



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/891 - ESFAGITIS CANDIDIÁSICA POR ACALASIA

G. Trilla Aymerich^a, M. Valls Esteve^b, D. Mateu Arza^c y M. Siurana Solé^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Equipo de Atención Primaria Sant Idelfons. UDD Multiprofesional Costa de Ponent. Barcelona. ^bMédico de Familia. Equipo de Atención Primaria Sant Idelfons. UDD Multiprofesional Costa de Ponent. Barcelona. ^cMédico de Familia. Equipo de Atención Primaria Sant Idelfons. Barcelona. ^dMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Sant Idelfons. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 62 años, fumadora, hipertensa, dislipémica y diabética y portadora de PTC izquierda. Acude a nuestra consulta por clínica de disfagia, vómitos, astenia y pérdida de peso de 6 kg de seis meses de evolución. Niega otra sintomatología. Ante la sospecha de trastorno motor esofágico y síndrome constitucional asociado se solicita fibrogastroscoopia urgente que informa de candidiasis esofágica. Se inicia tratamiento fluconazol y procinéticos. A las dos semanas se vuelve a evaluar a la paciente y refiere empeoramiento de la disfagia, aumento de la pérdida de peso (4 kg añadidos) y astenia progresiva. Se solicita analítica general urgente en la que destaca hipopotasemia y disfunción renal aguda, por lo que dado el empeoramiento clínico se deriva a Urgencias. Se realiza ingreso y se repite la fibrogastroscoopia que confirma la dilatación esofágica y se deriva a Digestivo, quién inicia tratamiento sintomático y solicita una manometría que informa de aperistalsis esofágica (acalasia tipo II). Pendiente de IQ.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable. No presenta signos de deshidratación ni presenta aspecto caquéctico. Exploración cardiopulmonar anodina. Abdomen blando y depresible, no doloroso y sin signos de peritonismo. Gastroscopia: Candidiasis esofágica. AP: Estructuras fúngicas compatibles. TAC torácico: Dilatación esofágica sin causa obstructiva. Gastroscopia: dilatación esofágica con mucosa esofágica en tercio distal de aspecto friable, sugestiva de esofagitis por estasis. Manometría: aperistalsis esofágica y STOP a 40 cm no superable con la sonda. Esófagograma: esófago aumentado de calibre con peristaltismo disminuido, retención de contraste y afilamiento distal (en pico de loro) de la unión GE.

Orientación diagnóstica: Esofagitis candidiásica y síndrome constitucional secundarios a acalasia.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades de la mucosa esofágica. Tumores esofágicos/mediastínicos. Trastornos motores.

Comentario final: Aunque la esofagitis candidiásica puede aparecer sin un factor predisponente asociado, en la mayoría de casos se puede observar alguno de los siguientes: 1) enfermedades que producen estasis; 2) consumo de antibióticos; 3) glucocorticoides tópicos; 4) fármacos inmunosupresores; 5) condiciones sistémicas que deterioran la función inmune; 6) VIH; 7)

neoplasias en estado avanzado. Es importante descartar que se trate de una afectación secundaria para un correcto diagnóstico y manejo clínico.

Bibliografía

1. Montoro MA. Libro de Gastroenterología y Hepatología, 2ª ed. Madrid: Jarpyo Editores; 2012.

Palabras clave: Disfagia. Esofagitis. Acalasia.