



160/1020 - A PROPÓSITO DE UN CASO DE DISFAGIA, UNA POSIBILIDAD DIAGNÓSTICA INFRECUENTE: LA CARDIOMEGALIA

J.M. Escudero Ibáñez^a, B. Catarineu Almansa^a, Y. Arranz Martínez^a, E. Ruiz Guinart^b, M. Vila Soler^a, C. Pérez Cano^c, J.M. Domingo Lozano^b, M.C. Jiménez García^b, R. Gonzalo Hernández^b y M.I. González Prieto^d

^aMédico de Familia. ABS 3 Singuerlín, Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. ^bDUE. ABS 3 Singuerlín. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. ^cMédico de Familia. Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona. UGAP 3-4 Santa Coloma de Gramenet. Servei d'Atenció Primària Metropolitana Nord. Barcelona. ^dMédico de Familia. CAP Adrià. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 70 años de edad, autónomo para la vida diaria con antecedentes de hemorragia digestiva alta y estenosis crítica carotídea en 2012, que consulta por un cuadro de astenia, debilidad, apatía, llanto fácil. Se orienta el caso como un proceso depresivo, se le solicita analítica con TSH la misma es normal, y tras unas semanas tras presentar una neumonía y un muguet oral comienza a quejarse de disfagia y disfonía. Se le realiza FGS evidenciándose una mucosa eritematosa propia de gastritis crónica compatible con metaplasia intestinal y un epitelio escamoso con exocitosis por linfocitos y que muestra una impronta extrínseca.

Exploración y pruebas complementarias: Anemia leve Hb 12,0 g/dL con ferropenia en 46 µg/dL, con una VSG en 72 mm/h, una proteína C reactiva en 1,42 mg/dL, transaminasas ligeramente elevadas ALT 83 U/L AST 36 U/L GGT 74 U/L y FA 175 U/L, proteinograma con un patron inflamatorio y aumento policlonal de la región gamma. AFP, CEA y PSA dentro de la normalidad. El paciente comenzó a presentar dolor agudo abdominal y en urgencias se evidenció una amilasemia de 494 U/L y una amilasuria 1.966 U/L así como una leucocitosis $14,67 \times 10^9/L$ con neutrofilia segmentados en un 75%, bandas 1%, y linfocitos en un 16%. Dados los antecedentes se le solicita un TAC cérvico-toraco-abdominal, un TC craneal por disminución del nivel de conciencia durante su estancia en urgencias. El TC craneal es similar a uno previo del año 2012 una imagen de colapso del ventrículo lateral derecho a nivel del asta frontal y occipital que podrían deberse a adherencias ventriculares antiguas. Así como un infarto lacunar a nivel talámico izquierdo. El TC cérvico-toraco-abdominal evidencia una litiasis biliar, un posible infarto periférico en tercio medio de RD, sin adenopatías significativas, un páncreas de tamaño y morfología normal, con un derrame pleural bilateral, hernia de hiato por deslizamiento y atelectasia parcial en LM con bronquiectasias cilíndricas, a hepatomegalia compatible con hepatopatía crónica y cardiomegalia tetracavitaria de gran tamaño. Ecocardiograma con una hipertrofia concéntrica, moderadamente dilatada con severa disminución de la motilidad global secundario a hipocinesia difusa y dilatación auricular. Doble lesión aórtica, con estenosis aórtica severa e insuficiencia ligera, ligera dilatación de la aurícula izquierda y una FE del 23%.

Juicio clínico: El paciente había negado ingesta enólica desde hacía 3 años, así como que había

abandonado el hábito tabáquico. Finalmente reconoció ingestas enólicas frecuentes por lo que el cuadro se acaba orientando como una encefalopatía hepática secundaria al alcohol.

Diagnóstico diferencial: El cuadro de disfagia se orientó como secundaria tanto al alcohol y agravados por la hernia de hiato y a la cardiomegalia tetracavitaria que provocaba la impronta en el esófago, y que la neumonía agravó.

Comentario final: El paciente se negó inicialmente a ser intervenido y lamentablemente falleció.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jacobs RC, Gerhengorh K, Chait A. Dysphagia associated with a distended pulmonary vein. Br J Radiol. 1972 ;45:225-8.
2. Kress S1, Martin WR, Benz C, Riemann JF. Dysphagia secondary to left atrial dilatation. Z Gastroenterol. 1997;35(11):1007-11.