



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. jul-dic. 1998; 2(2):86-91

PRESENTACIÓN DE CASOS

Presentación de un caso de disfagia aguda

Presentation of a Case the Acute Dysphagia

Humberto López Benítez¹, Maria Victoria Lemus Sarracino², Felicia Morejón Álvarez³.

¹Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Instructor. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

²Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Instructor. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

³Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

RESUMEN

Se presento el caso de un paciente masculino de 54 años de edad y raza blanca con salud anterior, que ingreso en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría" de Pinar del Río, por un cuadro de disfagia aguda y dolor retroesternal presuntamente secundario a cuerpo extraño o esofágico complicado. El paciente tuvo una evolución torpida. No se encontró cuerpo extraño en las esofagoscopías realizadas y falleció a los pocos días de su ingreso en un cuadro de Shock hipovolémico por un aneurisma disecante de la aorta torácica roto en luz esofágica. En el caso reportado llama la atención que esta entidad no fue valorada entre los posibles diagnósticos a tener en cuenta ante la sintomatología y evolución fatal que acompaña a nuestro paciente desde iniciada la misma.

DeCS: TRASTORNOS DE DEGLUCION / complicaciones, CUERPOS EXTRANOS, ESOFAGO / complicaciones, ESOFAGOSCOPIA / método, CHOQUE HIPOVOLEMICO / complicaciones/ mortalidad, ANEURISMA DISECANTE/compl icaciones, AORTA TORACICA / complicaciones.

ABSTRACT

A 54 year old white male patient with acute dysphagia and retrosternal pain presumably provoked by a strange and complicated body was admitted at the Otolaryngology Service from Abel Santamaria General Hospital, Pinar del Rio. The patient had a torpid evolution. Although several esophagoscopies were carried out, no strange body was found. After few days of admission, a hypovolemic shock due to the rupture of a dissecting aneurysm of the thoracic aorta inside the esophageal lumen caused patient's death. Interestingly, this entity was not valorated as a possible diagnosis regarding patient's symptoms and fatal evolution.

DeCS: DEGLUTION DISORDERS/complications, FOREIGN BODIES, ESOPHAGUS/complications, ESOPHAGOSCOPY/method, ANEURYSM DISSECTING/complications, AORTA THORACIC/compl ications.

INTRODUCCIÓN

La disfagia dolorosa o no es un síntoma frecuente en la práctica médica diaria, pudiendo instalarse la misma en forma gradual y progresiva o bruscamente; siendo esta última generalmente secundaria a la ingestión de un cuerpo extraño; ^{1,2} lo cual lleva implícito un examen endoscópico con fines diagnósticos y terapéuticos ^{3,4} por parte de un especialista en Otorrinolaringología. Existen otras causas que pueden provocar disfagia esofágica, tales como las esofagitis, estenosis cicatrizales, compresiones extrínsecas, tumores esofágicos, enfermedades esofágicas de origen neuromuscular; ⁵⁻⁸ pero en nuestro medio sigue siendo el cuerpo extraño esofágico el de mayor incidencia en la aparición de la disfagia aguda esofágica.

Queremos, al presentar este trabajo recordar afecciones poco frecuentes pero sí muy graves, como los aneurismas de la aorta torácica, ⁹⁻¹⁵ cuyo debut puede ser

precisamente una disfagia aguda y dolorosa como la presentada por el paciente reportado, el cual fallece al cuarto día de su ingreso en nuestro hospital.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 54 años de edad y raza blanca, con salud anterior, que acude al cuerpo de guardia de Otorrinolaringología del Hospital Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría" de Pinar del Río, porque hace aproximadamente siete días, después de haber ingerido alimentos que contenían huesos, comenzó a presentar sensación de atoramiento y dolor retroesternal punzante. Previo a este día en que lo recibimos, el paciente había sido atendido en otras dos ocasiones, pues mantenía la sintomatología de inciso a pesar de haberse le impuesto tratamiento con analgésicos y anti inflamatorios. En estos momentos el dolor retroesternal se había agudizado nuevamente, acompañado de hematemesis ligera. Se ingresa con el diagnóstico de un posible cuerpo extraño esofágico complicado el día 15/5/97. Se realiza esofagoscopia de urgencia y se observa lesión de aspecto inflamatorio en el tercio medio esofágico. No se constata la presencia de cuerpo extraño. Se mantiene conducta expectante.

Al día siguiente se realiza examen fluoroscópico, donde no se detecta aire en mediastino ni signos de mediastinitis; además se hizo estudio contrastado de esófago donde se informó un defecto de lleno en el tercio medio de este órgano, planteándose ante esta imagen la posibilidad diagnóstica de una estenosis aortica.

El día 17 de mayo de 1997 el paciente continua con igual sintomatología por lo que se decidió repetir la esofagoscopia; describiéndose en este estudio una lesión de aspecto tumoral de aproximadamente 2 centímetros, bordes irregulares, color gris pardo, que ocupa la luz esofágica a nivel de su medio, de la cual se toma biopsia. El paciente continuo con dolor retroesternal y sangramiento digestivo alto discreto.

El día 19 de mayo de 1997 en horas de la mañana el paciente presenta un cuadro súbito de hematemesis copiosa, frialdad, palidez, sudoración, no se constata pulso radial ni tensión arterial. Se traslada a Unidad de Cuidados Intensivos en cuadro de shock hipovolémico, hasta que fallece.

Informe de biopsia

Fragmento de tejido constituido por sangre, necrosis e infiltrado inflamatorio agudo ligero.

Hallazgo necrótico

Aneurisma disecante de la aorta descendente roto con presencia de coagulo sanguíneo que comprime y perfora pared del esófago a nivel del tercio medio.

