

DISFAGIA ORGÁNICA MULTICAUSAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

MsC. Dra. María de Lourdes Menéndez Villa.¹ Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar. Hospital General Enrique Cabrera. Boyeros. Habana. Cuba.

Dr. **Emyll Perelló Guevara**² Residente de Anestesiología y Reanimación. Hospital General Enrique Cabrera. Boyeros. Habana. Cuba.

Dra. **Lissit Roldán Jorge**.³ Residente de Anestesiología y Reanimación. Hospital General Enrique Cabrera. Boyeros. Habana. Cuba.

marylumv@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La *disfagia* se define como una sensación de "adherencia" u obstrucción del paso de los alimentos a través de la boca, la faringe o el esófago. Del griego *dys* (dificultad) y *phagia* (comer) debe diferenciarse de otros síntomas relacionados con la deglución, pero que en ocasiones le acompañan tales como la odinofagia o las regurgitaciones. Podemos señalar fundamentalmente, dos tipos patogénicos de disfagia: la *disfagia orgánica*, mecánica, de base anatomopatológica, y la *disfagia funcional*, espasmódica, de base fisiopatológica. Objetivo: Revisar algunos aspectos relacionados con la etiopatogenia de la disfagia orgánica. Desarrollo: Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 67 años con antecedentes de Esquizofrenia Paranoide y alcoholismo que viene remitido del Hospital Psiquiátrico de La Habana por presentar disfagia, dolor en epigastrio y pérdida de peso de alrededor de 30 libras concluyéndose como estenosis esofágica y esofagitis moniliásica grado 2-3. Conclusiones: Los exámenes endoscópicos e imagenológicos resultan de vital importancia para el estudio de una disfagia orgánica, siendo imprescindibles para llegar al diagnóstico definitivo. Existen entidades que pueden coexistir en un mismo enfermo como en nuestro paciente, donde se diagnosticó: Esofagitis Moniliásica, Esófago de Barrett y Hernia Hiatal capaces de ocasionar una disfagia orgánica.

Palabras Clave:

Disfagia, disfagia orgánica, esofagitis moniliásica y disfagia

INTRODUCCIÓN

La Disfagia resulta un síntoma relativamente frecuente dentro de las causas de consulta, tanto para el médico de la Familia como para el especialista en Gastroenterología y dentro

de sus causas existen entidades con muy buen pronóstico, una vez hecho el diagnóstico oportunamente, siendo en otros casos manifestación de enfermedades malignas como el Cáncer de esófago. Este síntoma nunca debe minimizarse por parte del médico; de la realización precoz de los estudios recomendados dependerá la evolución más o menos favorable del enfermo.

Este síntoma del tractus digestivo superior se define como la sensación subjetiva de dificultad para tragar, que se experimenta de modo transitorio o permanente¹. Del griego *dys* (dificultad) y *phagia* (comer) debe diferenciarse de otros síntomas relacionados con la deglución, pero que en ocasiones le acompañan tales como la odinofagia o las regurgitaciones². En ocasiones, la disfagia, no es subjetiva, sino que se hace ostensible al practicar un examen esofagoscópico o radiológico (disfagia objetiva).^{1, 3}

La dificultad de la deglución de agua, alimentos líquidos o sólidos, obedece en términos generales, bien a alteraciones anatómicas del conducto bucofaringoesofágico, o bien a alteraciones fisiológicas de la deglución. Podemos señalar fundamentalmente, por lo tanto, dos tipos patogénicos de disfagia: la disfagia orgánica, mecánica, de base anatomopatológica, y la disfagia funcional, espasmódica, de base fisiopatológica. Pueden coexistir en el mismo enfermo ambos mecanismos, debiendo aceptarse en toda disfagia orgánica un espasmo vecino más o menos variable.^{1, 3}

