



SESIÓN CLÍNICA

9 Octubre 2019

Clara Egea Hita R2 Medicina interna

Dra. Elena Magaz García Médico adjunto medicina interna

VARÓN DE 51 AÑOS

MOTIVO DE CONSULTA

Disfagia

ANTECEDENTES PERSONALES

- No AMC. Intolerancia a la lactosa
- Economista. Vive en medio urbano. Divorciado. Vive solo.
- Niega hábitos tóxicos
- Sin antecedentes familiares de interés.
- No FRCV. Sin cardiopatía ni broncopatía.
- IQ: Nevus melanocítico en pabellón auricular derecho totalmente extirpado en 2017, en seguimiento por Dermatología
- TRATAMIENTO HABITUAL: Ranitidina 150 (1-0-1).

ENFERMEDAD ACTUAL (I)

4 meses de evolución...

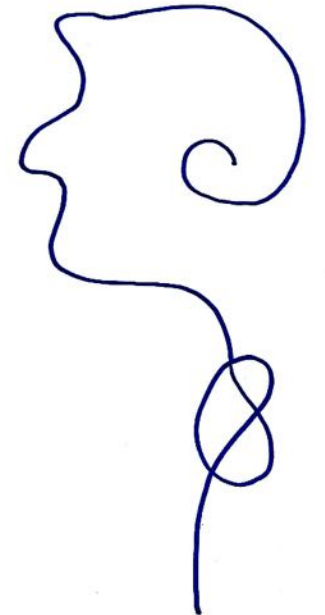
Disfagia... sólidos



Último mes...

líquidos

- Incapacidad para la deglución
- Pérdida de 15Kg de peso (3 meses)
- Afebril
- No odinofagia. No regurgitación ni pirosis. No náuseas ni vómitos. No dolor abdominal. Heces normales sin productos patológicos.
- No tos ni expectoración. No disfonía. No dolor torácico ni palpitaciones.
- No disuria.



ENFERMEDAD ACTUAL (II)

- En estudio por Digestivo en consultas externas desde mayo 2019 por disfagia.
- Gastroscopia (9/5/19): **duodenitis erosiva, hernia de hiato, esofagitis por reflujo grado C** de la clasificación de Los Ángeles.
- Gastroscopia (29/7/19): **hernia de hiato** sin evidencia de cuerpo extraño.
- Gastroscopia (24/8/19): hernia de hiato.
 - Biopsias gástrica y esofágica: **gastritis crónica superficial inactiva antral**, sin Helicobacter Pylori. Alteraciones histológicas sugestivas de **esofagitis por reflujo**. Biopsia de esófago medio: mucosa revestida por **epitelio escamoso** sin alteraciones histológicas significativas y no se observan signos de esofagitis eosinofílica.
- Desde finales de agosto empeoramiento de la clínica con visitas repetidas a Urgencias (27/8, 28/8, 30/8 y 1/9) con clínica de disfagia ya para líquidos e imposibilidad para la deglución.
- Valorado por ORL sin hallazgos de interés.
- **La sintomatología persiste a lo largo de la hospitalización.**

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA 141/95 mmHg **FC** 90 lpm **T^a** 36°C

Consciente. Orientado. Colaborador. Buen estado general.

No lesiones cutáneas.

CyC: no bocio ni adenopatías

AC: rítmico a 90 lpm sin soplos audibles

AP: MVC sin ruidos sobreañadidos

Abd: blando, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal.

EEII: sin edemas ni signos de TVP.

NRL: no focalidad neurológica ni signos meníngeos. ROT simétricos.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (I)

BIOQUÍMICA:

- Glucosa 77 urea 35 A. úrico 10,8 creatinina 1,06 FG 81
- GOT 24 GPT 32 FA 61 GGT 32 Bilirrubina total 1,4
- Albúmina 4,7 Colesterol total 160
- Calcio 9,2 fósforo 3,26 sodio 144 cloro 101 potasio 3,7
- PCR 1,9

HEMOGRAMA: Leucocitos 4.500 (fórmula normal) Hb 17,6 VCM 87.4
Plaquetas 142.000 VSG 2

COAGULACIÓN: TP 93 % INR 1



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (II)

