



ELSEVIER



CARTA AL DIRECTOR

Diagnóstico de disfagia megalatriensis por manometría en paciente con doble fenómeno compresivo esofágico. Un reto diagnóstico

Dysphagia megalatriensis diagnosed by esophageal manometry in a patient with double compressive etiology. A diagnostic challenge

Sr. Director,

Varón de 77 años, antecedentes patológicos de asma bronquial, artrosis en tratamiento con paracetamol/tramadol 325/37,5 mg, enfermedad cerebrovascular de territorio indeterminado sin secuelas neurológicas, fibrilación auricular anticoagulada y cardiopatía valvular secundaria a valvulopatía mitral reumática.

El paciente es remitido a la unidad de motilidad digestiva para estudio de disfagia mixta de meses de evolución sin otra clínica acompañante. Gastroscopia sin hallazgos significativos. Se realiza manometría esofágica de alta resolución (MAR) con equipo MMS® de perfusión de 24 canales. Se objetiva esfínter esofágico inferior (EEI) hipotensivo (presión media 7 mmHg) con relajación completa (IRP mediana 5,7 mmHg) y contractilidad ausente con hallazgo de zona de alta presión medioesofágica de carácter pulsátil constante durante todo el estudio generando en algunas degluciones una presurización compartimentalizada (fig. 1a) desde esfínter esofágico superior hasta la zona de alta presión. El estudio resultó compatible con contractilidad ausente y compresión extrínseca de posible origen cardiógeno.

Se revisaron las pruebas de imagen más recientes del paciente apreciado en una radiografía torácica simple la presencia de aumento del índice cardioraúcico y su última ecocardiografía transtorácica (ETT) donde se describía función sistólica global normal y doble lesión valvular mitral con dilatación severa bicameral izquierda, sobre todo, auricular (fig. 1b). Se orientó el caso como probable disfagia secundaria a compresión auricular. Se solicitó tránsito esofagogastrroduodenal (TEGD) donde se confirma afilamiento esofágico en tercio medio con dilatación retrógrada, retención de contraste y peristalsis terciaria por compresión de aurícula izquierda y de osteofito dorsal D8-D9 no conocido previamente (fig. 1c). Se completó el estudio con tomografía axial computarizada (TAC) torácica con contraste endovenoso con idénticos resultados (fig. 1d).

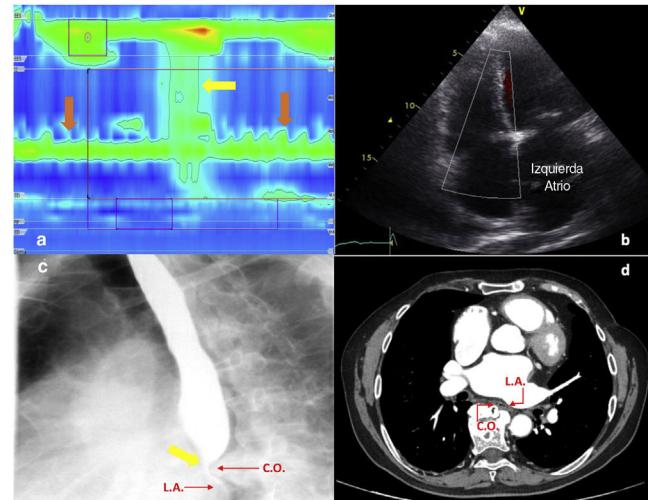


Figura 1 Disfagia megalatriensis y compresión esofágica por osteofito cervical. 1a) MAR que objetiva hipopresión medioesofágica pulsátil (flechas naranjas) y presurización compartimentalizada secundaria (flecha amarilla). 1b) ETT que muestra dilatación de aurícula izquierda. 1c) TEGD con fenómeno de doble compresión medioesofágica y afilamiento (flecha amarilla) por aurícula izquierda y osteofito cervical (puntas de flecha rojas). 1d) TAC torácico con contraste que muestra colapso esofágico por compresión extrínseca (puntas de flecha rojas). A.I.: aurícula izquierda; O.C.: osteofito cervical.

Nuestro paciente debutó con disfagia mixta monosintomática de meses de evolución. Tras el resultado de la MAR y establecido el diagnóstico de sospecha se revisaron las pruebas de imagen previas recientes del paciente y se amplió el estudio con el TEGD y el TAC confirmando el hallazgo de esta entidad infrecuente: disfagia megalatriensis. Según nuestro conocimiento, solo ha sido reportada en seis ocasiones y en ninguna de ellas se realizó manometría esofágica^{1–6}. En nuestro caso, además, se identificó un osteofito dorsal que también ejercía compresión. En conclusión, proponemos este hallazgo manométrico, como una evidencia objetiva de afectación extrínseca esofágica de origen cardiógeno, sobre todo, a tener en cuenta en aquellos pacientes con cardiopatía estructural, lo cual es relevante ya que podría ayudar al difícil diagnóstico de la disfagia megalatriensis. Una vez realizado el diagnóstico, remitimos al paciente a Cardiología ya que el ajuste del tratamiento orgánoespecífico mejorará la función cardiológica y, con ello, disminuirá el fenómeno de compresión esofágica^{1,2}.

