

Ángela Crespo Rubio (Residente MI)
Juan Carlos Borrego (Médico Adjunto MI)

10 de Agosto de 2022



75 años

ANTECEDENTES PERSONALES

- No AMC.
- Agricultor
- Contacto con perros y vacas
- Exfumador de 1 paq/día desde hace 20 años
- FRCV: Hipercolesterolemia

ENFERMEDAD ACTUAL

Refiere desde hace unos **4 meses astenia, anorexia y pérdida de peso** (unos **10 kg** en estos meses), junto con **disfagia para sólidos**, no para líquidos. En alguna ocasión **cuadro de vómitos alimenticios. Tos seca**. No refiere alteración en la deposición, no disnea, no dolor torácico ni fiebre (no termometrada), no edemas.

EXPLORACIÓN FÍSICA

PA 120/68 mmHg, T^a **38.5°C** en urgencias. Consciente, orientado y colaborador. Pupilas IC y NR. No puntos sépticos en boca-faringe. No signos meníngeos. No adenopatías laterocervicales, ni axilares. RsCsRs a 80 lpm sin soplos. Ruidos respiratorios normales. No dolor abdominal, masas ni megalias. No edemas, paresias ni signos de TVP en EEII. No exantemas ni enantemas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ANALÍTICA

- *Bioquímica*: G 77, Cr 0.49, FG 108, AU 2.4, Colesterol T 150; iones, proteínas, proteinograma y pruebas funcionales hepáticas normales, **PCR 54**.
- Estudio de inmunidad*: ANA, DNAn, ENAS, ANCA, C, ... normales.
- *Hemograma*: leucocitos 4.3 (fórmula normal), **Hb 10, VCM 75**, plaq 394, **VSG 80**.
- *Coagulación*: normal

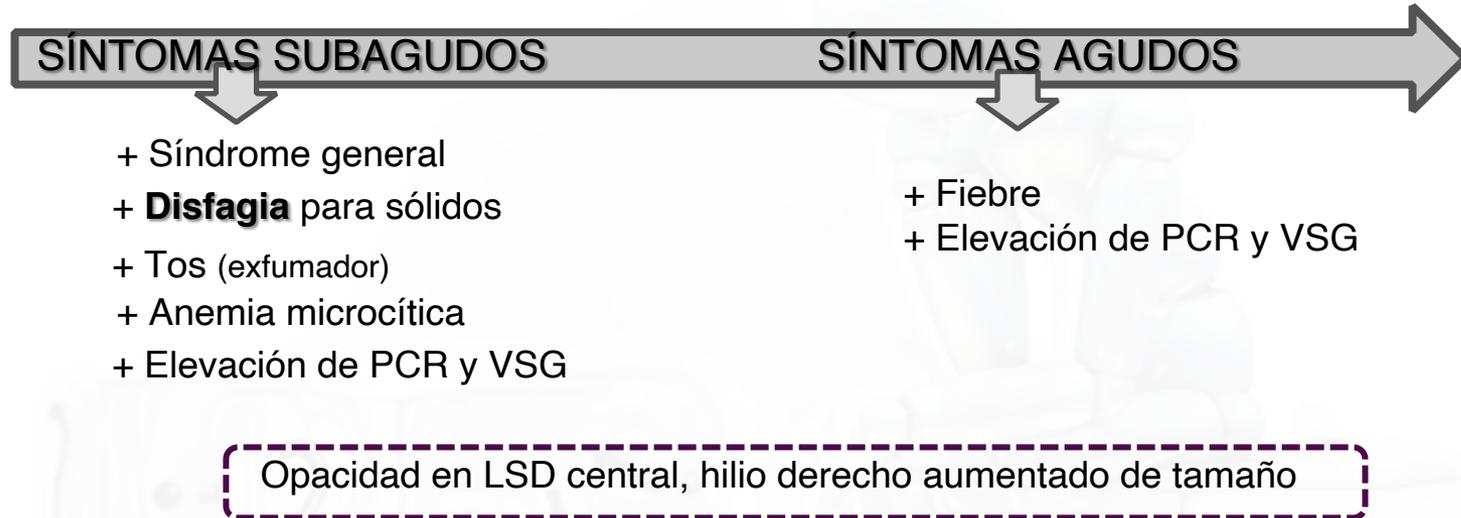
ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS:

- PCR SARS CoV-2 y virus respiratorios: negativos
- Hemocultivos: negativos

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX



RESUMIENDO . . .