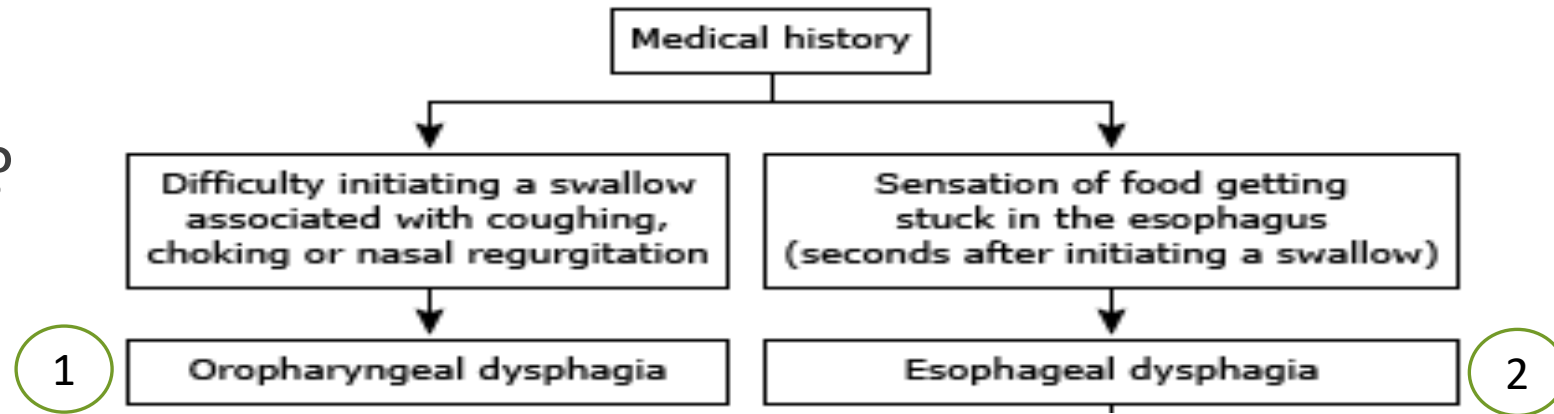


EN RESUMEN...



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: DISFAGIA

- ¿Verdadera disfagia?
- ¿Orofaringea o esofágica?

