



## Caso clínico

## Cambios farmacocinéticos secundarios a una estenosis esofágica

Alba Calderó Torra<sup>a,\*</sup>, Sira Casablanca Figueras<sup>a</sup>, Anna Pocerull Aparicio<sup>b</sup> y Gemma Gomis Pasarin<sup>a</sup><sup>a</sup> Centre d'Atenció Primària Casanova, Barcelona, Catalunya, España<sup>b</sup> Aparell Digestiu, Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, Catalunya, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 31 de mayo de 2020

Aceptado el 8 de junio de 2020

## Palabras clave:

Trastornos de deglución

Estenosis esofágica

Anticoagulantes

## RESUMEN

**Contexto:** La disfagia es una alteración de la deglución altamente prevalente que afecta a personas de todas las edades, siendo la gente mayor y los pacientes con enfermedades neurológicas los de más riesgo. Frecuentemente las personas mayores con disfagia no consultan por este motivo y acaban presentando complicaciones como desnutrición, deshidratación o neumonías por aspiración.

**Presentación del caso:** Mujer de 88 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, con antecedentes de bocio multinodular, fibrilación auricular permanente con mal control de la anticoagulación en el último año y disfagia a sólidos de 2 años de evolución no estudiada. Consulta por afagia de 24 h de evolución. Una gastroscopia urgente resuelve la impactación alimentaria y evidencia una estenosis esofágica. Así se observa una progresiva normalización de los controles de la anticoagulación, que se vuelven a alterar tras varios meses de tratamiento conservador. Se interpreta como una absorción errática del acenocumarol debido a la estenosis esofágica y ello obliga a realizar dilataciones esofágicas periódicas.

**Conclusiones:** La disfagia no solo puede alterar el estado nutricional del paciente, sino que también puede afectar la absorción de los medicamentos prescritos. Cualquier actitud terapéutica requiere un seguimiento posterior para evaluar su efectividad y la posible aparición de complicaciones.

© 2020 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Pharmacokinetic changes secondary to esophageal stricture

## ABSTRACT

**Context:** Dysphagia is a highly prevalent swallowing disorder that affects people of all ages, but with higher risk to the elderly and patients with neurological diseases. Often, older people with dysphagia do not ask for medical attention and end up with complications, such as malnutrition, dehydration or aspiration pneumonia.

**Presentation of the case:** 88 year old woman, able to perform activities of daily living, with a history of multinodular goiter, permanent atrial fibrillation with poor anticoagulation control in the last year, and dysphagia to solids of 2 years evolution that has not been previously studied. She asked for a medical evaluation because of a 24 h evolution aphagia. An emergency gastroscopy evidenced an esophageal stricture and solved the food impactation. Following this procedure, dysphagia disappeared and a progressive normalization of anticoagulation controls was also observed, which worsened again after several months of conservative treatment.

The anticoagulation impairment was deemed to be caused by an erratic absorption of acenocumarol due to the esophageal stenosis and, consequently, it needed periodic esophageal dilations.

**Conclusions:** Dysphagia can not only alter the nutritional status of the patient, but also affects the absorption of the medication taken. Any therapeutic approach requires subsequent and appropriate follow-up to assess its effectiveness and the potential appearance of clinical complications.

© 2020 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Keywords:

Deglutition disorders

Esophageal stenosis

Anticoagulants

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: caldero@clinic.cat (A. Calderó Torra).

## Contexto

El término disfagia hace referencia a la dificultad para la deglución. Es un síntoma altamente prevalente que afecta a personas de todas las edades, siendo la gente mayor y los pacientes con enfermedades neurológicas los de más riesgo<sup>1</sup>. La disfagia se clasifica en orofaríngea o esofágica según la fase de deglución afectada, y las causas pueden ser de tipo estructural (obstructivo) o de motilidad<sup>2,3</sup>, comportando en la mayoría de casos una impactación alimentaria secundaria.

