

LA IMAGEN DEL MES

Disfagia en una paciente con carcinoma renal metastásico

Dysphagia in a patient with metastatic renal cancer

Álvaro Sanz*, Virginia de la Cruz, Juan Carlos Torrego y Begoña Morejón

Sección de Oncología Médica, Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid, España

Mujer de 60 años a la que en mayo de 2007 se le practicó una nefrectomía derecha por un carcinoma renal estadio III (T3bN0). En noviembre de ese mismo año fue diagnosticada mediante mediastinoscopia y toma de biopsia de linfadenitis granulomatosa, por lo que recibió tratamiento con corticoides. Presentó recidiva ósea en el sacro en mayo de 2010, y fue tratada con radioterapia paliativa. Desde entonces había recibido, de manera sucesiva, tratamiento con sorafenib y sunitinib. En los estudios de extensión practicados en agosto de 2012 se encontró progresión de la enfermedad con afectación ósea, pulmonar, hepática e intracardiaca, por lo que aceptó iniciar tratamiento con everolimus. De acuerdo con la paciente, en septiembre de 2012 comenzó de manera empírica tratamiento con corticoides por la posibilidad de que la afectación endocardiaca (no susceptible de biopsia) pudiera estar en relación con sarcoidosis. En octubre de 2012 ingresó por presentar un deterioro importante del estado general junto con disfagia alta y sialorrea. No refería disnea ni fiebre. Mediante nasofibroscofia se encontró retención salival en ambos senos piriformes con glotis normal. La endoscopia esofagogástrica no encontró alteraciones.

El esofagograma mostró una incompetencia de epiglotis con reflujo del contraste del esófago hacia la tráquea (fig. 1). En la TAC de tórax no se apreciaron alteraciones en el mediastino pero se encontró, junto con la presencia de metástasis pulmonares y la imagen endocardiaca ya conocidas, una condensación pulmonar basal izquierda que hacía sospechar la presencia de neumonía por broncoaspiración (fig. 2). La TAC craneal permitió evidenciar la presencia

de metástasis cerebrales que afectaban al troncoencéfalo como causa probable de la disfunción de los pares craneales (fig. 3). La paciente presentó buena evolución con amoxicilina-clavulánico. Se le practicó una gastrostomía



Figura 1 Esofagograma.

* Autor para correspondencia.
Correos electrónicos: asrubiales@hotmail.com,
asrubiales@gmail.com (Á. Sanz).



Figura 2 TAC de tórax.

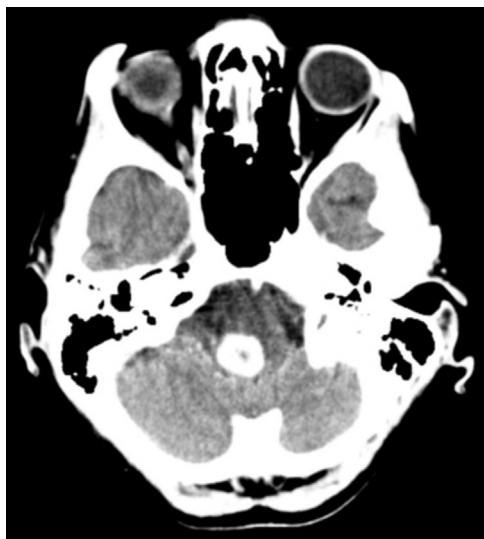


Figura 3 TAC craneal.

endoscópica percutánea que le permitió recibir nutrición enteral. Posteriormente se le administró radioterapia holocraneal paliativa. Falleció en su domicilio al cabo de 2 meses del ingreso.

La disfagia puede dividirse en 2 grandes bloques: la de origen esofágico y la orofaríngea¹. La de origen esofágico suele deberse a la presencia de lesiones en la pared del esófago que suponen un obstáculo físico al tránsito del alimento. Aunque puede aparecer también como resultado de la presencia de tumores de cabeza y cuello², la causa más frecuente de disfagia orofaríngea son los problemas neuromusculares que suponen una alteración funcional de la deglución. Entre las posibles causas de estas alteraciones neuromusculares se encuentran los síndromes paraneoplásicos, incluidas las mioneuropatías³. Es excepcional que estos problemas se deban a metástasis cerebrales que afecten en el troncoencéfalo a los núcleos de los pares craneales que regulan la deglución^{4,5}. En esta paciente la primera sospecha fue la de una disfagia obstructiva, por la presencia de adenopatías en el mediastino, tumorales o por una reactivación de su linfadenitis granulomatosa. La endoscopia permitió descartar tanto un componente obstructivo como otras causas orgánicas (inflamación, infección). La disfunción de la deglución, con evidencia de broncoaspirado, y la presencia de metástasis en la protuberancia permitieron diagnosticar una disfagia orofaríngea de origen neuromuscular⁶. En previsión de que la disfagia pudiera persistir tras la administración de radioterapia holocraneal se le realizó una gastrostomía que le permitió recibir nutrición enteral y continuar los cuidados en su domicilio hasta el fallecimiento⁷.

Bibliografía

1. Lela F, Carvalho L. Disfagia. En: Barbosa A, Galriça Neto I, editores. *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2006. p. 133-40.
2. Raber-Durlacher JE, Brennan MT, Verdonck-de Leeuw IM, Gibson RJ, Eilers JG, Waltimo T, et al. Swallowing dysfunction in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2012;20:433-43.
3. Palapattu GS, Kristo B, Rajfer J. Paraneoplastic syndromes in urologic malignancy: The many faces of renal cell carcinoma. *Rev Urol*. 2002;4:163-70.
4. Camidge DR. The causes of dysphagia in carcinoma of the lung. *J R Soc Med*. 2001;94:567-72.
5. Vara-Castrodeza A, Torrego-García JC, Puertas-Álvarez JL, Mendo-González M. Pontine metastases as a cause of dysphagia in lung cancer. *Clin Transl Oncol*. 2005;7:512-4.
6. Cook IJ. Oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterol Clin Noth Am*. 2009;38:411-31.
7. Langmore SE, Grillone G. Disorders of swallowing: Palliative care. *Otolaryngol Clin Noth Am*. 2009;42:87-105.