



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

329/17 - NO SIEMPRE DISFAGIA ES IGUAL A TUMOR

R. Correa Gutiérrez¹; M. Alonso Santiago¹; L. Rodríguez Vélez²; C. Marinero Noval³; R. Maye Sorod⁴; O. Casanueva Soler¹.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. ²Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Asturias. ⁴Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 41 años, Arnold Chiari en seguimiento en Neurología, acude a consulta de centro de salud por sequedad de boca y disfagia intermitente para sólidos de 1 mes de evolución. Refiere molestia en la cara anterior del cuello, sobre todo al flexionar el cuello hacia delante. Niega dolor tras la deglución, disminución de peso, vómitos, disnea u otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración por órganos y aparatos anodina. Neuro: PC normales. Fuerza y tono normal. ROT simétricos. RCP flexor bilateral. Equilibrio conservado. Lenguaje fluido y coherente. Hacemos una interconsulta para ORL, que objetivan hipertrofia de tejido linfóide en orofaringe y mediante fibroscopia, edema interarritenoideo. Deciden realización de tránsito faringo-esofágico, donde se observa reflujo gastroesofágico severo, que alcanza el tercio superior del esófago, y se pone de manifiesto en decúbito supino. Esófago, estómago, bulbo y marco duodenales, de características normales.

Juicio clínico: Enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Diagnóstico diferencial: Arnold Chiari. Espasmo esofágico difuso. Anillo o membrana esofágica. RGE.

Comentario final: Ante una clínica de estas características y dada la patología de base de la paciente, primero debemos sospechar una complicación de la misma. La exploración neurológica fue normal, no observando disnea, alteración de reflejos o sensibilidad, descartando por tanto un enclavamiento de las amígdalas cerebelosas.

Nos contaba una clínica de disfagia a sólidos, por lo que nuestra sospecha diagnóstica se inclina a una disfagia mecánica y al ser intermitente, posibles anillos o membranas esofágicas. Finalmente el tránsito nos demostró reflujo gastroesofágico severo, una patología cuyo síntoma principal es la pirosis, pero existe sintomatología menos frecuente como dolor torácico quemante, dolor epigástrico, disfagia, odinofagia, faringitis crónica, tos crónica, ronquera, asma, sinusitis crónica y regurgitación. Debemos tener en cuenta que el reflujo de contenido del estómago al esófago es algo normal que sucede varias veces al día en personas sanas, por tanto, que exista RGE no implica

ERGE. Sólo lo catalogamos como tal cuando ese reflujo ocasiona síntomas o complicaciones. Se estima que afecta a un 15-20% de la población pero solo será realmente molesto en el 10% del total, deteriorando la calidad de vida. Para el diagnóstico de la ERGE es suficiente la historia clínica del paciente. La gastroscopia no es necesaria para el diagnóstico, salvo que existan signos de alarma, síntomas atípicos, fracaso terapéutico o datos clínico-analíticos que sugieran otras enfermedades. La pHmetría ambulatoria de 24 horas es el mejor método para conocer el tiempo de contacto del jugo gástrico con la mucosa esofágica y constatar si los síntomas están relacionados. El tratamiento principal y más utilizado son los IBP. También se puede llevar a cabo tratamiento quirúrgico en el caso de fracaso terapéutico, algunas estenosis pépticas o Esófago de Barret, o bien tratamiento endoscópico dilatador en el caso de estenosis.

Bibliografía

-Gastroesophageal reflux disease-related symptom recurrence in patients discontinuing proton pump inhibitors for Bravo® wireless esophageal pH monitoring study. Schey R, Alla SP, Midani D, Parkman HP. Rev Gastroenterol Mex. 2017;82(4):277-86.

-Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Castro Fernández M, Rojas Feria M. En: Montoro M, Garcia J (Eds). Práctica clínica Gastroenterología y Hepatología. 2015;Vol I.p147-61.