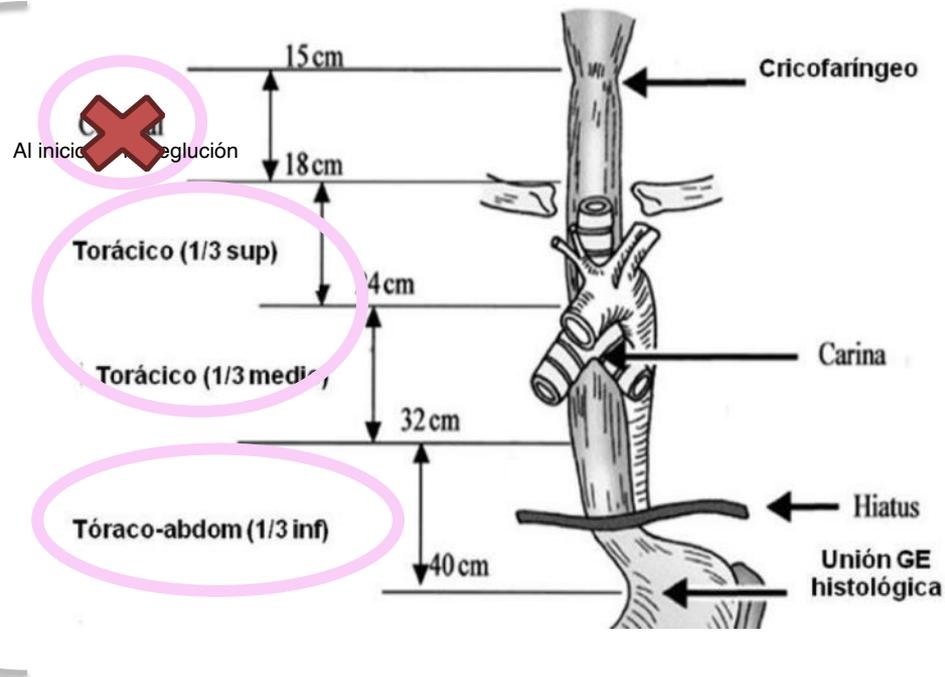


DISFAGIA

Velocidad de instauración

- ~~Agudo~~ -- impactaciones esofágicas
- Subagudo/Crónico -- desde hace 4 meses

Región ?

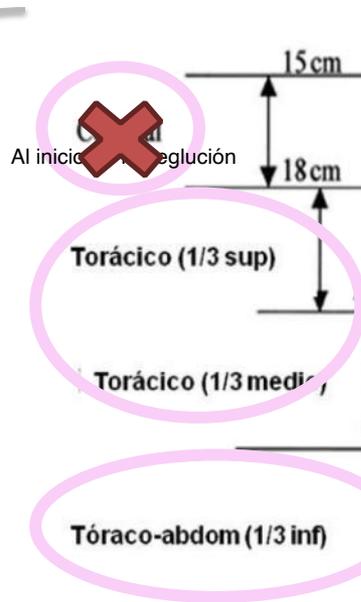


DISFAGIA

Causas de la disfagia esofágica

Trastornos de la motilidad	Lesiones mecánicas
Acalasia	Intrínseco
Enfermedad de Chagas	Tumores benignos
Trastornos primarios de la motilidad	Esofagitis/estenosis cáustica
Trastornos secundarios de la motilidad	Divertículos
Funcional	Malignidad
Disfagia funcional	Estenosis péptica
	Esofagitis eosinofílica
	Esofagitis infecciosa
	Pastilla esofagitis
	Postcirugía (laríngea, esofágica, gástrica)
	Esofagitis/estenosis por radiación
	Anillos y telarañas
	Esofagitis linfocítica
	Extrínseco
	Arteria subclavia aberrante
	Osteofitos cervicales
	Aorta agrandada
	Aurícula izquierda agrandada
	Masa mediastínica (linfadenopatía, cáncer de pulmón, etc.)
	Postcirugía (laríngea, espinal)
	Trastornos de la motilidad
	Acalasia

Región ?



Tipo de alimentos

- Líquidos ~~X~~ → enfermedades neurológicas
- Sólidos → obstrucción mecánica (luz esofágica < 13 mm) o compresiones extrínsecas
- Líquidos y/o sólidos → trastornos en la motilidad

¿Continua o intermitente?

- Continua → estenosis péptica o lesión obstructiva o acalasia o esclerodermia o compresión extrínseca.
- Inter~~X~~mitente → anillo o red esofágica inferior o espasmo esofágico distal

Estenosis esofágica

➡ Estenosis peptídica

Complicación de la ERGE

Cerca de la unión esófago-gástrica

Producida por pirosis crónica

Más frecuente en edad avanzada y varones.

También en enfermedades con aumento de la exposición al ácido

(Zollinger-Ellison, SNG, miotomía Heller)



➡ Tras radioterapia

➡ Ingestiones caústicas y fármacos



No síndrome general

No anemia

No vómitos

No reflujo

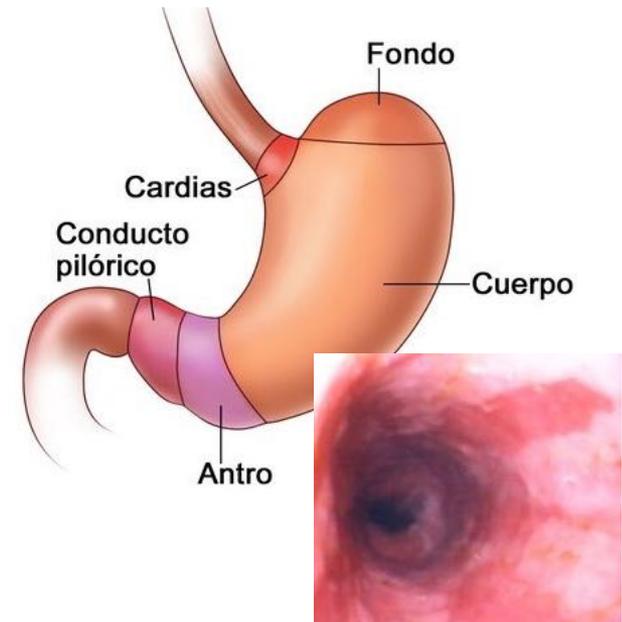
No AP de RT ni ingestión

Disfagia para sólidos, continua, subaguda/crónica, a nivel medio-distal.

