

Caso clínico

Elena Magaz García

Clara Egea Hita

9/10/2019

Resumen...

- 51 años que ingresa con disfagia.
- Sin antecedentes personales ni familiares de interés



4 MESES
SOLIDOS Y LIQUIDOS
PÉRDIDA DE 15 KG

1° **Gastroscoopia**: duodenitis erosiva, hernia de hiato, esofagitis por reflujo grado C de la clasificación de Los Angeles.

2° **gastroscoopia** pasados 2 meses: hernia de hiato sin evidencia de cuerpo extraño.

3° **gastroscoopia** un mes después: Hernia de hiato, biopsias.

- **Biopsia gástrica** (Gastritis crónica superficial inactiva antral donde no se identifica *Helicobacter Pylori*).

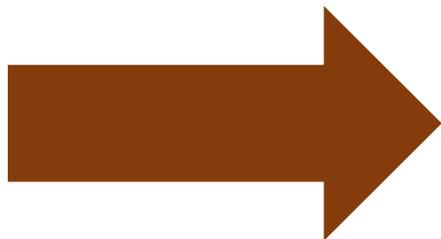
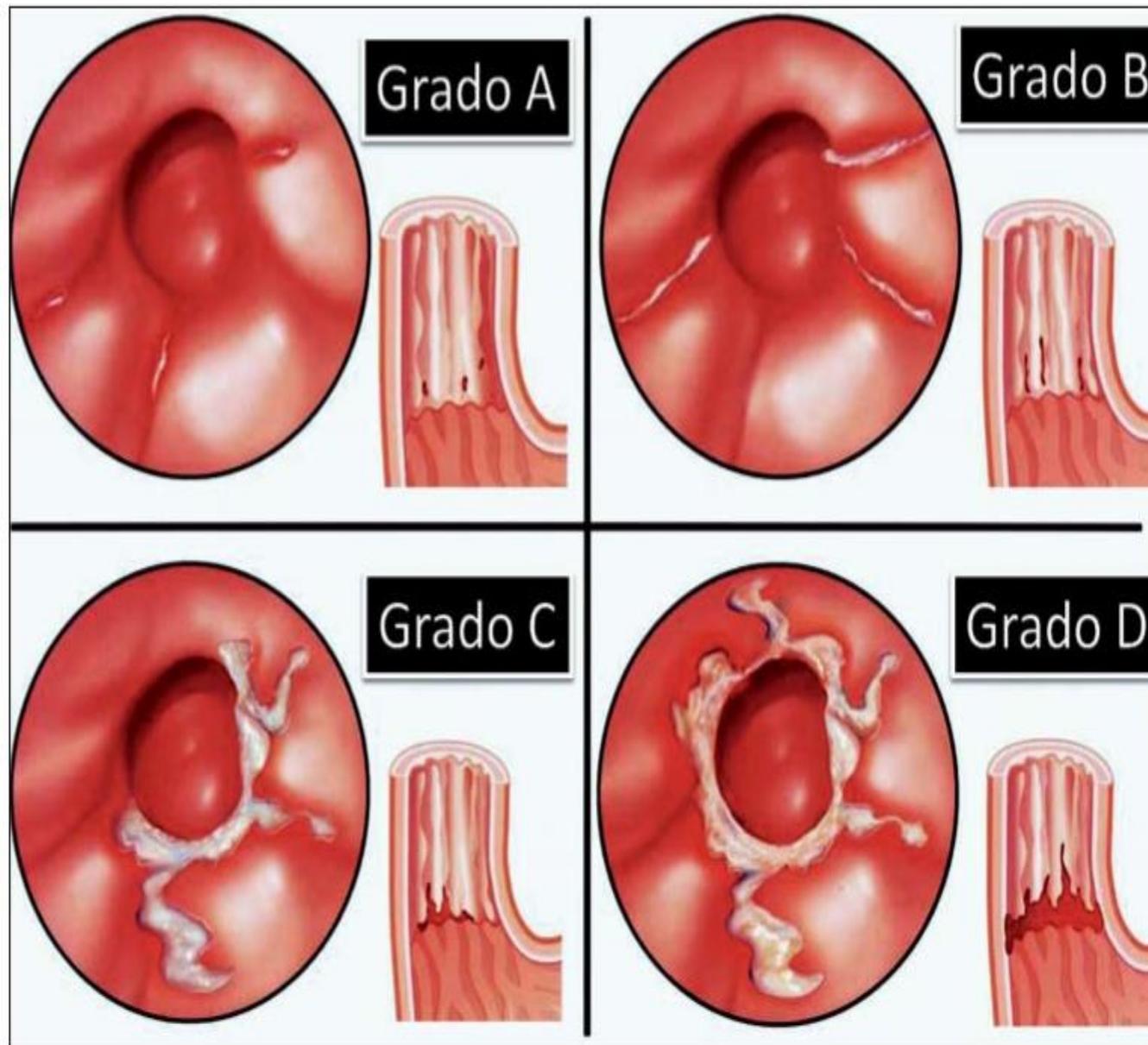
- **Biopsia de esófago distal**: alteraciones histológicas sugestivas de esofagitis de reflujo. No se observan signos de esofagitis eosinofílica.

