



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1275 - PACIENTE CON DISFAGIA: ¿ANSIEDAD O ENFERMEDAD?

L. Pont Serra^a, L. Camps Vila^b, J.J. Santos García^c, Q. Lorente Márquez^a, M. Hernández Ribera^b, A. Junyent Bastardas^a, M. Ascorbe García^a, J. Ginesta Gil^d, M. Ciurana Tebé^b y L. Valls Cassi^a

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Plaça Catalunya. Manresa-2. Manresa.

^bMédico de Familia. EAP Plaça Catalunya. Manresa-2. Manresa. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina

Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Bages. Manresa-2. ^dMédico de Familia. Centro de Atención Primaria Bages. Manresa-2.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 60 años sin hábitos tóxicos, como único antecedente médico de interés destaca clínica de ansiedad que nunca ha precisado tratamiento médico. Refiere que a raíz de un episodio de atragantamiento con bistec de ternera, presenta ansiedad anticipatoria a la ingesta de carne. Inicialmente, se recomienda por parte de AP, benzodiacepina de vida media corta antes de las comidas unos días y reconsultar si no mejora. Reconsulta en unos días refiriendo mejoría inicial con el tratamiento pautado, pero posteriormente empeoramiento, atragantándose con otros alimentos y atribuyéndolo a un aumento de ansiedad. No refiere astenia, anorexia, pérdida de peso ni otra clínica acompañante. Ante la sospecha de patología orgánica, se decide solicitar fibrogastroscoopia urgente.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales. Orofaringe: anodina. No presenta adenopatías palpables. Fibrogastroscoopia (en el hospital de referencia): Se introduce el endoscopio a través de la cavidad oral hasta el tercio superior esofágico, a 18 cm de la arcada dentaria. A éste nivel se observa una formación excrecente, de aspecto blanquecino, bien definida, dura al tacto con la pinza, que provoca estenosis de la luz e impide el paso del endoscopio. Se toman biopsias que se remiten a estudio histológico vía UDR (Unidad de Diagnóstico Rápido). Los resultados de las biopsias analizados por AP hablan de fragmentos de carcinoma escamoso infiltrante. Se deriva a UDR.

Juicio clínico: En un primer momento impresiona de cuadro de ansiedad pero posteriormente, debido a la edad y a la progresión de la clínica, se decide descartar patología esofágica neoplásica.

Diagnóstico diferencial: Causas psíquicas: aerofagia o cuadro denominado clásicamente "globo hístico" en el que los afectados tienen la sensación de tener un "nudo en la garganta".

Enfermedades del esófago: neoplasia, divertículo, esofagitis por reflujo, acalasia, anillo de Schazki, espasmo esofágico difuso, etc. Enfermedades de la faringe o de la cavidad bucal: absceso, amigdalitis, faringitis, aftas, etc. Enfermedades neurológicas: esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, Parkinson, miastenia gravis, polimiositis, demencia. Hernia diafragmática (hernia de hiato). Aspiración de cuerpos extraños. Compresión extrínseca: bocio. Todas las anteriores pueden causar disfagia pero en nuestro caso consideramos en su momento como más probables las dos

primeras.

Comentario final: Este caso es una prueba de la perspicacia que debemos poseer los médicos de AP para no confundir un cuadro psíquico con una patología orgánica. Si bien es verdad que en la consulta muchos de nuestros pacientes nos cuentan casos de sintomatología inespecífica que acaban siendo cuadros de ansiedad, siempre debemos estar alerta para no infradiagnosticar entidades orgánicas como la neoplasia de este caso, cuyo retraso en su diagnóstico va a influir directamente en su pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caunedo Álvarez A, Herrerías Gutiérrez JM. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la disfagia. *Medicine*. 2008;10:49-52.
2. Ponce M, Ponce J. Disfagia y odinofagia.
3. Montoro MA, García Pagán JC, eds. Problemas Comunes en la Práctica Clínica. Gastroenterología y Hepatología. 2ª edición. Barcelona: Jarpyo Editores, S.A.; 2012. p. 3-16.