



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

## 387/59 - DISFAGIA EN PACIENTE NEUROLÓGICO

E. Vejo Puente<sup>1</sup>, A. Villaverde Llana<sup>2</sup>, J. Martín Delgado<sup>3</sup>, V. González Novoa<sup>4</sup>, L. Campo Alegría<sup>5</sup>, S. Quintana Cabieces<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Colindres. Cantabria. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Liébana. Potes. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>5</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>6</sup>Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Centro de Salud de Laredo. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 80 años, hipertenso; portador de marcapasos VDD por síncopes de repetición con bloqueo bifascicular. Hematoma de ganglios basales en 2009, con hemiparesia izquierda residual. Valorado por ORL en 2017 por trastorno deglutorio en probable relación con secuela del ACVA. Tratamiento habitual: amilorida/hidroclorotiazida 5/50, manidipino 20. Acude a su médico de familia porque desde la noche anterior no es capaz de deglutir sólidos ni líquidos. Niega atragantamientos, náuseas o vómitos. No dolor retroesternal. No clínica infecciosa a ningún nivel. Le ha ocurrido en otras ocasiones, dado que presenta un trastorno deglutorio como secuela de ACVA, y en el transcurso de pocas horas se ha autolimitado. A las 24 horas consulta de nuevo por persistencia de la clínica, con disfagia para líquidos y sólidos. Se decide derivación al servicio de urgencias hospitalarias para valoración y tratamiento, fundamentalmente de cara a hidratación/nutrición.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: T<sup>a</sup>: 36,3 °C, TA 175/84 mmHg, FC: 106 lpm, bien hidratado y perfundido. CyC: faringe normal, no adenopatías. Carótidas rítmicas, sin soplos. No aumento de la PVY. AC rítmica, sin soplos. AP sin ruidos añadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso; ruidos normales. Pruebas complementarias: se prueba tolerancia con agua y galletas. Tras ingerir medio vaso de agua y dos galletas, regurgita todo el contenido. Gastroscopia: impactación de bolo de carne en tercio medio esofágico, que se extrae en varias maniobras. Cardias incompetente. Trastorno motor esofágico.

**Juicio clínico:** Cuerpo extraño esofágico.

**Diagnóstico diferencial:** Alteración de la motilidad (secuela ACVA, miopatía, distrofia...). Obstrucción mecánica (anillos, divertículos, tumores, cuerpos extraños...).

**Comentario final:** Reinterrogando al paciente, refiere que la dificultad para deglutir se inició mientras estaba comiendo, pero en ningún momento notó atragantamiento o molestia brusca como a lo mejor cabría esperar. La sospecha inicial fue que se podía tratar de un problema motor secundario al ACVA, como en otras ocasiones, y la derivación fue encaminada por tanto a plantear medidas de cara a la futura nutrición e hidratación del paciente. En ese caso la primera decisión terapéutica debería ser garantizar una adecuada nutrición y evitar la aparición de complicaciones relacionadas con la ingesta, en especial la aspiración pulmonar. Este caso nos recuerda que se deben evaluar todas las opciones posibles en el diagnóstico

diferencial porque, como bien sabemos, no siempre lo esperable es lo que finalmente ocurre.

## Bibliografía

- Cook IJ. Diagnostic Evaluation of dysphagia. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol. 2008;5(7):393-403.
- Fass R. Overview of dysphagia in adults. En: Feldman M, Robson KM, eds. UpToDate, 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-dysphagia-in-adults>
- Ponce M, et al. Trastornos de la deglución: un reto para el gastroenterólogo. Gastroenterol Hepatol. 2007;30(8):487-97.