- **Biopsia de esófago medio** mucosa revestida por epitelio escamoso sin alteraciones histológicas significativas y no se observan signos de esofagitis eosinofílica.





CLASIFICACIÓN DE
LOS ÁNGELES DE
ESOFAGITIS



ANALISIS: Hemograma: Leucocitos. 4.500 (FN) Hb: 17,6. VCM: 87,4. Plaquetas: 142.000 VSG 2.
Coagulación: TP 73% INR 1,22. Bioquímica Glucosa: 77 Urea: 35. Ac. úrico: 10,8 Creatinina: 1,06. FG 81
GOT 24. GPT: 32. F. alcalina: 61 GGT 32. Colesterol: 160 Calcio: 9,2. Fósforo: 3,26. B. total: 1,4.
Albúmina: 4,7 Cloro: 101. Sodio: 144. Potasio. 3,7 PCR 1,9 Magnesio 2,7. CK 68.

Hormonas tiroideas TSH 1,33. T4: 1,68.

Perfil férrico. Hierro: 137. Transferrina 179. Índice de Saturación 40%. Ferritina: 307.

Vitamina B12: 1237 Ac. Fólico: 8,6.

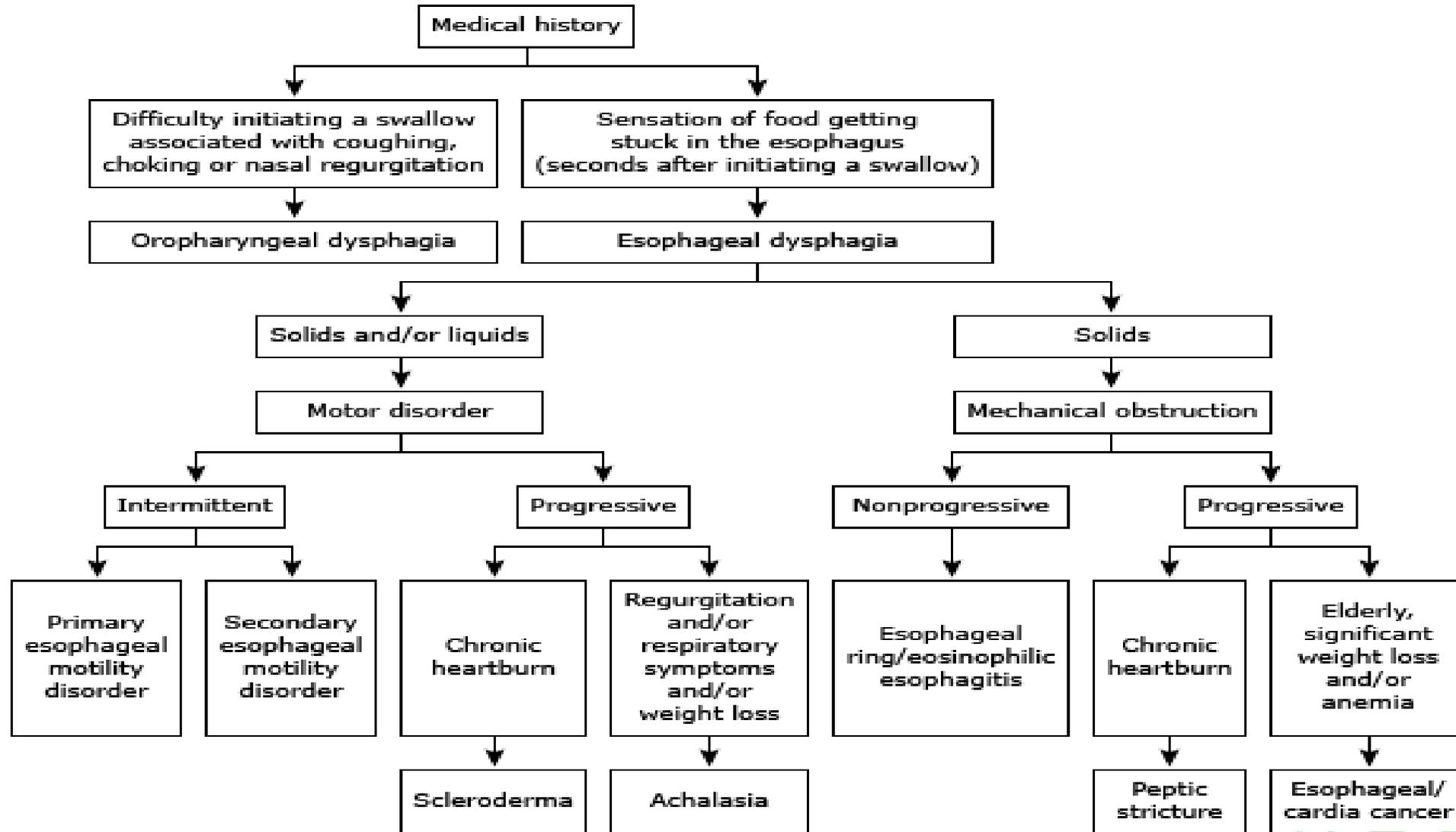
INTERCONSULTA A DIGESTIVO

ESOFAGOGRAMA

MANOMETRIA

INTERCONSULTA A NUTRICIÓN

Diagnosis of dysphagia



UpToDate®

Questions to ask patients with dysphagia

Do you have problems initiating a swallow or do you feel food getting stuck a few seconds after swallowing? (Helps distinguish oropharyngeal from esophageal dysphagia.)

Do you cough or choke or is food coming back through your nose after swallowing? (Coughing, choking, or nasal regurgitation suggests aspiration and oropharyngeal dysphagia.)

Do you have problem swallowing solids, liquids, or both? (Liquids, not solids, suggests a motility disorder; solids progressing to liquids suggests a benign or malignant obstruction.)

How long have you had problems swallowing and have your symptoms progressed, remained stable, or are they intermittent? (Rapidly progressive dysphagia is concerning for malignancy.)

Could you point to where you feel food is getting stuck? (Ability to localize source of dysphagia is unreliable; best with oropharyngeal dysphagia.)