Lesiones obstructivas o neoplasias

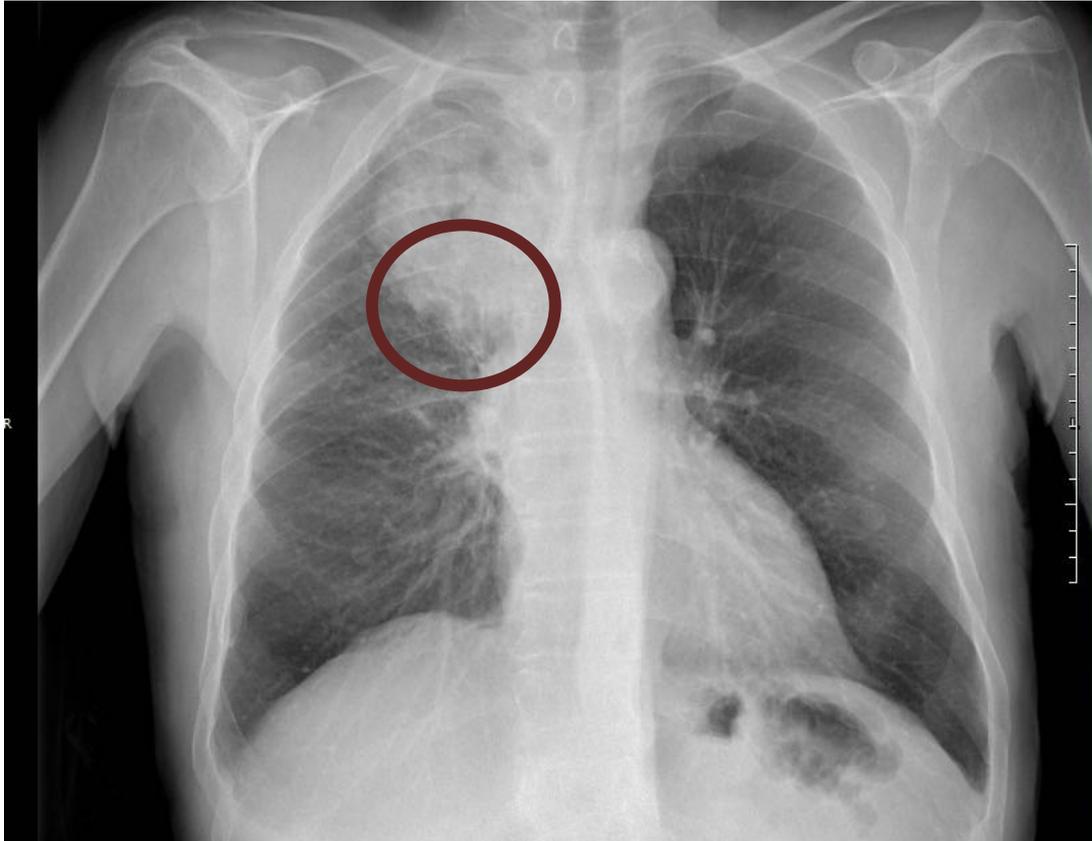
Inicialmente para sólidos, luego para líquidos

- *Compresión intrínseca:*
Esófago o Cardias gástrico



- *Compresión extrínseca:*

Masa extradigestiva, pulmón: ¿infeccioso/tumoral?



Fiebre
+
¿Broncograma aéreo?



¿TBC pulmonar?
¿M. bovis?
¿Se trata de una neumonía?

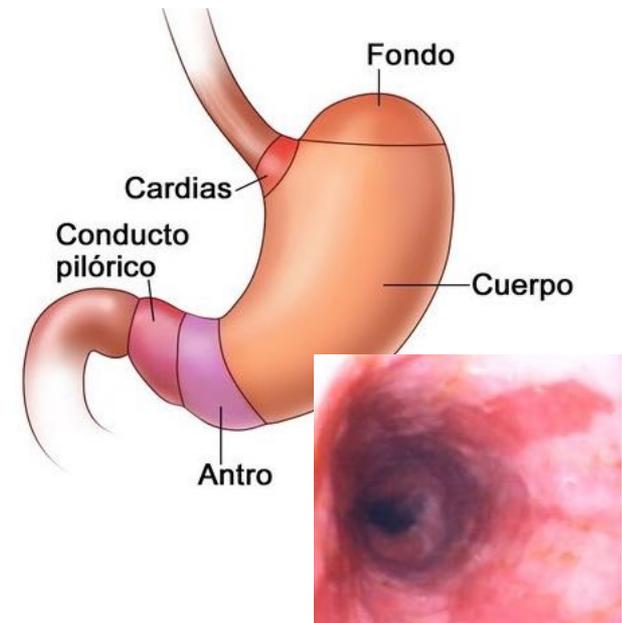
Podría tratarse de una neumonía, pero considero que, dado que es una región atípica, no se puede descartar que debajo haya una neoplasia y sea la causa de una compresión extrínseca esofágica

Disfagia para sólidos, continua, subaguda/crónica, a nivel medio-distal.

Lesiones obstructivas o neoplasias

Inicialmente para sólidos, luego para líquidos

- **Compresión intrínseca:**
Esófago o Cardias gástrico
- **Compresión extrínseca:**
Masa extradigestiva, ¿pulmón: infeccioso/tumoral?
- **Pseudoacalasia:**
Infiltración cardinal (adenocarcinoma gástrico) tumores que infiltran microscópicamente el plexo mientérico o del nervio vago (pulmón, mama, hígado, páncreas) o linfomas o Chagas o amiloidosis.



