



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

264/202 - SIALORREA EN PACIENTE ANCIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Paniagua Urbano^a, P. Castillo Jiménez^b, P. Navarro Gallardo^a, M. Navarro Gallego^c, G. Sánchez Fernández^c y S. Alberola Cebrian^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera. Málaga. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Málaga. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Antequera. Málaga. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Alameda. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 85 años con AP de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva, glucemia basal alterada y portadora de marcapasos. Consulta por sialorrea de predominio nocturno de 6 meses de evolución. No refiere otra clínica de disfagia ni a sólidos ni líquidos como tal. No disnea. No síndrome constitucional.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: BEG. No adenopatías. ACR: tonos rítmicos a buena frecuencia. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Blando, depresible. No masas ni megalias. No dolor a la palpación. Ruidos intestinales conservados. Fibroscopia pedido por ORL: Sin hallazgos patológicos, salvo observar reflujo salivar a la deglución desde esófago. Esófago, estómago y duodeno con doble contraste: se observa una imagen de estenosis en el tercio superior del esófago que coincide con osteofito cervical bajo (C7-D1) y sugiere compresión extrínseca. Pese a ello el paso de contraste por el esófago es bueno y no ha presentado problemas de regurgitación. Inmediatamente proximal a la zonaestenótica se observa una imagen sugestiva de divertículo de pequeño tamaño, alrededor de 1,5 cm. divertículos duodenales múltiples, en la segunda porción. Sin otros hallazgos de interés.

Juicio clínico: Compresión extrínseca por osteofito cervical bajo (C7-D1).

Diagnóstico diferencial: Debemos de hacer diagnóstico diferencial con las diferentes etiologías que pueden cursar con disfagia. Destacamos: A) Disfagia orofaríngea. Neuromuscular: ACVA, enfermedad de Parkinson, neoplasias, EM, ELA, neuropatías periféricas, neuropatía diabética. Obstrucción mecánica. Absceso retrofaríngeo, epiglotitis, faringitis, divertículo de Zenker, estenosis cricofaríngea, bocio, cuerpo extraño. En esta etiología se incluye al osteofito cervical de este caso. Alteraciones músculo-esqueléticas. poliomiositis, distrofias musculares, miastenia gravis, miopatías metabólicas. Miscelánea: enfermedad de Alzheimer, depresión, cirugía cervical. B) Disfagia esofágica. Obstrucción mecánica: neoplasias, membranas y anillos, divertículos, cuerpo extraño, anomalías vasculares. Alteraciones de la motilidad: acalasia, espasmos de la musculatura, esclerodermia, enfermedad de Chagas. Miscelánea: neuropatía diabética, alcoholismo, RGE, esofagitis eosinofílica.

Comentario final: La sialorrea es una característica típica de la disfagia orofaríngea, aunque en este caso no aparecen otras características de disfagia como lentitud en iniciar la deglución, regurgitación nasal, tos al deglutir, degluciones repetidas, disfonía y disartria. Esto podría deberse al poco tiempo de evolución del cuadro. No obstante, la presencia de compresión extrínseca por osteofito que se da en este caso clínico

conlleva unas opciones terapéuticas muy limitadas dada la localización y la edad de la paciente. Es por ello que podría ser interesante el uso de fármacos anticolinérgicos (metantelina, escopolamina) con el objetivo de reducir la secreción salivar.

Bibliografía

1. Guía de Práctica de Medicina Familiar y Comunitaria. SEMFYC.