Do you have other symptoms such as loss of appetite, weight loss, nausea, vomiting, regurgitation of food particles, heartburn, vomiting fresh or old blood, pain during swallowing, or chest pain?

Do you have medical problems such as diabetes mellitus, scleroderma, Sjögren's syndrome, overlap syndrome, AIDS, neuromuscular disorders (stroke, Parkinson's, myasthenia gravis, muscular dystrophy, multiple sclerosis), cancer, Chagas' disease or others?

Have you had surgery on your larynx, esophagus, stomach, or spine?

Have you received radiation therapy in the past?

What medications are you using now (ask specifically about potassium chloride, alendronate, ferrous sulfate, quinidine, ascorbic acid, tetracycline, aspirin and NSAIDs)? (Pill esophagitis can cause dysphagia.)

Representative causes of oropharyngeal dysphagia

Iatrogenic	Neurological
Medication side effects (chemotherapy, neuroleptics, etc)	Brainstem tumors
Postsurgical muscular or neurogenic	Head trauma
Radiation	Stroke
Corrosive (pill injury, intentional)	Cerebral palsy
Infectious	Guillain-Barré syndrome
Mucositis (herpes, cytomegalovirus, Candida, etc)	Huntington disease
Diphtheria	Multiple sclerosis
Botulism	Polio
Lyme disease	Postpolio syndrome
Syphilis	Tardive dyskinesia
Metabolic	Metabolic encephalopathies
Amyloidosis	Amyotrophic lateral sclerosis
Cushing's syndrome	Parkinson disease
Thyrotoxicosis	Dementia
Wilson disease	Structural
Myopathic	Cricopharyngeal bar
Connective tissue disease (overlap syndrome)	Zenker's diverticulum
Dermatomyositis	Cervical webs
Myasthenia gravis	Oropharyngeal tumors
Myotonic dystrophy	Osteophytes and skeletal abnormalities
Oculopharyngeal dystrophy	Congenital (cleft palate, diverticula, pouches, etc)
Polymyositis	
Sarcoidosis	
Paraneoplastic syndromes	

