



O-108 - PONIENDO APELLIDOS A UNA DISFAGIA

A. Tentor Viñas, S. Martín García, R. Coletto Gutiérrez y M.J. Guereña Tomás

CS Aples.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 84 años con antecedentes de enfermedad de Parkinson (EP) que consulta por disfagia progresiva primero a sólidos y posteriormente a líquidos de meses de evolución, llegando a tolerar sólo dieta líquida. Se acompaña de pérdida de peso y datos de desnutrición. Presenta un episodio de neumonía broncoaspirativa que requiere ingreso hospitalario. Se realiza diagnóstico diferencial de la disfagia, que es la sensación subjetiva de dificultad para la deglución. Para ello lo primero es saber si se trata de disfagia esofágica u orofaríngea como es nuestro caso. La prevalencia de la disfagia orofaríngea funcional en pacientes con enfermedades neurológicas es muy elevada: afecta a más del 30% de pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular; al 52-82% con Parkinson; y hasta al 84% de pacientes con Alzheimer. Sin embargo, si existen otros datos como halitosis, regurgitación, presencia de masa cervical o historia de neumonías conviene descartar otras causas de disfagia orofaríngea. El diagnóstico se realiza con una buena historia clínica; un examen físico de cabeza y cuello; así como de la cavidad oral y una exploración neurológica completa. Con esta primera aproximación, se añaden las pruebas de laboratorio y de imagen para enfocar el estudio complementario para un diagnóstico definitivo.

Exploración y pruebas complementarias: Se solicita analítica en la que destacan proteínas totales 5,4; albúmina 50%; hierro 23; transferrina 167; saturación de transferrina 10,7 y ácido fólico 1,7. Se solicita de forma ambulatoria panendoscopia oral en la que se observa un posible divertículo de Zenker (se identifica a nivel de la boca de Killian un divertículo de unos 3 cm de longitud, sin lesiones en su interior y lateral a éste el orificio de acceso a esófago, pero no se puede franquear por angulación). Con esos hallazgos se deriva a Digestivo de forma preferente, donde se realiza tránsito esofagogastroduodenal (EGD) en el que se encuentra voluminoso divertículo de Zenker que impronta cara posterior de esófago. En la deglución es lo que primero se rellena, permitiendo posteriormente el llenado filiforme del esófago, lo que puede ser la causa de la disfagia. Pequeño paso de contraste a vía aérea. No reflujo a orofaríngea. Pequeña hernia gastroesofágica. No reflujo gastroesofágico. Dada la edad del paciente y la comorbilidad que determina mayor riesgo quirúrgico y anestésico, se realiza miomectomía endoscópica, comenzando el paciente a tolerar sin disfagia a los pocos días.

Juicio clínico: Disfagia orofaríngea secundaria a divertículo de Zenker.

Comentario final: El diagnóstico diferencial de la disfagia es importante para no asumir una causa y evitar tratar causas reversibles. La aproximación inicial al paciente con disfagia puede hacerse

perfectamente por parte del médico de familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Overview of dysphagia in adults. Uptodate.
2. Clavé P, Arreola V, Velasco M, et al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. *Cir Esp.* 2007;82:62-76.
3. Oropharyngeal dysphagia: Clinical features, diagnosis, and management. Uptodate.
4. The role of endoscopy in the evaluation and management of dysphagia. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2014;79(2).