Síndrome general
Vómitos ocasionales
Anemia, aumento VSG
Tos + Exfumador
Rx tórax (¿bajo la opacidad?)

Disfagia para sólidos, continua, subaguda/crónica, a nivel medio-distal.

Acalasia



Pérdida de la peristalsis normal del esófago distal con falta de la relajación del EEI con la deglución.

La disfagia es para sólidos (91%) y para líquidos (85%)
Regurgitación de alimentos no digeridos y saliva
Dolor, acidez, pérdida de peso.
< 50 años. Hombres y mujeres.



Sólidos únicamente
No regurgitación
No produce anemia ni elev VSG

Pérdida de peso y anorexia
Vómitos ocasionales

Disfagia para sólidos, continua, subaguda/crónica, a nivel medio-distal.

Esclerodermia (disfagia esofágica motora continua)

- Debilidad en la contracción de la parte distal del esófago e incompetencia del EEI
- Disfagia progresiva a sólidos y a líquidos
- AP: esclerosis sistémica (90%)



No síndrome general
No AP
No alt. analíticas

Esofagitis linfocítica → dx AP

Esofagitis por medicamentos

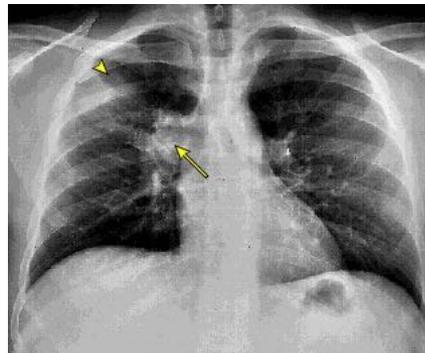
Disfagia para sólidos, continua, subaguda/crónica, a nivel medio-distal.

Esofagitis Infecciosa

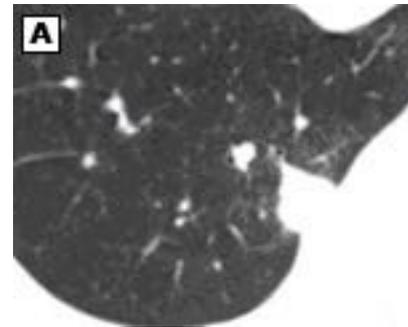
- Virus Herpes Simple
- Citomegalovirus
- Cándida
- Menos frecuente: Criptococosis, histoplasmosis, blastomicosis, aspergilosis y micobacterias.



No AP endémicos o ID
No alt. Analíticas
Resto Rx tórax



Histoplasmosis (*H. capsulatum*)
Excrementos de aves y murciélagos
Más frecuente en zonas endémicas.



Blastomicosis (*B. dermatitidis*)
América del Norte
Pulmón > Piel > Hueso > Sist. GU > resto

Disfagia para sólidos, continua, subaguda/crónica, a nivel medio-distal.

Enfermedad de Crohn

- Afectación de cualquier parte del tubo digestivo
- Inicialmente inflamación y, con el tiempo y ausencia de tratamiento y/o respuesta causa fibrosis



No otras manifestaciones
No afect. pulmonar

Síndrome general
Aumento VSG y anemia

Síndrome de Sjögren

$\frac{3}{4}$ asocian disfagia

No xerostomía ni xeroftalmia



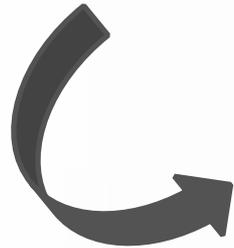
SOSPECHA DIAGNÓSTICA

¿Se trata de una neumonía además de :

→ neoplasia del tubo digestivo?

→ neoplasia pulmonar?

¿o de una infección por *M. bovis*?