Causes of esophageal dysphagia

Mechanical lesions
Intrinsic
Benign tumors
Caustic esophagitis/stricture
Diverticula
Malignancy
Peptic stricture
Eosinophilic esophagitis
Infectious esophagitis
Pill esophagitis
Postsurgery (laryngeal, esophageal, gastric)
Radiation esophagitis/stricture
Rings and webs
Lymphocytic esophagitis
Extrinsic
Aberrant subclavian artery
Cervical osteophytes
Enlarged aorta
Enlarged left atrium
Mediastinal mass (lymphadenopathy, lung cancer, etc)
Postsurgery (laryngeal, spinal)
Motility disorders
Achalasia
Chagas disease
Primary motility disorders
Secondary motility disorders
Functional
Functional dysphagia

Autoinmunidad:

ANAS, anti DNA, ENAS y ANCAS: negativo.
C3: 106 C4. 27.

Serologías:

Hepatitis B, C, VIH, Lues,
CMV, Borrelia: negativos.

Marcadores tumorales:

CEA 1,24. Ca 19,9: 17,2. Ca 72,4: 1,5.
Ca 12,5: 15,2. Ca 15,3: 12,6. PSA 0,8
Alfa fetoproteína: 3,8
Beta2 microglobulina: 1,5.

Proteinograma: normal.

GASTROSCOPIA

Motivo de Petición:

Colocación sonda nutrición

Premedicación:

Propofol

Tolerancia:

Buena

Procedimientos:

Colocación de SNG

Esófago:

Sin lesiones pépticas ni estenosis. Línea Z regular. UGE a su nivel.
Hiato competente. Se coloca sonda de nutrición ENFit (NGP 12) bajo control endoscópico (fotos 1, 4 y 5).

Estómago:

Morfología conservada. Mucosa gástrica de aspecto normal, sin lesiones. Píloro centrado. Se deja emplazada la sonda de nutrición ENFit, bajo control endoscópico, sin incidencias inmediatas (fotos 2 y 3).

Duodeno:

No explorado.

Diagnóstico:

COLOCACION SNG DE NUTRICION (ENFit NGP 12).