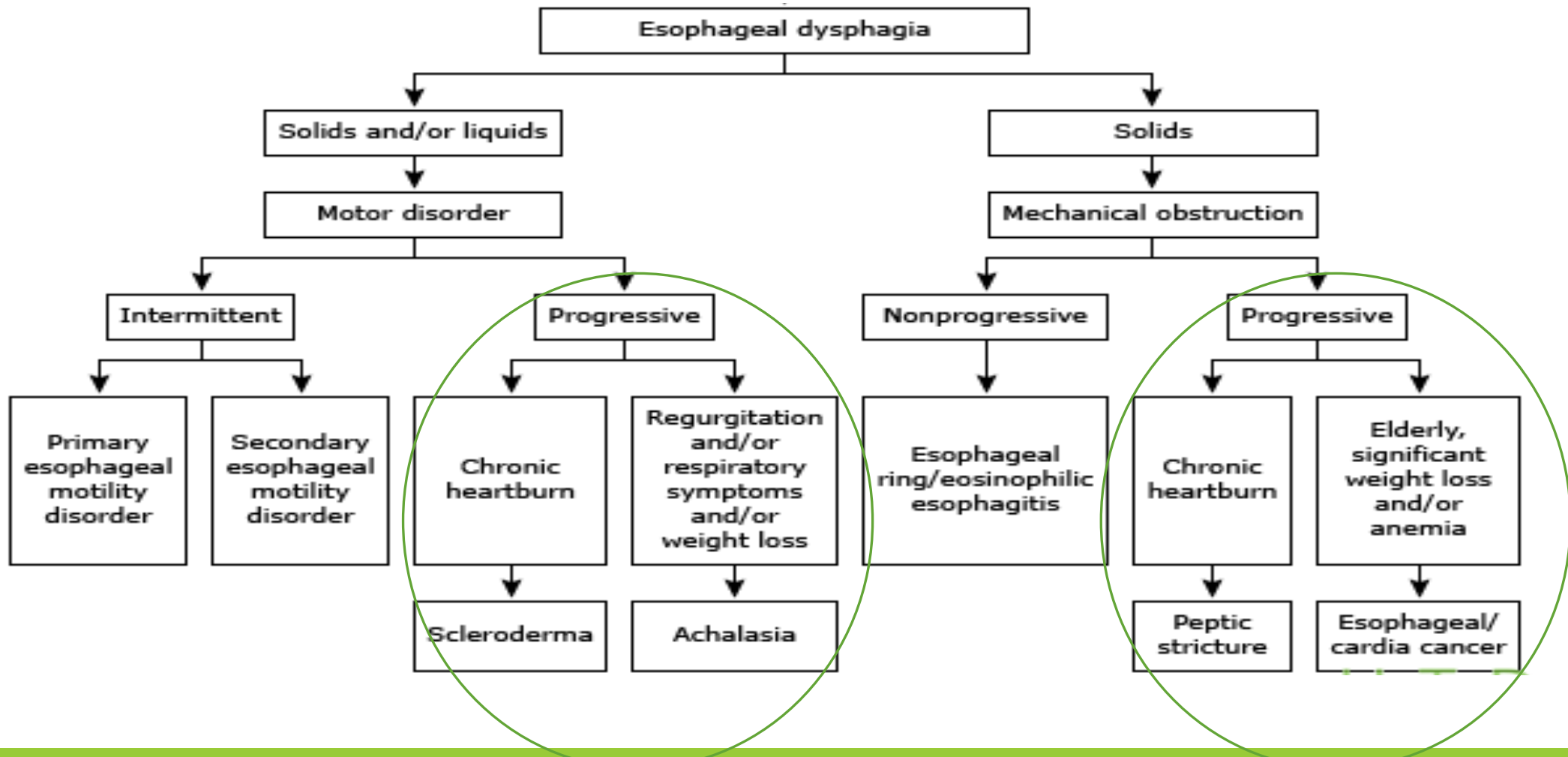


- Tipo de alimento: sólidos y/o líquidos
- Intermitente o progresiva
- Síntomas asociados

1. DISFAGIA OROFARÍNGEA

ORGÁNICAS	YATROGÉNICA	INFECCIOSAS	NEUROLÓGICAS	MUSCULARES	METABÓLICAS	ALTERACIONES FUNCIONALES
Neoplasias	Postquirúrgica	Bacterianas	Accidente cerebrovascular	Miastenia gravis	Amiloidosis	Acalasia cricofaríngea
Divertículo de Zencker	Radiación	Víricas	Enfermedad de Parkinson	Miositis	Hipertiroidismo	Disinergia del esfínter esofágico superior
Compresión extrínseca: osteofitos, bocio, adenomegalias	Fármacos	Cándida	TCE	Conectivopatías	Enfermedad de Wilson	
Membranas: Plummer-Vinson		Sífilis	Tumor tronco del encéfalo	Distrofias musculares	Síndrome de Cushing	
		Botulismo	Demencia	Síndrome paraneoplásico		
			Esclerosis múltiple			
			Esclerosis lateral amiotrófica			

2. DISFAGIA ESOFÁGICA (I)



2. DISFAGIA ESOFÁGICA (II)

TRASTORNOS MOTORES	CAUSA MECÁNICA
PRIMARIOS	LESIONES INTRÍNSECAS
<ul style="list-style-type: none">• Acalasia	<ul style="list-style-type: none">• Tumores malignos, benignos
<ul style="list-style-type: none">• Espasmo esofágico distal	<ul style="list-style-type: none">• Estenosis péptica, ERGE
<ul style="list-style-type: none">• Peristalsis esofágica sintomática o esófago en cascanueces	<ul style="list-style-type: none">• Esofagitis y estenosis esofágicas cáusticas, iatrogénicas, medicamentosas
<ul style="list-style-type: none">• Esfínter esofágico inferior hipertónico	<ul style="list-style-type: none">• Membranas y anillos esofágicos
<ul style="list-style-type: none">• Motilidad esofágica inefectiva	<ul style="list-style-type: none">• Divertículos
SECUNDARIOS	<ul style="list-style-type: none">• Cuerpos extraños
<ul style="list-style-type: none">• Esclerosis sistémica	ESOFAGITIS INFECCIOSAS
<ul style="list-style-type: none">• Neuropatía diabética	<ul style="list-style-type: none">• Candidiasis, herpética, CMV
<ul style="list-style-type: none">• Hipotiroidismo	COMPRESIONES EXTRÍNSECAS
<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad de Chagas	<ul style="list-style-type: none">• Anomalías vasculares
	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedades mediastínicas: adenopatías, tumores mediastínicos o pulmonares. Osteofitos.