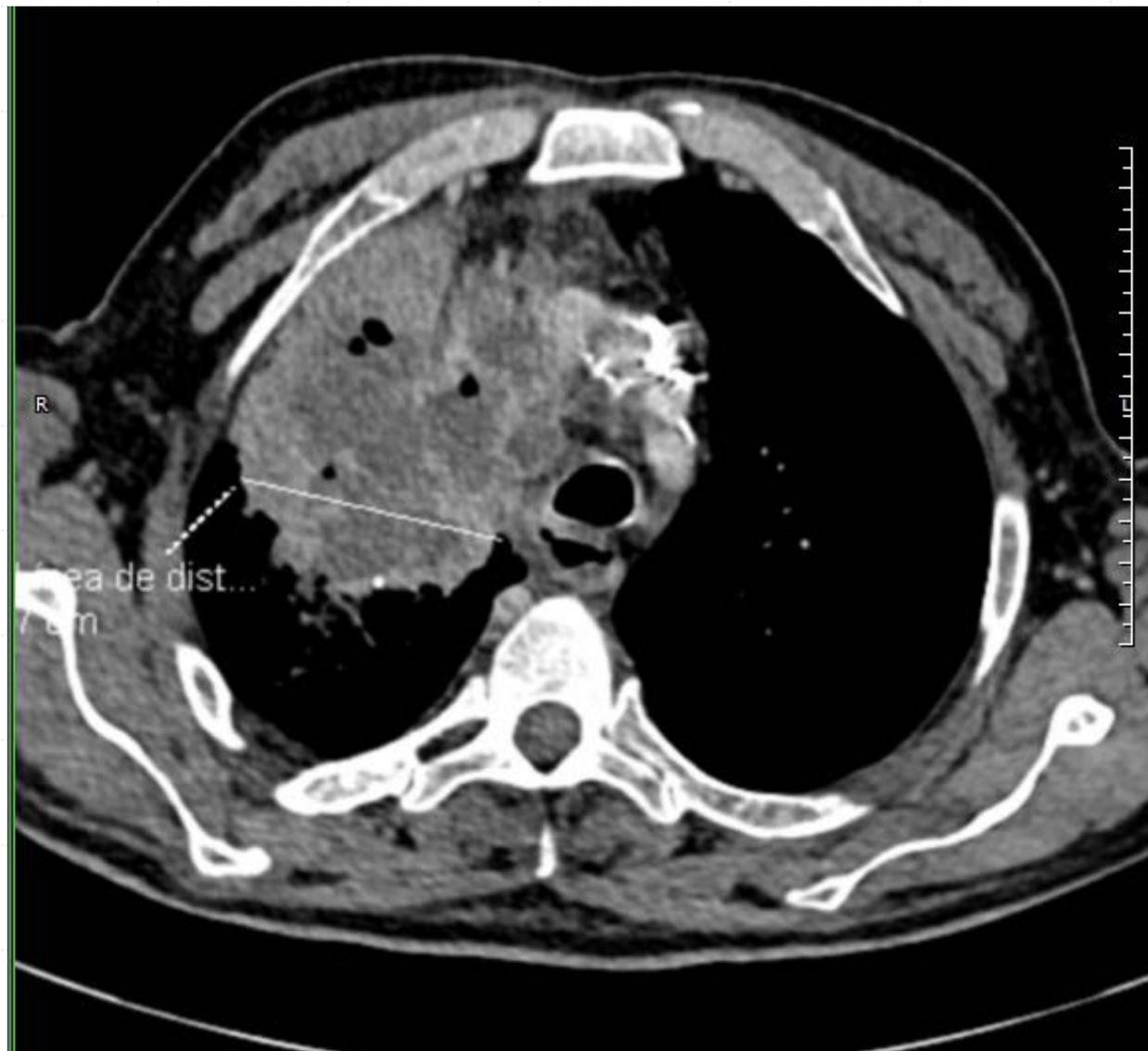


Se necesitan más
pruebas complementarias

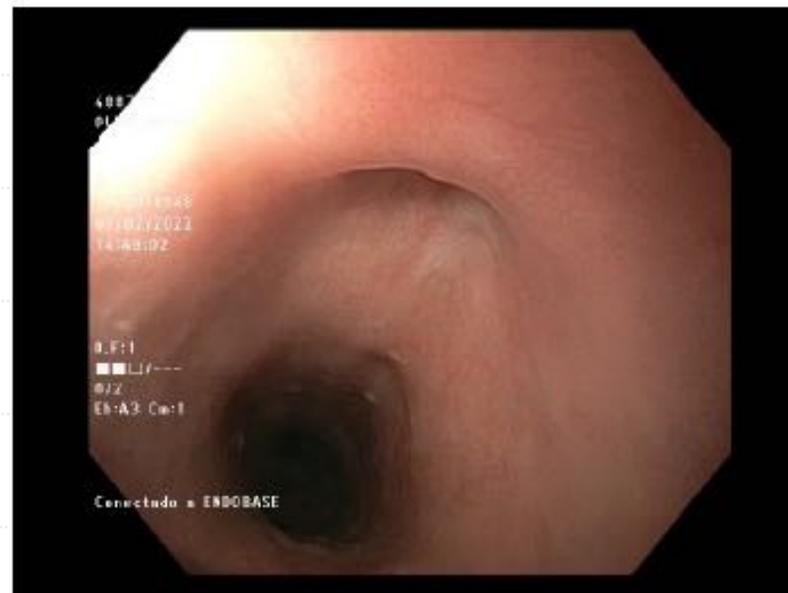
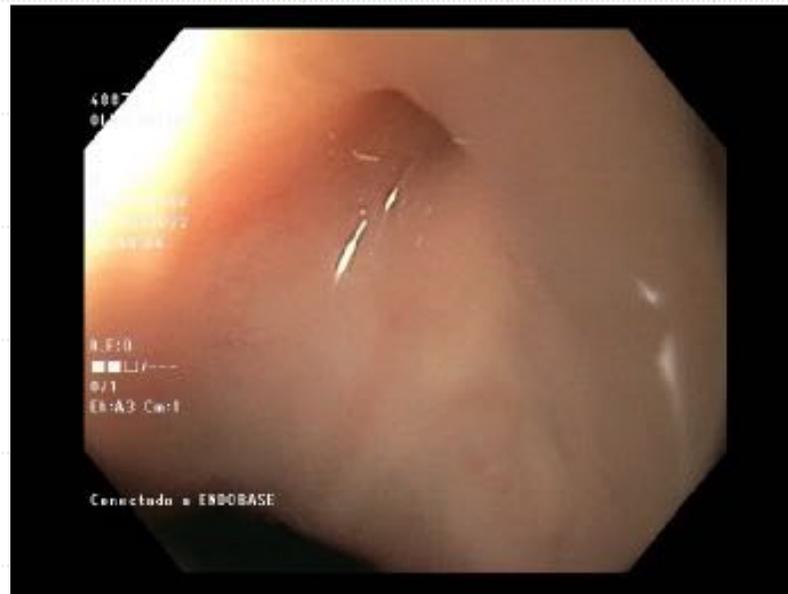
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS A SOLICITAR . . .