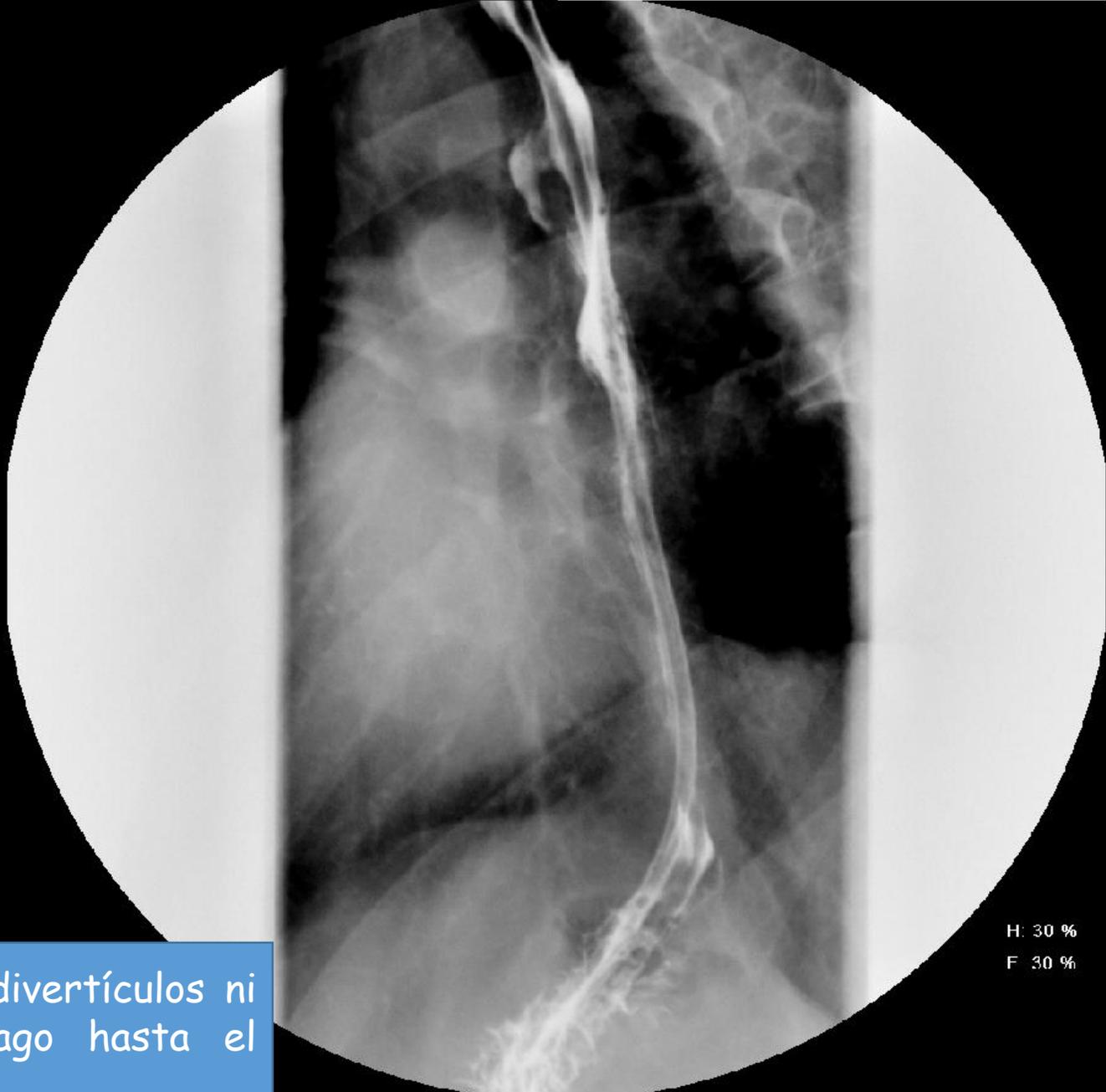
PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALOR REFERENCIA	AUTOINMUNIDAD			
MARCADORES TUMORALES SUERO							
BETA 2 MICROGLOBULINA	1.5	mg/L	[0.8 - 2.40]	Ac. Anti AchR	<0.01	nmol/l	[0 - 0.5]
	Nota: Ultimo resultado registrado:	Con fecha:		AUTOINMUNIDAD			
CA 12.5	15.2	UI/mL	[0 - 35]	ANTIC ANTINUCLEARES	NEGATIVO		
	Nota: Ultimo resultado registrado:	Con fecha:		ANTIC MUSCULO LISO	NEGATIVO		
CA 19.9	17.2	U/mL	[0 - 37]	ANTIC ANTIMITOCONDRIA	NEGATIVO		
	Nota: Ultimo resultado registrado:	Con fecha:		ANTI L.K.M.	NEGATIVO		
ALFA FETO PROTEINA	3.8	ng/mL	[0 - 7.00]	ANTIC CITOPLASMA NEUTROFILO	NEGATIVO		
	Nota: Ultimo resultado registrado:	Con fecha:		ANTIC DNA NATIVO	NEGATIVO		
CA 72.4	1.5	U/mL	[0 - 6]	ANTIC CARDIOLIPINA G	3.2	UI/mL	[0 - 10]
	Nota: Ultimo resultado registrado:	Con fecha:		ANTIC CARDIOLIPINA M	0.7	UI/mL	[0 - 10]
CA 15.3	12.6	U/mL	[0 - 35]	AC. BETA2 GLICOPROTEINA 1 IGG	1.3		[0 - 10]
	Nota: Ultimo resultado registrado:	Con fecha:		A. B2- GLICOPROTEINA 1 IGM	0.5		[0 - 10]
				AUTOINMUNIDAD			
				screening ENAS	NEGATIVO		
				Esta prueba incluye Ro,La,Sm,RNP,CENTROMERO, Scl-70,Jo-1			
				COMPLEMENTO			
				CH-50	65	UI/mL	[35 - 90]
				Atención: Cambio de Valores de Referencia por cambio de técnica analítica			
				C-3	106	mlgrs/100	[75 - 140]
				C-4	27	mlgrs/100	[10 - 34]
				ANTICUERPOS ANTI MuSK	<0.05		
				Se considera resultado positivo a partir de 0,05 nmol/L			

Anticuerpos frente a la molécula tirosincinasa muscular específica (AcMuSK)

Los pacientes con anticuerpos anti-MuSK suelen tener una presentación atípica, que se caracteriza por compromiso de los músculos faciales, bulbares, respiratorios y del cuello, con respeto relativo de los músculos oculares



H: 30 %
F: 30 %



H: 30 %
F: 30 %

No se identifican alteraciones de la mucosa , ni divertículos ni hernias. Buen paso de contraste por el esófago hasta el estómago, sin observar mal vaciamiento.
CONCLUSIÓN: Estudio sin alteraciones.