Bibliografía

- Leonidou E, Ioannou M, Mavrommatis P, Mouzarou A. A case report of a patient with heart failure with preserved ejection fraction presented as dysphagia. *ESC Heart Fail.* 2023 May 30;10:2707–10, <http://dx.doi.org/10.1002/ehf2.14415>.
- Abdallah MA, Ellithi M, Larson EA, Murray JA. *Dysphagia Megalatriensis: An Uncommon Cause of Dysphagia.* *S D Med.* 2021 Mar;74:106–7.
- Zia HA, Madhoun MF. Cardiogenic Dysphagia by Dysphagia Megalatriensis and Aortica. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020 Feb;18:e21, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2018.10.049>.
- Le Roux BT, Williams MA. Dysphagia megalatriensis. *Thorax.* 1969 Sep;24:603–6, <http://dx.doi.org/10.1136/thx.24.5.603>.
- Khurana V, Thakur SK. Cardiogenic Dysphagia: Dysphagia Megalatriensis. *Am J Med Sci.* 2018 Mar;355:e9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjms.2017.10.002>.
- Hsu YC, Wu SS, Yen HH. An Unusual Cause of Dysphagia in an Elderly Woman: Dysphagia Megalatriensis. *Am J Med Sci.* 2019 Jul;358:e1–2, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjms.2019.02.018>.

Raúl José Díaz Molina ^{*}, Antonia Perelló Juan, María José Bosque López y Carmen Garrido Durán

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Son Espases, Palma De Mallorca, España

^{*}Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rauljosediazmolina@gmail.com (R.J. Díaz Molina).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2023.09.003>
0210-5705/ © 2023 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Tratamiento con isoflavonas de soja y elevación de transaminasas



Soy isoflavones treatment and increased transaminases

Sr. Director:

La menopausia es un evento fisiológico que se caracteriza por la pérdida de la actividad ovárica y el cese permanente de la menstruación. Se han descrito síntomas vasomotores (sofocos) asociados a ella en más de 50% de las mujeres perimenopáusicas. Algunas optan por un tratamiento de estos síntomas con productos basados en fitoestrógenos como las isoflavonas.

Presentamos un caso de elevación de las transaminasas tras la toma de Flavia nocta®, un complemento alimenticio basado en isoflavonas de soja utilizado para la menopausia.

Una mujer de 52 años, con antecedente de trastorno por déficit de atención, sin otras patologías crónicas ni obesidad, en quien se observó alteración de transaminasas como hallazgo casual en analítica de control: aspartato aminotransferasa (AST) 55, alanina aminotransferasa (ALT) 69, gamma-glutamil transferasa (GGT) 98, fosfatasa alcalina (FFAA) 105. No presentaba ictericia ni otros síntomas en ese momento. En una analítica previa, seis meses antes, los niveles de transaminasas eran normales: AST 26, ALT 18, GGT 24, FFAA 69. Seguía tratamiento crónico con atomoxetina desde hacía años sin cambios en la dosis habitual. No tomaba otros fármacos. La paciente refirió haber empezado a tomar un complemento alimenticio para la menopausia dos meses antes. No había consumo de tóxicos ni de alcohol.

Se le recomendó interrumpir el tratamiento con el complemento alimenticio. Se realizó estudio de coagulación, ferritina, ceruloplasmina y alfafetoproteína; todos resultaron sin alteraciones, y las serologías hepáticas (virus de la hepatitis B [VHB], virus de la hepatitis C [VHC], virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], virus de Epstein-Barr [VEB]

y citomegalovirus [CMV]) fueron negativas. Se solicitó una analítica un mes después de suspender el complemento en la que se observó normalización de los valores de transaminasas: AST 32, ALT 32, GGT 30, FFAA 82.

El incremento del valor de transaminasas fue leve y no cumple con los criterios internacionales de hepatotoxicidad actualmente vigentes¹. La secuencia temporal fue compatible con la toma de Flavia nocta®, tanto en la aparición de la reacción adversa posterior al consumo del suplemento alimenticio, como en la mejoría tras la suspensión del mismo. Se excluyeron otras causas de alteración hepática: alcohólica, fármacos, hepatitis virales o autoinmunes, o enfermedades metabólicas. La paciente tomaba atomoxetina, medicamento que se ha relacionado raramente con hepatotoxicidad, pero la duración prolongada del tratamiento sin alteraciones previas hace improbable que fuera la causa de la alteración de las enzimas hepáticas. Además, las transaminasas se normalizaron al retirar el suplemento alimenticio, sin interrumpir el tratamiento con atomoxetina. Por motivos éticos se descartó la readministración del complemento alimenticio a la mujer, por lo que no se pudo evaluar el efecto de la reexposición.

El Flavia nocta® está compuesto principalmente por isoflavonas de soja (54,4 mg, contenido mínimo 24,5 mg genisteína y 16,3 mg daidzeína), no requiere receta médica para su dispensación y no está financiado por el Sistema Nacional de Salud.

Los productos a base de plantas son percibidos por la población general como seguros e inocuos. Sin embargo, se han descrito efectos adversos asociados al consumo de herbales y complementos dietéticos. En el Registro Español de Hepatotoxicidad entre 1994 y 2006, los productos herbales y suplementos dietéticos se correspondieron con el décimo grupo terapéutico responsable de hepatotoxicidad, por orden de frecuencia, por delante de los analgésicos, ansiolíticos y antipsicóticos².

En una revisión sistemática³ que analizó 936 casos de daño hepático inducido por productos herbales de 446 publicaciones científicas, encontraron tres asociados a iso-