- Analítica con marcadores tumorales e interferonTBC
- Antígenos urinarios
- Serologías (CMV, VHS, VIH, Coxiella Burnetti)
- Gastroscopia
- TC torácico
- Broncoscopia

Tc tórax



■ Gastroscopia



Broncoscopia

Midazolam

Anestesia: Tópica (lidocaína 2%)

Via de Introducción: Fosa nasal derecha

Tolerancia: Buena

TC: Masa en LSD con conglomerado adenopático indistinguible de la masa.

INFORME:

VAS sin alteraciones. Cuerdas vocales de morfología y motilidad normales. Tráquea y carina principal normales. ABI, LM y LID permeables hasta límites accesibles al broncoscopio, con signos de inflamación bronquial crónica. En LSD engrosamiento difuso de la mucosa sin otros datos de malignidad que provoca leve estenosis en la entrada de dicho bronquio. Tras la instilación de suero en segmento apical de LSD para recogida de BAS, emanan secreciones purulentas que se aspiran.

Se realiza Biopsia bronquial ciega en segmento apical de LSD con dificultad por la flexibilidad del broncoscopio.

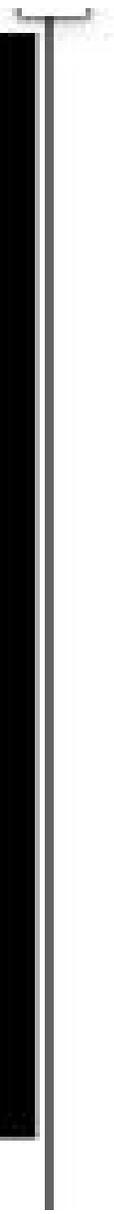
Se intenta realizar PAAF en región 4R sin éxito por no tener suficiente flexibilidad.

Muy mala tolerancia por agitación, desaturación y tos.

DIAGNÓSTICO:

- 1.-Estenosis LSD (Sospecha intermedia de malignidad)**
- 2.-Inflamación crónica**

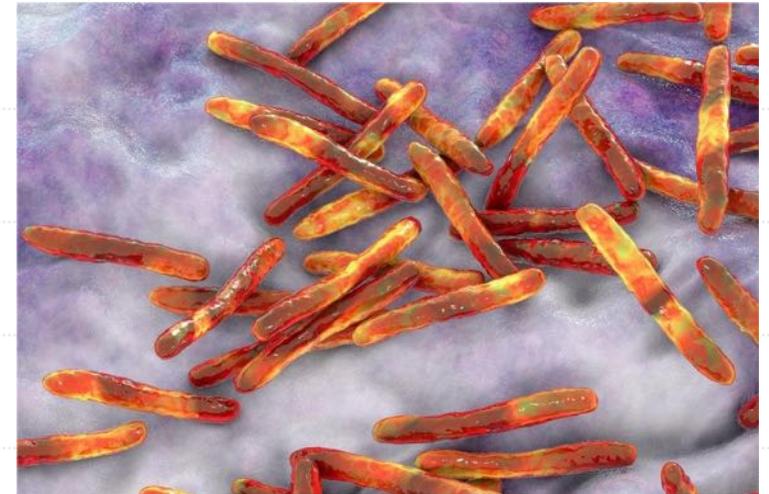




BAG con control Tc

- **A.P.:** patrón de neumonitis intersticial sin signos de malignidad.

- **Micro:**
 - **Cultivo habitual:** estreptococo intermedius/millleri.
 - **Tinción con auramina:** negativa.
 - **Cultivo en medio específico:** **MICOBACTERIUM BOVIS**





Diagnósticos:

- **Tuberculosis por M. Bovis**
- **Fístula bronco-esofágica**

Mycobacterium bovis

- Es una micobacteria de crecimiento lento (16 a 20 horas como tiempo de generación), microaerófila y causante de **tuberculosis bovina** pero que también puede infectar y causar tuberculosis en humanos.

Taxonomía

Dominio:	Bacteria
Filo:	Actinobacteria
Orden:	Actinomycetales
Suborden:	Corynebacterineae
Familia:	Mycobacteriaceae
Género:	<i>Mycobacterium</i>
Especie:	<i>M. bovis</i>

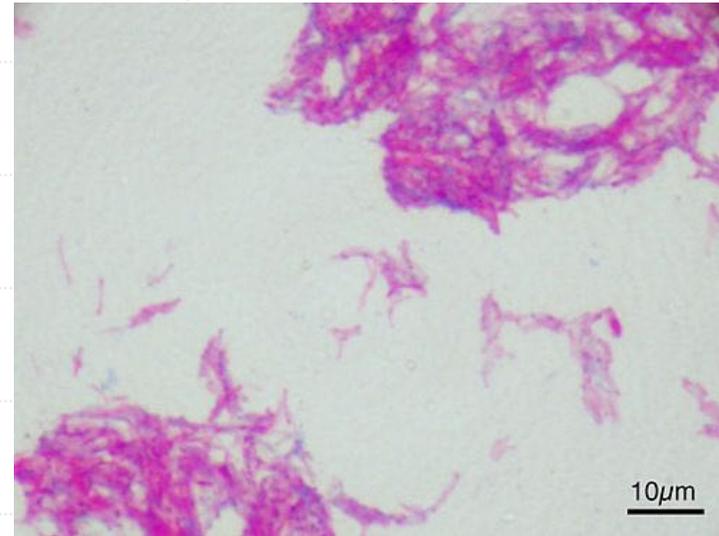




Figura 3. Número de casos e incidencia acumulada de tuberculosis humana por *Mycobacterium bovis* por provincia de Castilla y León, 2006-2015.