Fisiopatología de la disfagia orgánica: Existe una disminución de la permeabilidad bucofaringoesofágica. Cualquier proceso patológico obstructivo a cualquier nivel de dicho conducto, ocluye la luz y determina una disfagia orgánica o mecánica. La oclusión puede ser intrínseca, causada por procesos proliferativos o estenosantes que crecen hacia la luz del órgano, o extrínseca, debida a procesos que crecen y aplastan el esófago desde el mediastino ocluyendo también su luz. Es importante señalar, que desde los comienzos de todo proceso orgánico obstructivo del esófago, y muchas veces antes de que dicho proceso, per se, ocluya mecánicamente la luz, se sobreañade una alteración funcional o espástica vecina, la que es responsable de la oclusión o la acrecienta. Este factor funcional puede variar de un momento a otro o ceder por la administración de antiespasmódicos o sedantes corticovegetativos, lo que explica muchas veces la mejoría aparente de un proceso orgánico obstructivo.

(1)2

Fisiopatología de la disfagia funcional: El mecanismo patogénico de la disfagia funcional obedece a las múltiples y complejas alteraciones de la fisiología de la deglución, Al no ser conocida con exactitud esta función, deben aceptarse muchas hipótesis en este mecanismo fisiopatológico. De conjunto, podemos decir que esta fisiopatología gira alrededor de la alteración de la normal coordinación neuromotora

de la deglución. A su vez, varían relativamente los detalles cuando analizamos en particular la fisiopatología de la disfagia funcional de tipo alto, mediana o baja; esto es, según afecte los distintos tiempos de la deglución.^{1 2 3}

Localización:

La disfagia puede identificarse subjetivamente como de localización alta, mediana o baja.

La disfagia alta la refiere el paciente al cuello, correspondiendo a la proyección del cartilago cricoides (boca de Killian o anillo cricofaríngeo). La dificultad se percibe en el instante de comenzar a tragar.^{1, 2 3}

La disfagia de localización mediana es referida por el paciente al tórax, correspondiendo a procesos del esófago medio o actuando este segmento como elemento efector. En estos casos, la sensación de disfagia se percibe a los 2 ó 5 s después de tragar.^{1,2 3}

La disfagia baja es la más interesante en la clínica por existir en múltiples enfermedades, tanto orgánicas como funcionales. El enfermo la refiere al apéndice xifoides del esternón y a la porción más alta del epigastrio, percibiendo una sensación de atasco entre los 5 y los 15 s después de tragar.^{1,2 3}

Periodicidad:

Las disfgias no periódicas, es decir, que siguen una evolución constante desde que se instalan, son, por lo regular, de carácter orgánico, obedecen a enfermedades obstructivas del esófago, como carcinoma, tumores del mediastino y estenosis de orden cáustico.^{1 3}

Calidad:

Nos referimos en este caso a la relación de la disfagia con el grado de consistencia del bolo alimenticio al tragar; esto es, el comportamiento del paciente disfágico al tragar líquidos, alimentos semisólidos y sólidos. Los pacientes con disfagia de tipo orgánico, en su mayor parte, observan primero la dificultad para tragar los sólidos, después los alimentos semisólidos y finalmente los líquidos, dato que se recoge en la anamnesis de la mayoría de los casos de cáncer obstructivo, de esofagitis estenosante y de tumores mediastinales.^{1 3}

Síntomas asociados:

La disfagia puede estar acompañada de síntomas generales, pérdida de peso, pérdida de fuerza, todo lo cual orienta al diagnóstico de las disfgias por procesos malignos.¹³

Curso:

El curso de las disfgias orgánicas es uniforme, regular, rítmico, progresivo, con dificultad inicial para tragar sólidos, hasta terminar en no poder tragar ni aun los

líquidos, como ejemplo siempre se señala el carcinoma de las porciones bajas del esófago, en cuya enfermedad la caquexia progresiva del enfermo, así como la sialorrea (signo de Roger), completan la tipicidad clínica del diagnóstico.^{1 2}

Con el objetivo de revisar algunos aspectos relacionados con la etiopatogenia de la Disfagia orgánica, presentamos a continuación el caso de un enfermo en el cual este fue el síntoma que motivó su ingreso, y en el cual se diagnosticaron una Esofagitis Moniliásica, Hernia Hiatal y Esófago de Barrett.

