Aunque sea un trastorno funcional, el protocolo obliga a estudiar y descartar otras patologías

Pregunta 3

- ▶ Se trata de una acalasia tipo II ¿Cómo la trataría?
 - ▶ A) Es un paciente de alto riesgo, le pondría toxina botulínica
 - ▶ B) Lo mandaría al cirujano, porque la miotomía es la técnica que tiene mejores resultados siempre
 - ▶ C) La acalasia tipo II responde muy bien al tratamiento con antagonistas del calcio a largo plazo
 - ▶ D) Le ofertaría la dilatación forzada del cardias como primera medida, si hay experiencia en mi centro
 - ▶ C) Intentaría hacerle una miotomía POEM para ir ensayando esta técnica porque no he hecho ninguna

Respuesta 3

- ▶ La respuesta correcta es la C:
- ▶ El tener una FA en tratamiento con Sintron no le convierte en paciente de riesgo, siempre que retiremos la anticoagulación y la sustituyamos por heparina de bajo peso
- ▶ La toxina botulínica no es un tratamiento definitivo, este paciente tiene derecho a un tratamiento más duradero
- ▶ La dilatación forzada en manos expertas tiene la misma eficacia que la cirugía, con menor coste y menor morbilidad por lo que suele ser lo primero que se oferta, aunque el paciente es el que decide en último término
- ▶ El tratamiento médico no sirve a largo plazo y tiene muchos efectos secundarios
- ▶ No se trata de experimentar con técnicas que requieren un entrenamiento previo y mucha pericia, casi reservadas a grupos japoneses