**Complejo Asistencial
Universitario de León**

RM CRANEAL Y CERVICAL

- No se demuestran estructuras vasculares de aspecto patológico ni captaciones de contraste asociadas, a correlacionar con antecedentes.
- Imagen sugestiva de **pequeño quiste** de la pineal de aproximadamente 11 mm.
- Pequeño angioma venoso protuberancial.
- No se observan signos de procesos expansivos. Tampoco se observan otras alteraciones patológicas significativas en la morfología ni la señal de las parénquimas supra ni infratentorial.
- Línea media centrada.

RM CRANEAL Y CERVICAL

- Sistema ventricular simétrico y de calibre normal.
- Unión cráneo-cervical sin alteraciones valorables.
- El cordón medular cervical presenta morfología y señal normales.
- Deshidratación de los discos intervertebrales, **uncartrosis** y osteofitos postero-laterales, más evidentes en el espacio C3-C4, en el margen derecho y en los espacios C5-C6 y C6-C7, más acentuadas hacia el receso lateral derecho.
- Pequeña protrusión discal postero-central C5-C6.

El estudio neurofisiológico de electromiografía y el test de estimulación repetitiva evidencia datos compatibles dentro de límites normales en el momento actual.

INTERCONSULTA A ORL: Se cita con Unidad de disfagia, en el momento que se explora no se ven alteraciones. Test de disfagia pendiente al alta.

INTERCONSULTA A PSIQUIATRIA: Trastorno somatomorfo

TRASTORNO SOMATOMORFO

- Son trastornos con **síntomas físicos** que sugieren una enfermedad médica, pero que, después de la evaluación requerida, no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad física.
Tampoco se explican por otro trastorno mental .
- Los síntomas ocasionan un malestar significativo en el individuo y/o interfieren en su vida cotidiana.
- Más frecuente en personas a quienes les cuesta identificar y expresar verbalmente sus emociones (**alexitimia**)
- Comorbilidad 3 veces mayor de trastorno de ansiedad y trastorno depresivo mayor

TRASTORNO SOMATOMORFO

- Prevalencia 16%
- **FACTORES DE RIESGO**
 - Sexo **femenino**
 - Bajo nivel socioeconómico y bajo nivel educativo
 - Historia de enfermedad crónica infantil.
 - Antecedentes de **abuso sexual u otros traumas infantiles**.
 - Trastornos médicos generales concurrentes (especialmente en pacientes mayores)
 - Trastorno **psiquiátrico concurrente** (especialmente trastornos depresivos o de ansiedad)
 - Antecedentes familiares de enfermedades crónicas.

Elevado coste sanitario:
10% del gasto sanitario de cualquier país desarrollado (sin incluir gastos de invalidez ni bajas laborales)

Grupos de categorías en el DSM-IV

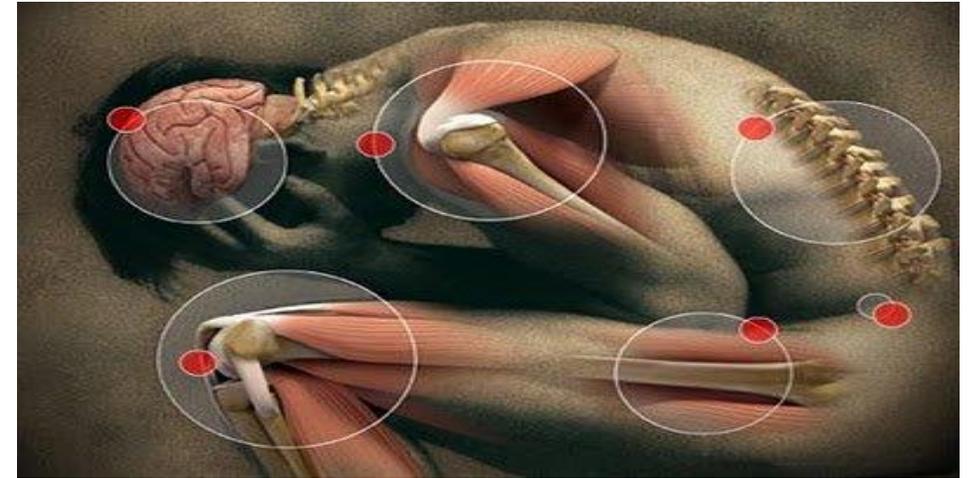
- Trastornos por somatización
- Trastorno somatomorfo indiferenciado
- Trastorno por dolor
- Trastorno por conversión
- Hipocondría
- Trastorno dismórfico corporal
- Trastorno somatomorfo no especificado