Tubo digestivo ocupado por gran cantidad de coágulos sanguíneos. Riñones de Shock.

COMENTARIOS

Los episodios de disfagia aguda han sido considerados como la forma de representación clínica mas frecuente de la ingestión de un cuerpo extraño, los cuales pueden acompañarse de dolor en la espalda, retroesternal o en ambos sitios. La disfagia puede llegar a ser total, se constata en ocasiones disnea, disfonía,

exceso de saliva en senos periformes, entre otros síntomas, y así lo reporta la literatura consultada.¹⁻³

Este cuadro Clínico es aun mas reafirmado si el mismo se presenta de forma repentina durante la ingestión de alimentos, sin previos antecedentes de sintomatología, tal como sucedió en el caso que comunicamos, donde el síntoma inicial fue la sensación de atoramiento con dolor retroesteunal que persistió y posteriormente la aparición de hematemesis. Todo esto llevo al pensamiento medico a un posible cuerpo extraño esofágico complicado .

Algunos autores han reportado que otras afecciones, aunque poco frecuente, pueden ser diagnosticadas al producir por compresión esofágica dificultad aguda para alimentarse, pues en la mayoría de los pacientes con tales entidades la disfagia es insidiosa y existen otras síntomas premonitores,⁵⁻¹⁰ entre estas mencionaremos por su gravedad y pronóstico sombrío, al carcinoma epidermoide de esófago y el neurisma de la aorta torácica,⁸⁻¹⁰ este ultimo responsable del cuadro en que fallece el paciente.

Los neurisma de la aorta producen enfermedad clínicamente grave y a menudo causan la muerte por rotura. Existen tres tipos mas frecuentes, el ateroesclerotico, el sifilítico y el disecante. El aneurisma disecante es la forma menos frecuente de aneurisma aortico. Se caracterizan por despegamiento hemorrágico de los planos laminares de la túnica media aortica, mas frecuente en varones entre 40 y 60 años de edad; la causa desencadenante mas común de la muerte es la rotura del mismo hacia pleura, pericardio o peritoneo.⁹⁻¹²

Existen factores predisponentes como son anomalías vasculares congénitas, válvula aortica bicúspide, coartación de la aorta, traumatismo torácicos masivos, ejercicios físicos extenuantes levantar grandes pesos, jugar bolsos, uso de taladro neumático , esfuerzos de defecar, hipertensión arterial, entre lo mas frecuentes.⁹ En el caso presentado no se recoge ningún antecedente que haga mención a dichos factores; otro dato mas que nos alejo del diagnostico positivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Bremond G, Magnan J. Cuerpos extranos del esofago En: Portmann M. Otorrinolaringologia. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica; 1984.pp. 472-473.
- 2.- Vergeau B, Nizou C, Ciribilli JM, Grandpierre G.A case of esophageal obstruction afeter ingestion of granular laxative.Endoscopy 1985 UG; 27(6): 462.
- 3.- Phillips AJ, NolN DJ. Radiology of oesophageal disphagia. Br J. Hosp Med 1995 May-3/16; 53(9): 458-66.
- 4.- Norris CM. Endoscopia y Mediastinoscopia. En Paparella MM, Shumrick DA. Otorrinolaringologia t 3/1. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica; 1982.pp. 2566-2579.

- 5.- Paramsothy M, Goh KL, Kannan P. Oesophageal motility disorders: rapid ductional diagnosis using computerised radionudide oesophageal transit study. Singapore Med J. 1985 Jun; 36(3):309-13.
- 6.- Bremand G, Magnan J. Compresiones Extrínsecas del esófago. En: Portmann M. Otorrinología Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica; 1984.pp 474 -477.
- 7.- Conraux C. Enfermedades esofágicas de origen neuromuscular. En: Portmann M. Otorrinolaringología. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica; 1984.pp. 496-510.
- 8.- Junien - Lavallauroy C. Tumores del esófago. En: Portmann M. Otorrinolaringología. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica; 1984.pp. 488-95.
- 9.- Gillum RF. Epidemiology of aortic aneurism in the United States. J Clin Epidemiol 1995 nov; 48(11): 1289-98.
- 10.- Ramírez L, Waich S, Madrid F, Lugo R, Levy J. Aneurisma disecante de la torácica. Salud Militae 1994 ene -dic; 19(1/2):40/3.
- 11.- Rodríguez Silva H, Banasco Domínguez J, Rodríguez Moral N. Diagnostico clínico imageneológico. Rev Cubana Med 1990 mar -abr; 29(2):284-7.
- 12.- Larre Borges A, Piaggio A, Silva JC, Carrera C, Dapuetto JJ. Aneurisma disecante de aorta toracica en sufrimiento. Arch Med Interna (Montevideo) 1990 mar; 12(1):39-41.
- 13.- Lin JS, Chang SC, Chen FJ, Chern MS. The half-moon sign. A useful roentgen sign of saccular aneurysm of the aortic arch. Chest 1996 jan; 109(1):127 -30.
- 14.- Liao WB, Bullard MJ, Chang CH, Lin PJ, Liaw SJ. Aortic dissection in Taiwan. Jpn Heart J 1995 sep; 36(5):639 -45.
- 15.- Kodolitsch Y, Spielmann RP, Petersen R, Loose K, Haverich A, et al. Die intramurale hemorrhage der thorakalen aorta als Vorstufe der dissektion. Z Kardiol 1995 nov; 84(11):939-48.

Recibido: 3 de julio de 1998.

Aprobado: 5 de septiembre de 1998.

Dr. Humberto López Benítez. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Instructor. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico " Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Dirección particular: Solano Ramos # 66, Pinar del Río, Cuba.