



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

410/82 - DISFAGIA A LÍQUIDOS EN PACIENTE CON ENFERMEDAD NEOPLÁSICA AVANZADA

L. Furió Sanchís¹, I. Jara Calabuig², M. Folguera Agulló³, A. Lorente Cánoves⁴, I. Lucas Tomás⁵, P. Ballester Gil⁶

¹Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante. ²Medicina Familiar y Comunitaria. Área Salud La Ribera. Alcira. Valencia. ³Residente de 2º año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cocentaina. Alicante. ⁴Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Beniopa. Gandía. Valencia. ⁵Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Hospitalización Domiciliaria. Departamento de Salud Alcoy. Alicante. ⁶Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de Salud Alcoy. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años de edad sin RAMc, con los siguientes factores de riesgo cardiovascular: hipertenso en tratamiento con ramipril y encomocor 2,5 mg dia, dislipémico en tratamiento dietético, fumador de aproximadamente 30 paquetes/años, consumidor habitual de marihuana. Como antecedentes médicos a destacar: SAOS con CPAP retirada por mala tolerancia, ingreso en 2014 en el servicio de neumología por hemoptisis, ingreso en neurología en 2017 por ACV, ictus lacunar silente en RM infarto lacunar talámico izquierdo y pontino paramedial izquierdo con total recuperación, diagnosticado en junio de 2018 de carcinoma microcítico con enfermedad extendida (M1 Cerebrales) inició primera línea de quimioterapia paliativa esquema CBDCA/VP16 en junio de 2018. Antecedentes quirúrgicos meniscectomía izquierda (1990) y litotricia por litiasis renal izquierda (2012). Tratamiento: ramipril 5 mg, encomocor 2,5 mg, AAS 300 mg y gatica 75 mg. Situación basal: vive con su mujer e hijos, independiente para ABVD, vida activa, intelecto conservado. Acude al SUH por presentar tras primera sesión de quimioterapia con el esquema anteriormente descrito aumento de su disnea habitual, haciéndose ésta a mínimos esfuerzos, disfagia a sólidos y líquidos con odinofagia y aumento de las secreciones salivares. No fiebre termometrada en domicilio, no sensación distérmica, no dolor torácico, no náuseas ni vómitos, no alteraciones del hábito intestinal. No se describe otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura (ºC) 37,3, Frecuencia cardiaca (lat/min) 85, O2 (%) 97, TA (mmHg) 123/70. Paciente con REG, caquético, rubefacción facial, buena hidratación, eupneico en reposo y apirético. AC: rítmico, no se auscultan soplos. AP: hipoventilación generalizada, crepitantes bibasales y sibilancias dispersas. ORL: no existe hipertrofia amigdalar, hiperemia intensa en cavidad bucal de forma generalizada siendo más intensa en pilares faríngeos, no presenta placas pustulosas ni abscesos, no se palpan adenopatías cervicales. No claras placas fúngicas. ECG: rítmico, sinusal a 60 lpm, eje de 0º, no alteraciones en la conducción interauricular ni auriculoventricular, QRS estrecho, no alteraciones en la repolarización. Rx de tórax: bien centrada, inspirada, no afectación de partes blandas, hilos aumentados, tractos fibrosos compatibles con atelectasias, pinzamiento de seno costodiafragmático izquierdo. Sin cambios respecto anteriores estudios. AS: neutropenia con 1.000 leucocitos 51% de neutrófilos y PCR de 0,8 mg/dl.

Juicio clínico: Esofagitis post-QT.

Diagnóstico diferencial: Disfagia. Orofaríngea: causas mecánicas y obstructivas (tumores ORL), trastornos neuromusculares, mal estado de la dentadura, ulceraciones, xerostomía, candidiasis oral, efectos de RT y QT.

Esofágica: patología mediastínica (neoplasia pulmonar, linfomas), esofagitis, tumores de esófago.

Comentario final: La evaluación de un paciente con disfagia, especialmente cuando ésta sea de aparición aguda o subaguda, es fundamentalmente clínica y no requiere para su correcta realización de pruebas sofisticadas. Si existe neutropenia asociada, puede empeorar o complicar los síntomas y provocar importante deterioro del estado general y nutricional del paciente. El tratamiento se basa en tres pilares: Soporte nutricional. Asegurar un adecuado nivel de ingesta. Soporte psicológico. Soporte analgésico. Medidas tópicas como la solución de mucositis, ácido hialurónico antes de la ingesta, analgésicos sistémicos (opiáceos). En mucositis grave, están indicados los corticoides, útiles para reducir el edema, antifúngicos cuando se sospeche o confirme candidiasis asociada y antibióticos de amplio espectro, activos contra gérmenes anaerobios en mucositis sobreinfectadas. A nuestro paciente se le administro buscapina, corticoides, antibióticos empíricos fundamentales en estos pacientes con leucopenia marcada y tratamiento antifúngico, se ingresó para estabilización sintomática y evolución.

Bibliografía

Camps Herrero C, et al. Guía de práctica clínica.

Quintanar J, et al. The Medical Oncology resident mentor: situation and workload Clin Transl Oncol (2019) 21: 304.

Carmona-Bayonas, et al. SEOM clinical practice guideline: management and prevention of febrile neutropenia in adults with solid tumors. Clin Transl Oncol. 2019;21:75.