La mayoría de estenosis esofágicas son asintomáticas y cuando ocasionan síntomas, estos dependen del diámetro de su luz. En sus inicios, la disfagia suele ser a sólidos y los pacientes describen que han modificado sus hábitos alimentarios y requieren, con frecuencia, comida triturada. Aunque la disfagia puede afectar su calidad de vida (por cambio de hábitos, modificación de la dieta, etc.<sup>4</sup>), las personas mayores a menudo no acuden al médico en el inicio de los síntomas. En estos casos, se suele llegar al diagnóstico por la presencia de complicaciones como la desnutrición, la deshidratación o neumonías por aspiración<sup>5</sup>. Se trata con frecuencia de pacientes pluripatológicos y polimedificados<sup>6</sup>.

Uno de los tratamientos con mayor prevalencia en nuestro medio son los antagonistas de la vitamina K, utilizados para prevenir eventos tromboembólicos. Estos fármacos se monitorizan con el «*internacional normalized ratio*» (INR) y la atención primaria juega un papel relevante en su control. Las variaciones en los controles pueden atribuirse a diversos factores: edad, olvidos en las tomas, transgresiones dietéticas, interacciones medicamentosas, etc. Aunque se realiza un seguimiento periódico y estricto de los pacientes que reciben terapia anticoagulante, a efectos prácticos, se suelen indicar cambios posológicos sin indagar en las posibles causas de las variaciones del INR.

En el presente caso clínico mostramos el seguimiento de una paciente anticoagulada que presentó disfagia por estenosis esofágica, frente a la cual se decidió inicialmente tratamiento conservador. El curso clínico posterior evidenció la absorción errática de la medicación anticoagulante. Con ello pretendemos incitar a la reflexión sobre la necesidad de realizar un estrecho seguimiento de los pacientes a los que se ha indicado una determinada estrategia terapéutica, para detectar si son necesarios cambios en la misma.

## Presentación del caso

Mujer de 88 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, que vive sola en su domicilio con buen soporte familiar (tiene 2 hijas y nietos). Antecedentes de bocio multinodular (en manejo conservador por edad y comorbilidad), hipertensión arterial (en tratamiento con irbesartán/hidroclorotiazida 150/12,5 mg cada 24 h) y fibrilación auricular permanente tratada con bisoprolol 5 mg cada 24 h y acenocumarol.

La paciente acude a nuestra consulta por imposibilidad para la deglución de 24 h de evolución, sin otra sintomatología acompañante. Refiere disfagia a sólidos de 2 años de evolución, no estudiada previamente y que ella atribuye al bocio, motivo por el cual se tritura la comida.

A la exploración no se observan síntomas de desnutrición ni deshidratación. Destaca solamente tiroides de tamaño aumentado, sin adenopatías ni alteraciones orofaríngeas. En la historia clínica consta que durante el último año no se consigue un buen control de la anticoagulación.

Se hace derivación hospitalaria y se realiza gastroscopia urgente que evidencia un estrechamiento esofágico en el tercio superior, con impactación alimentaria secundaria. Las imágenes de la fibrogastroscopia indican la presencia de una estenosis esofágica que no permite el paso del endoscopio. Se descarta el bocio como causa de

la disfagia ya que no se observa compresión extrínseca. Se realizan biopsias descartándose malignidad y esofagitis subyacente.

Al retirar la impactación alimentaria, la paciente presenta de nuevo buena tolerancia a la dieta oral triturada a la vez que se observa la normalización de los controles de la anticoagulación. Inicialmente, se descarta la realización de dilataciones endoscópicas periódicas por la edad y la pluripatología de la paciente.

A los pocos meses, los controles de la anticoagulación que se realizan en el centro de atención primaria vuelven a estar fuera de rango. Ante este hecho se formula la hipótesis de que la estenosis esofágica ocasiona una absorción errática del acenocumarol y se decide realizar dilataciones esofágicas periódicas a pesar de los riesgos que estas comportan. Se completan dos sesiones sin complicaciones, y con ello se consigue la normalización de los controles de INR.

