



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2309 - Triturado, por favor

M. Minuesa García<sup>a</sup>, L. Tarjuelo Gutiérrez<sup>b</sup>, M. López Valcárcel<sup>b</sup>, L. Moreno de la Rosa<sup>c</sup>, J. Rodríguez Toboso<sup>d</sup>, J. Rodríguez Coronado<sup>e</sup>, J.J. Navalón Prieto<sup>e</sup>, M. Prado Coste<sup>e</sup>, F.J. Lucas Galán<sup>a</sup> y M. Ruipérez Moreno<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Albacete. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. <sup>e</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 25 años con antecedentes de obesidad, retraso psicomotor grave y enfermedad de Hodgkin tratada con quimioterapia ABVD en remisión completa metabólica e intervenida de estenosis de píloro. Es traída a consulta por su madre, quien refiere disfagia a sólidos progresiva y continua con regurgitaciones, mala tolerancia al decúbito y ruidos respiratorios nocturnos de tres meses de evolución. No presenta pérdida de peso ni otra sintomatología acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración, la paciente no presenta hallazgos patológicos de interés. Se solicita analítica y radiografía de tórax que resultan ser anodinas. Ante los antecedentes de la paciente y las dificultades de la misma para realización de endoscopia, se comenta con Medicina Interna y se decide realizar un TC toraco-abdomino-pélvico sin obtenerse cambios con respecto a anteriores. Posteriormente se realiza un tránsito baritado que muestra un segmento estrecho en la unión del tercio superior y medio, que no se expande durante el estudio, con una configuración en reloj de arena; así como alteraciones sugestivas de hernia hiatal incipiente sin evidencia de RGE. Ante estos hallazgos se realiza un TC de cuello que descarta compresión extrínseca y una gastroscopia en quirófano bajo anestesia general que muestra una erosión en esófago medio, estenosis esofágica probablemente péptica y hernia hiatal con incompetencia cardial. Se realiza biopsia que descarta malignidad y dilatación con bujías y tratamiento con Pariet 20 mg a dosis dobles durante dos meses y posteriormente a dosis estándar con mejoría clínica.

**Juicio clínico:** Estenosis esofágica péptica.

**Diagnóstico diferencial:** Esofagitis inflamatoria, carcinoma esofágico, masa mediastínica.

**Comentario final:** Las estenosis esofágicas pépticas aparecen en pacientes con ERGE grave, de largo tiempo de evolución. Constituyen una causa frecuente en nuestro medio de estenosis esofágica benigna aunque su incidencia ha disminuido con el uso de inhibidores de la bomba de protones. La ERGE se presenta la mayoría de veces como pirosis y regurgitaciones y solo en un tercio de los casos debuta como disfagia. Cuando el paciente acude a consulta por disfagia lo más importante es

realizar una anamnesis detallada y exploración, preguntando por el momento de inicio de los síntomas, signos y síntomas asociados, si es a sólidos o líquidos, intermitente o progresiva, antecedentes de neoplasias, radioterapia o cirugía y hábitos tóxicos que nos ayudará a discernir si es motora o mecánica, orofaríngea o esofágica. Son datos que orientan hacia estenosis esofágica péptica como causa de disfagia el que aparezca tras la deglución, sea a sólidos, progresiva y continua independientemente de que se acompaña o no de síntomas de RGE, que en el caso de nuestra paciente es posible que pasaran desapercibidos dada la dificultad de la misma para identificarlos. Ante estos hallazgos estaría indicada la realización de gastroscopia con biopsias para descartar malignidad como primera prueba diagnóstica.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Aguilera Saldaña M, Arévalo Serrano J, Azaña Defez JM, et al. Diagnóstico, tratamiento médico. Madrid: Marbán Libros S.L.; 2015. p. 872.
2. Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo. Harrison Principios de Medicina. Interna. 17ª ed. McGrawHill/Interamericana de México; 2012. p. 237, 239, 1847-52.
3. Pérez Clavijo G, Blesa Clavero E, Sánchez Puértolas B, et al. Guía clínica de disfagia. Fistera. Elsevier. 2011.
4. Tarrazo Suárez JA. Guía clínica de Enfermedad Por Reflujo Gastroesofágico. Fistera. Elsevier. 2012.