Contagio: La infección primaria en los humanos puede tener lugar por inhalación o por ingestión.

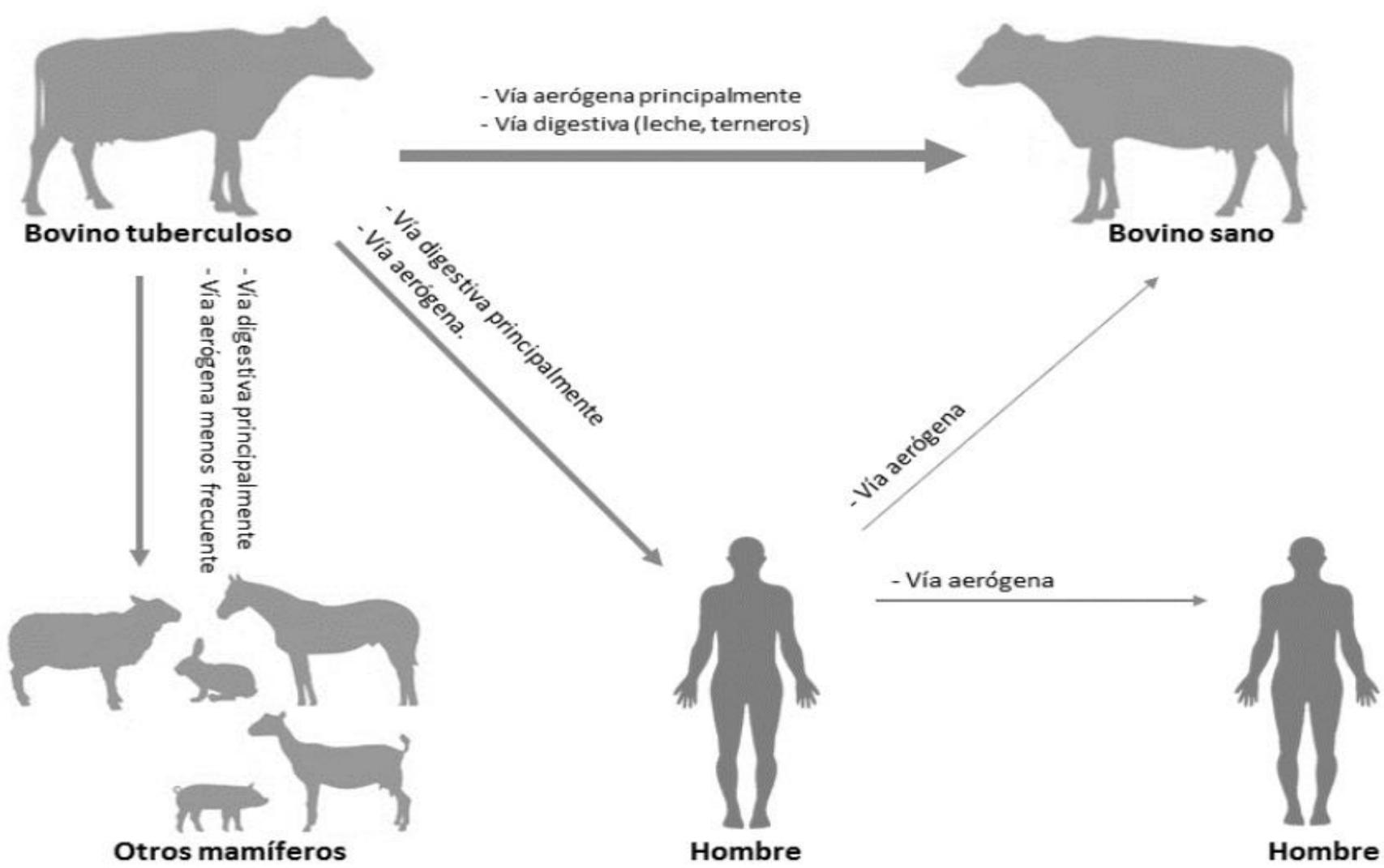
A. Por **inhalación** de aerosoles, a partir de ganado enfermo, se asume que la infección primaria ocurrirá en el pulmón, con mayor probabilidad de reactivación en el tracto respiratorio y ocasional diseminación a órganos distantes.

- La infección primaria da lugar a un síndrome pseudogripal, con tos seca, y la progresión de la enfermedad puede dar lugar a tos productiva, fatiga, dolor torácico o síntomas tardíos en un lugar extrapulmonar.

Contagio:

B. Por ingestión de leche contaminada, no pasteurizada. Diseminación hematológica.

- Entre 5-8 semanas después de la ingesta se inicia fiebre, odinofagia y linfadenopatía cervical (escrófula).
- También se han descrito gastralgia y aumento de tamaño de los ganglios mesentéricos, con o sin eritema nodoso.
- *Reactivación:*
 - En un órgano abdominal, como la forma clásica de ileítis terminal (*signo de la cuerda*),
 - En un órgano distante.



Diagnóstico microbiológico:

- Observación de BAAR en muestras
- Aislamiento en cultivo.
- Identificación fenotípica o genotípica y **PCR**
- *M. Bovis* puede tener **resistencia natural a pirazinamida** por ausencia de pirazinamidasa (*pncA*): Pz → ácido pirazinoico

Tabla 1. Principales características de los miembros del complejo *M. tuberculosis*^a.