DESARROLLO

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 67 años con antecedentes de Esquizofrenia Paranoide y Alcoholismo que viene remitido del Hospital Psiquiátrico de La Habana por presentar disfagia a los alimentos sólidos, dolor en epigastrio y pérdida de peso de alrededor de 30 libras; todo esto desde hace alrededor de 2 meses, por lo que se decide su ingreso para estudio y tratamiento.

ANAMNESIS REMOTA

Antecedentes patológicos personales: alcoholismo, úlcera gastroduodenal perforada, trastornos psiquiátricos

Antecedentes patológicos familiares: cardiopatía isquémica (padre y madre)

Cirugías: úlcera perforada (2 intervenciones)

Hábitos tóxicos: Alcoholismo y Tabaquismo

Alergia a medicamentos: no refiere

Datos positivos al Interrogatorio:

-disfagia a los sólidos, de 2 meses de evolución, acompañándose de vómitos inmediatos del alimento ingerido

-pérdida de peso de 30 libras

-epigastralgia mantenida de moderada intensidad, acompañándose de acidez ocasional.

Datos positivos al Examen Físico:

-Índice de masa corporal: 18,5 kgm²

-Abdomen excavado, con cicatriz de 10 cm de cirugía anterior en epigastrio, dolor a la palpación en epigastrio. No se precisa visceromegalias ni tumor

COMPLEMENTARIOS:

-**Electrocardiograma:** bradiarritmia sinusal.

-Hemoquímica:

Glucosa: 6.4 mmol/L

Creatinina: 44 µmol/L

Colesterol: 6.9 mmol/L

Triglicéridos: 0.72 mmol/L

Ácido úrico: 485 µmol/L

Albúmina: 36.9 g/L

Amilasa: 52 U/L

TGO: 103U/L

TGP: 76 U/L

Fosfatasa alcalina: 437 U/L

-Hb: 15.4 g/dL

-Eritrosedimentación: 5 mm/h

-Leucograma: Leucocitos: 11.0 x 10⁹/L

-Parcial de orina: Leuco 25 x campo (Urisis)

Rx contrastado de Esófago:(8-1-2014).Estenosis distal del esófago.

Endoscopia: 11-1-2014.

Duodeno: segunda porción muy eritematosa en toda su extensión al igual que la del bulbo

Estómago: se introduce GIF Olympus Evis Lucera, hasta visualizar el píloro, píloro central abierto con mucosa gástrica muy eritematosa en toda su extensión con algunas erosiones elevadas y planas diseminadas en antro y cuerpo alguna deprimidas en su centro con signos de sangrado reciente, lago con abundante secreciones de amarillo verdosa de aspecto biliar y retensional, **unión gastroesofágica estenótica que al pasar por ella deja sensación de caída al vacío, línea Z irregular.**

Esófago: a los 30 cm de la arcada dentaria se observa una **membrana blanco amarillenta que se extiende hacia la línea Z en sentido distal, la cual se desprende con el cepillo de citología dejando debajo de esta una superficie sangrante cruenta, erosiva, siendo alargada u ocupando toda la circunferencia del órgano, pero localizada a este nivel y coincidiendo a este nivel con estenosis esofágica**, restos del esófago con características normales además de disminución de ondas peristálticas terminando el esófago otra estenosis con la descrita en el informe radiológico.

Conclusiones: Duodenitis eritematosa severa, pangastritis severa asociado a severo reflujo duodeno gástrico con signos de sangrado reciente, posible acalasia esofágica, estenosis del tercio medio distal de etiología no bien precisada, esofagitis moniliasica grado 2-3, trastorno motor esofágico.

Comentarios: se realiza cepillado para citología exfoliativa, se sugiere manometría esofágica y se tomó muestra de mucosa del esófago.

Endoscopia: 8-2-2014

Duodeno: Segunda porción. Bulbo en cara anterior con una erosión milimétrica de color amarillo verdoso.