DSM-5 : Trastorno por
síntomas somáticos

Trastornos por somatización

- Síntomas físicos (cuatro puntos dolorosos distribuidos en diferentes zonas o funciones, junto con dos gastrointestinales, uno sexual y otro pseudo-neurológico)
- Suele comenzar antes de los 30 años
- Persistencia de varios años y que no estén médicamente explicados.



Trastorno somatomorfo indiferenciado

- Síntomas físicos durante más de 6 meses sin causa de enfermedad que los justifique, con deterioro socio-laboral del sujeto.
- No requiere tantos síntomas ni comenzar antes de los 30.
- Es más frecuente en mujeres y en niveles socioculturales bajos

Trastorno por dolor

- Única queja del paciente: dolor
- No enfermedad médica que lo justifique o bien si la hay, la intensidad y déficit causados por el dolor son superiores a lo que cabría esperar.
- Le impide desempeñar sus obligaciones e interfiere en sus relaciones.
- Asociarse con **depresión y ansiedad**.
- Más frecuente en **mujeres**.
- TRATAMIENTO : ANTIDEPRESIVOS



Trastorno por conversión

- Presencia de **uno o más síntomas** que afectan funciones motoras o sensoriales, sugerentes de enfermedad neurológica.

- Suelen ser déficits sensoriales o motores de aparición brusca como debilidad o parálisis de un miembro, sordera, ceguera, afasia o pseudocrisis o convulsiones, dificultad para la deglución o nudo en la garganta (**bolo histérico**).

- Prevalencia mayor en grupos socioeconómicos bajos y población rural.

- Más frecuente en **mujeres**, 5:1.

- Suele comenzar en los últimos años de la adolescencia o al principio de la edad adulta. No existen tratamientos específicos. **TERAPIA PSICODINAMICA.**

DSM-5 diagnostic criteria for conversion disorder

- | |
|--|
| A. One or more symptoms of altered voluntary motor or sensory function. |
| B. Clinical findings provide evidence of incompatibility between the symptom and recognized neurological or medical conditions. |
| C. The symptom or deficit is not better explained by another medical or mental disorder. |
| D. The symptom or deficit causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning or warrants medical evaluation. |

Specify symptom type:

With weakness or paralysis

With abnormal movement (eg, tremor, dystonic movement, myoclonus, gait disorder)

With swallowing symptoms

With speech symptoms (eg, dysphonia, slurred speech)

With attacks or seizures

With anesthesia or sensory loss

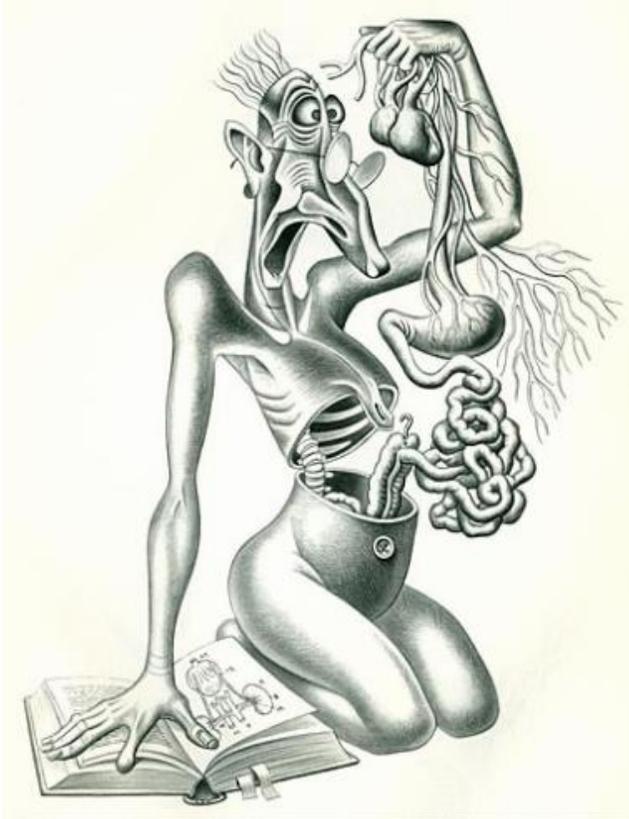
With special sensory symptoms (eg, visual, olfactory, or hearing disturbance)