2. DISFAGIA ESOFÁGICA (III)

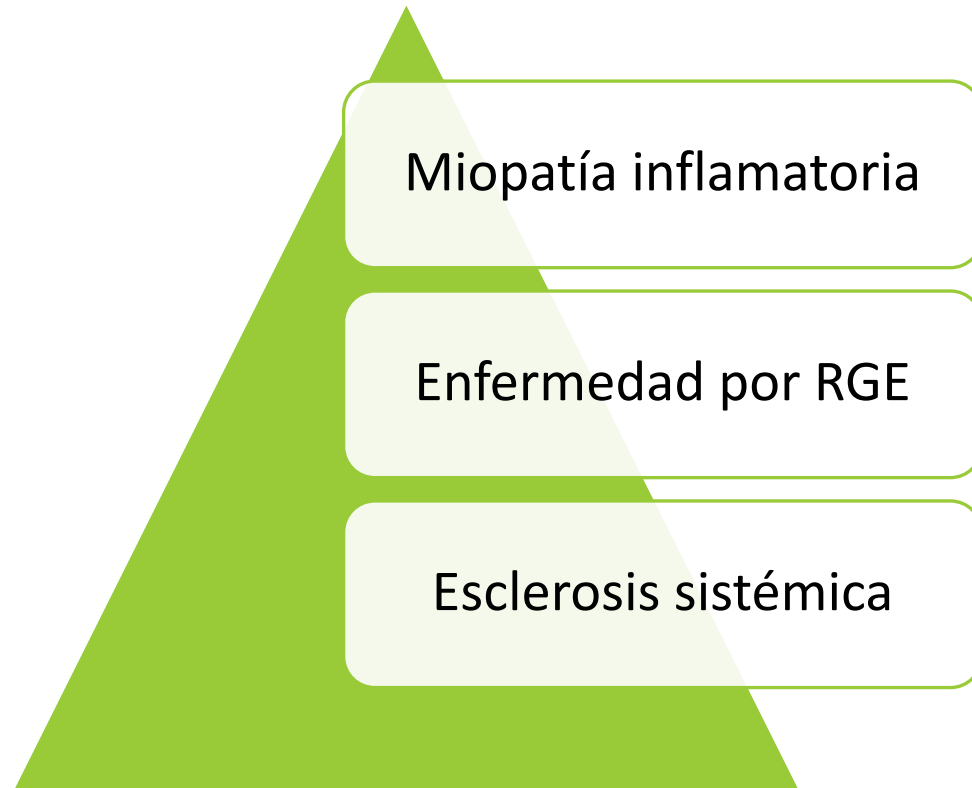
DISFAGIA FUNCIONAL

Criterios de Roma IV:

- Sensación de dificultad al paso de sólidos y/o líquidos al esófago
- No hay evidencia de causa estructural esofágica que justifique los síntomas
- No hay evidencia de que ERGE o esofagitis eosinofílica justifique los síntomas
- Ausencia de trastorno motor esofágico

Todos los criterios deben cumplirse durante los últimos tres meses con aparición de síntomas al menos seis meses antes del diagnóstico y con una frecuencia de al menos una vez a la semana.

DIAGNÓSTICO



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



- Historia clínica: síntomas asociados, tiempo tras deglución.
- Exploración física: disartria, disfonía. Boca y faringe. Piel y mucosas. Masas, adenopatías, exploración neurológica.
- Bioquímica: enzimas musculares (CK, aldolasa), hormonas tiroideas, perfil férrico.
- Autoinmunidad: anticuerpos contra RACH, anti-MUSK, ANA, anticentrómero y anti-SCI-70
- Serologías: Iues, CMV, VHS, VIH.
- Marcadores tumorales
- Electromiograma
- Esofagograma de bario
- TAC cervico-torácico
- Perfil nutricional y consulta a nutrición.

BIBLIOGRAFÍA

- Ronnie Fass. *Approach to the evaluation of dysphagia in adults*. Sep 2019
- Anthony J Lembo. *Oropharyngeal dysphagia: Etiology and pathogenesis*. Ago 2018
- Anthony J Lembo. *Oropharyngeal dysphagia: Clinical features, diagnosis, and management*. Oct 2018
- Farreras Rozman, medicina interna 18ª edición. Capítulo 14, enfermedades del esófago.
- Diagnóstico y tratamiento médico (DTM). Marbán. 2011



Muchas gracias