Estómago: En el antro hacia la curvatura mayor cerca del límite del cuerpo encontramos una lesión elevada de 0.5cm de diámetro de color semejante a la mucosa circundante de la cual tomamos biopsia.

Unión gastroesofágica: La línea Z se encuentra desplazada desde los 40 a los 36 cm de la arcada dentaria, con la formación de un saco herniario.

Esófago: En el esófago distal H6 encontramos una prolongación mucosa eritematosa de la cual tomamos biopsia.

Conclusiones:

-Bulbitis erosiva leve

-Lesión de estómago no concluyente para diagnóstico

-Hernia hiatal tipo I

-Metaplasia esofágica sospechada endoscópicamente

Biopsia: Gastritis Crónica inespecífica. Marcada eosinofilia de la lámina propia.

Actividad ligera. Metaplasia esofágica intestinal. No displasia.

DISCUSIÓN

La estenosis esofágica definida como disminución de la luz esofágica, presenta como síntoma predominante la disfagia que impide una adecuada alimentación del paciente, condicionándolo a la desnutrición, tanto en la población adulta, como en la infantil. La estenosis esofágica es una entidad clínica, cuya frecuencia parcial va a estar determinada según las diversas causas que la origina.^{3 4 5 6}

La esofagogastroduodenoscopia debe realizarse para establecer o confirmar el diagnóstico, buscar evidencia de esofagitis, excluir la malignidad, obtener biopsia y especímenes para citología por cepillado, y para llevar a cabo la terapia.^{5 6}

Pueden agruparse las enfermedades que producen estenosis del esófago en tres categorías generales^{5 6}

1. Enfermedades intrínsecas que estrechan la luz del esófago por medio de la inflamación, fibrosis o neoplasia.
2. Enfermedades extrínsecas que comprometen la luz del esófago por invasión directa o agrandamiento de ganglios linfáticos.
3. Enfermedades que afectan la peristalsis esofágica y/o el esfínter esofágico inferior, por sus efectos sobre el músculo liso y su inervación.

En nuestro paciente se evidencio a través de la gastroduodenoscopia la presencia de enfermedad intrínseca con estrechamiento de la luz esofágica, impresionando en el primer estudio endoscópico la posible existencia de una Acalasia así como la presencia de una Esofagitis Moniliasica.

Las especies del género *Cándida* son hongos comensales, que forman parte de la flora intestinal fisiológica y se encuentran entre 35 y 50 % de los cultivos orofaríngeos y entre 65 y 90 % de los coprocultivos de los sujetos sanos.^{5 6 7} Ocasionalmente estos hongos adquieren carácter patógeno, proliferan e invaden la mucosa esofágica dando lugar a lesiones. En la mayoría de los casos existen factores predisponentes para que este hongo se vuelva patógeno, aunque se describen casos de candidiasis esofágica en sujetos sanos.^{5 6 7}

Se citan como factores predisponentes para la esofagitis moniliásica:

- Hemopatías (leucemias y linfomas).
- Endocrinopatías (diabetes mellitus e hipotiroidismo).
- Alcoholismo.
- Tratamiento con inmunosupresores (esteroides, radioterapia y quimioterapia).
- Antibióticos de amplio espectro.
- Estasis esofágica (Acalasia y tumores).
- Déficit inmunológico.
- Malnutrición grave.
- Ancianos.
- Uso crónico de antiseptores.

La endoscopia digestiva permite visualizar las lesiones y obtener un diagnóstico de presunción, al observar determinadas características endoscópicas: manchas, placas o membranas blanco-amarillentas; adherentes que hacen ligero relieve hacia la luz, aisladas o confluentes. Los últimos centímetros del esófago están menos afectados por la presencia del contenido ácido del estómago, que es lesivo para el hongo.^{5 6}

En este enfermo coincidían varios factores predisponentes; Ancianidad, Alcoholismo, Desnutrición además de tratarse de un paciente psiquiátrico (esquizofrénico) con conductas y hábitos higiénicos inadecuados.