With mixed symptoms

Hipocondría

- **Miedo y preocupación** a tener, o la convicción de padecer una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.
- Persiste a pesar de realizar pruebas y exploraciones negativas.
- Frecuente repetir pruebas y exploraciones con diversos médicos.
- Suelen incumplir tratamientos por miedo a los efectos secundarios.
- Se da por igual en ambos sexos .
- Puede iniciarse a **cualquier edad**.
- La prevalencia es entre **1-5%**

Hipocondría



DSM-IV-TR diagnostic criteria for hypochondriasis

- A.** Preoccupation with fears of having, or the idea that one has, a serious disease based on the person's misinterpretation of bodily symptoms.
- B.** The preoccupation persists despite appropriate medical evaluation and reassurance.
- C.** The belief in Criterion A is not of delusional intensity (as in delusional disorder, somatic type) and is not restricted to a circumscribed concern about appearance (as in body dysmorphic disorder).
- D.** The preoccupation causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- E.** The duration of the disturbance is at least six months.
- F.** The preoccupation is not better accounted for by generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, panic disorder, a major depressive episode, separation anxiety, or another somatoform disorder.

Reprinted with permission from: the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, Fourth Edition. Copyright © 2000 American Psychiatric Association.

UpToDate®

Trastorno dismórfico corporal



- Preocupación acerca de **defectos imaginados o exageración de rasgos reales del aspecto físico**.
- Comienza entre la adolescencia y edad madura.
- Sentimiento generalizado de que alguna parte corporal es fea, esta distorsionada o es defectuosa.
- Suelen consultar con frecuencia médicos de AP, dermatólogos y cirujanos plásticos, sometiéndose a cirugías innecesarias.

Trastorno somatomorfo no especificado

- Manifestaciones somáticas inexplicadas que no cumplen los Criterios de ningunos de los trastornos anteriores.

DSM-5 diagnostic criteria for body dysmorphic disorder

- A.** Preoccupation with one or more perceived defects or flaws in physical appearance that are not observable or appear slight to others.
- B.** At some point during the course of the disorder, the individual has performed repetitive behaviors (eg, mirror checking, excessive grooming, skin picking, reassurance seeking) or mental acts (eg, comparing his or her appearance with that of others) in response to the appearance concerns.
- C.** The preoccupation causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- D.** The appearance preoccupation is not better explained by concerns with body fat or weight in an individual whose symptoms meet diagnostic criteria for an eating disorder.

Specify if:

With muscle dysmorphia: The individual is preoccupied with the idea that his or her body build is too small or insufficiently muscular. This specifier is used even if the individual is preoccupied with other body areas, which is often the case.

Specify if:

Indicate degree of insight regarding body dysmorphic disorder beliefs (eg, "I look ugly" or "I look deformed").

With good or fair insight: The individual recognizes that the body dysmorphic disorder beliefs are definitely or probably not true or that they may or may not be true.

With poor insight: The individual thinks that the body dysmorphic disorder beliefs are probably true.

With absent insight/delusional beliefs: The individual is completely convinced that the body dysmorphic disorder beliefs are true.

Sistemática de estudio para el diagnóstico del paciente somático

- Descartar la presencia de un trastorno orgánico.
- Evaluar la existencia de trastornos psiquiátricos.
- Buscar un diagnóstico positivo de somatización.

- Múltiples visitas a urgencias y múltiples pruebas diagnósticas.
 - Medicina alternativa.
 - Rechazo a otros médicos.
 - Historia biopatográfica y genograma.



**“La salud es tan sólo una
confianza: consiste,
sencillamente, en creer que no
se está enfermo y en vivir como
si se estuviese sano”**

Edmond y Jules de Goncourt