## Discusión y conclusiones

La disfagia es un síntoma potencialmente grave que requiere valoración inmediata<sup>3</sup>; sus complicaciones son importantes y pueden llegar a provocar la muerte del paciente. En los pacientes con disfagia está indicada la realización de una gastroscopia para determinar la causa subyacente, excluir malignidad y realizar maniobras terapéuticas si son necesarias<sup>7</sup>. La detección e intervención temprana reducen la morbilidad y la mortalidad, y, además, mejoran la calidad de vida de las personas que la padecen<sup>4</sup>.

La evaluación del paciente con disfagia requiere un estudio integral, y su tratamiento debe ponderarse en función, no solamente del diagnóstico obtenido, sino también de sus comorbilidades, su situación personal y su escala de valores<sup>8</sup>. El tratamiento de la disfagia se basa en el abordaje de la causa subyacente para garantizar una hidratación y nutrición adecuadas<sup>9</sup>. Las membranas o anillos esofágicos sintomáticos requieren dilataciones esofágicas periódicas y tratamiento antiácido posterior<sup>10</sup>.

Hay que tener presente que la disfagia puede afectar no solo la absorción de alimentos, sino también la de fármacos, pudiendo alterar su farmacocinética. Cuando se establece un diagnóstico y se instaura un nuevo tratamiento, es importante hacer un seguimiento del paciente para ver la evolución y determinar la necesidad de posibles cambios terapéuticos<sup>11</sup>. En este caso, fue el mal control de la anticoagulación observado en los meses siguientes (probablemente derivado de los cambios farmacocinéticos causados por el tránsito esofágico irregular) lo que obligó a cambiar la estrategia terapéutica.

## Puntos clave

- Ante un caso de disfagia hay que tener presente que no solo se puede alterar el estado nutricional del paciente, sino también la absorción de los medicamentos que toma.
- En cualquier intervención terapéutica es importante hacer un seguimiento posterior para evaluar su efectividad, la posible aparición de complicaciones, y la necesidad de realizar cambios en la misma.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- 1 Ponce M, Ponce J. Síntomas gastrointestinales frecuentes. Disfagia y odinofagia. En: Montoro MA, García Pagán JC, editores. Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. Madrid, Barcelona: Jarpyo Editores; 2010. p. 3–16.
- 2 Bahareh Bakhshae P. Dysphagia - pathophysiology of swallowing dysfunction, symptoms, diagnosis and treatment. J Otolaryngol Rhinol 2019;5:1–4.

- 3 Ronnie Fass M. Approach to the evaluation of dysphagia in adults [Internet]. UpToDate 2019. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-evaluation-of-dysphagia-in-adults>.
- 4 Baijens LWJ, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, et al. European society for swallowing disorders - European union geriatric medicine society white paper: Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging* 2016;11:1403–28.
- 5 Cabre M, Serra-Prat M, Palomera E, Almirall J, Pallares R, Clavé P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing* 2009;39:39–45.
- 6 Khan A, Carmona R, Traube M. Dysphagia in the Elderly. *Clin Geriatr Med* 2014;30:43–53.
- 7 Kruger D. Assessing esophageal dysphagia. *J Am Acad Physician Assist* 2014;27:23–30.
- 8 Nawaz S, Tulunay-Ugur OE. Dysphagia in the older patient. *Otolaryngol Clin North Am* 2018;51:769–77.
- 9 Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA. Dysphagia in the elderly: Management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging* 2012;7:287–98.
- 10 Smith MS. Diagnosis and management of esophageal rings and webs. *Gastroenterol Hepatol* 2010;6:701–4.
- 11 Logrippo S, Ricci G, Sestili M, Cespi M, Ferrara L, Palmieri GF, et al. Oral drug therapy in elderly with dysphagia: Between a rock and a hard place! *Clin Interv Aging* 2017;12:241–51.