Por otra parte, en el segundo estudio endoscópico se detectó la existencia de una Hernia Hiatal tipo I (Directa o deslizante). Esta entidad puede contribuir a la sintomatología digestiva alta por predisponer al reflujo Gastroesofágico.^{5 6 7 8}

Debe señalarse que en este paciente se impuso tratamiento higieno- dietético y farmacológico, este último constituido por Ranitidina parenteral y Nistatina oral durante 21 días.^{8 9 10} No utilizamos Fluconazol por tratarse de un alcohólico con enzimas hepáticas elevadas. La segunda Gastroduodenoscopia fue realizada después de concluir este tratamiento y con una mejoría clínica evidente.

Consideramos que la sospecha de Acalasia inicial se debió a la estenosis ocasionada por el proceso inflamatorio existente debido a la Candidiasis

sobreañadiéndose una alteración funcional o espástica vecina, la que fue responsable de la oclusión o la acrecentó.

Por otra parte, llama la atención en la segunda Gastroduodenoscopia, la Metaplasia esofágica sospechada endoscópicamente y confirmada histológicamente en la Biopsia obtenida, lo que nos haría plantear además como diagnóstico un Esófago de Barrett, que últimamente tiende a definirse este, **como "la presencia de mucosa columnar con Metaplasia intestinal en el esófago inferior, incluida la mucosa que tapiza el esfínter esofágico inferior"**.^{6 8 9 10}

Ante esta entidad es necesario establecer vigilancia periódica y realizar biopsias abarcando distintas zonas con el objetivo de detectar displasia. El Adenocarcinoma de Esófago se origina en gran cantidad de casos a partir de un epitelio glandular metaplásico (Esófago de Barrett)^{6 7 8 9 10}

CONCLUSIONES

- La disfagia constituye un síntoma importante del tracto digestivo superior, que no debe ser minimizado cuando sea referido por un enfermo, siendo los exámenes endoscópicos e imagenológicos de vital importancia para su estudio. Existen entidades que pueden coexistir en un mismo enfermo como en nuestro paciente, donde se diagnosticó: Esofagitis Moniliásica, Esófago de Barrett y Hernia Hiatal capaces de ocasionar una disfagia orgánica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Llanio Navarro, R; Perdomo González, G y col. Propedéutica Clínica y Semiología Médica. Tomo II .Capitulo 56.Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de la Habana. 2005.
- 2-Alvarez Sintés, R. Medicina General Integral. Principales afecciones en los contextos familiar y social. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana.2008.TomolI, pag 274-77.
- 3-Llanio, R (1991) Gastroenterología. Principios básicos y pruebas diagnósticas. La Habana. Editorial pueblo y Educación.
- 4-Kasper D., Braunwald E., Fauci A., Hauser S., Longo D., Jameson L., Isselbacher K. Harrison. Principios de Medicina Interna. 16ª edición. Editorial Interamericana. 2007
- 5-Savary, M, G, Miller. The esophagus. Handbook and atlas of endoscopy. Cap 10 pp.135-142.Gassman.Switzerland. 1978.
- 6-Colectivo de autores; Manual de endoscopia digestiva superior diagnóstica. Capítulo 8. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2012
- 7-Farreras Rozman. Medicina Interna. 14va Edición. Cp.21 pp123-134. Ediciones Harcourt. Madrid. 2000
- 8-Sampliner, R.E. **"Updated guidelines for the diagnosis, surveillance, and therapy of Barrett's esophagus.Southern Arizona VA Health Care System, Tucson 85723, USA."** Am J Gastroenterol. Arizona. 2002
- 9-KEARNEYD, McDoNALD GB. Esophageal disorders caused by infection, systemic illness, medications, radiation and trauma. En: Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver disease, 7." ed. Philadelphia, WB Saunders, 2002; 623-646.
- 10- Llanio Navarro, RaimundoSíndromes/ Raimundo Llanio Navarro, Aracelys Lantigua Cruz, Mercedes Batule Batule...[y otros]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002

Imagen #1



Esófagograma del paciente a su ingreso.