	<i>M. tuberculosis</i>	<i>M. africanum</i>	<i>M. bovis</i>	<i>M. bovis</i> BCG
Niacina	+	+	-	-
Nitratasa	+	- ^b	-	-
Ureasa	+/-	+	+/-	+
Tipo respiratorio	Aerobio	Microaerófilo	Microaerófilo	Aerobio
TCH (5µg/ml)	R	S ^c	S	S
Pirazinamida	S	S	R ^d	R
Cicloserina	S	S	S	R

^aAbreviaturas. TCH: hidracida del ácido tiofeno-2-carboxílico; S: sensible; R: resistente.

^b+ en la subespecie II.

^cR en la subespecie II.

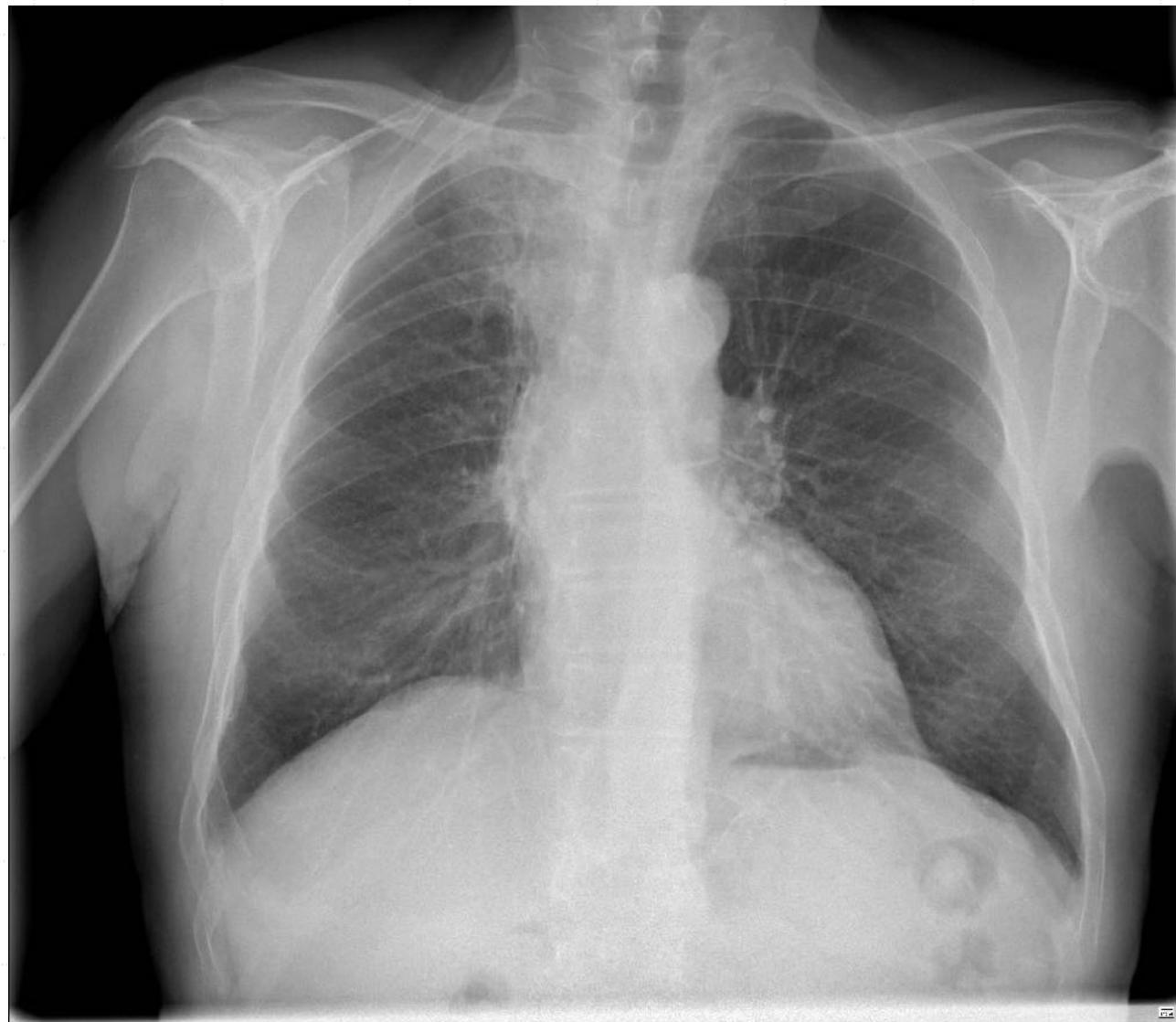
^dS en la subespecie *caprae*.

Tratamiento



- Se recomienda tratar la infección por *M. bovis* con cuatro antituberculosos: Rifampicina, Isoniacida, Etambutol y eStreptomicina (2RIES → 4RI), **excluyendo la pirazinamida** si se sospecha esta etiología.

**Rx a las 6 semanas de tto
específico**



BIBLIOGRAFÍA

- Approach to the evaluation of dysphagia in adults. Ronnie Fass, DM. Jul 2022. UpToDate.
- Community-acquired pneumonia in children: Outpatient treatment. William J Barson, MD. Jul 2022. UpToDate.
- Harrison., Longo D. Principios de medicina interna.México: McGraw-Hill.