

Disfagia mecánica por candidiasis esofágica

P. Peñasco Iglesias y A. I. Moreno Gómez

Centro de Salud San Blas (Parla). Área 10 de Madrid.

La disfagia es la dificultad en el paso de los alimentos, desde la boca, donde se forma el bolo alimenticio, hasta el estómago. Es una sensación subjetiva que aparece durante o inmediatamente después de la deglución, lo que la diferencia del globo hístico, sensación de nudo en la garganta durante todo el día.

Son muchas y variadas las causas que pueden provocar este síntoma, y es la historia clínica cuidadosamente recogida la que nos va a ayudar inicialmente a discernir la etiología de la misma.

La disfagia que comienza sólo para alimentos sólidos hace pensar en una obstrucción mecánica.

Presentamos el caso de una paciente con disfagia mecánica causada por una etiología poco frecuente en pacientes no inmunodeprimidos, se trata de una esofagitis infecciosa por candidas. Se han relacionado diversos factores predisponentes con la aparición de una candidiasis esofágica, aunque debe considerarse también en pacientes sin patología de base.

Palabras clave: disfagia, candidiasis esofágica, no inmunodeprimidos.

Dysphagia is the difficulty of passing food from the mouth, where the alimentary bolus forms, to the stomach. It is a subjective sensation that appears during or immediately after swallowing. This differentiates it from the globus hystericus, the knot sensation in the throat during the whole day.

There are many and varied causes that may cause this symptom. It is the carefully obtained clinical history that can help us to initially distinguish its etiology.

Dysphagia that begins only for solid foods makes us think about mechanical obstruction.

We present the case of a patient with mechanical dysphagia caused by non-frequent etiology in patients with normal immunity. It is an infectious esophagitis caused by candidas. Several predisposing factors have been related with the appearance of esophageal candidiasis, although it should also be considered in patients without baseline pathology.

Key words: dysphagia, esophageal candidiasis, non-immunodepressed.

INTRODUCCIÓN

Existen diversos mecanismos que pueden explicar la aparición de disfagia en un paciente. En condiciones fisiológicas, tras la deglución orofaríngea, se activan contracciones peristálticas primarias y secundarias en el cuerpo del esófago que permiten la progresión del bolo alimenticio hasta el estómago. Un fracaso de estos mecanismos permite la acumulación intraluminal del contenido alimenticio provocando distensión y disfagia.

Las circunstancias que pueden provocar la disrupción de estos mecanismos son variadas pero podemos resumirlas en: la ausencia o alteración de la actividad motora tanto orofaríngea como esofágica que pueden alterar el patrón

fisiológico de la actividad propulsora del esófago (enfermedades neuromusculares, trastornos motores primarios o secundarios del esófago), o bien, el bloqueo mecánico por procesos extrínsecos o intrínsecos que estensan la luz del esófago (infiltraciones neoplásicas, tumoraciones mediastínicas, estenosis por cáusticos, por infecciones, actínicas, péptica)¹ (fig. 1).

Algunas entidades, como la enfermedad por reflujo gastroesofágico, pueden causar disfagia por distintos mecanismos, en relación a una estenosis consecutiva a la lesión inflamatoria, o una disfagia relacionada con fenómenos espasmódicos, que cierran transitoriamente la luz del esófago.

En los años 1959 y 1975 Schatzki y Edwards demostraron el enorme valor de una anamnesis cuidadosamente efectuada para orientar el origen de una disfagia, estimaron en un 80-85% la probabilidad de acertar en el diagnóstico basándose en la información clínica exclusivamente¹.

La esofagitis infecciosa puede por tanto causar una disfagia mecánica por estenosis debido a la lesión inflamato-

Correspondencia: P. Peñasco Iglesias.
Avda. de los Poblados 141, 5.º-9.
28025. Madrid.
Correo electrónico: Puri_pi@yahoo.es

Recibido el 27-02-05; aceptado para su publicación el 29-07-05.

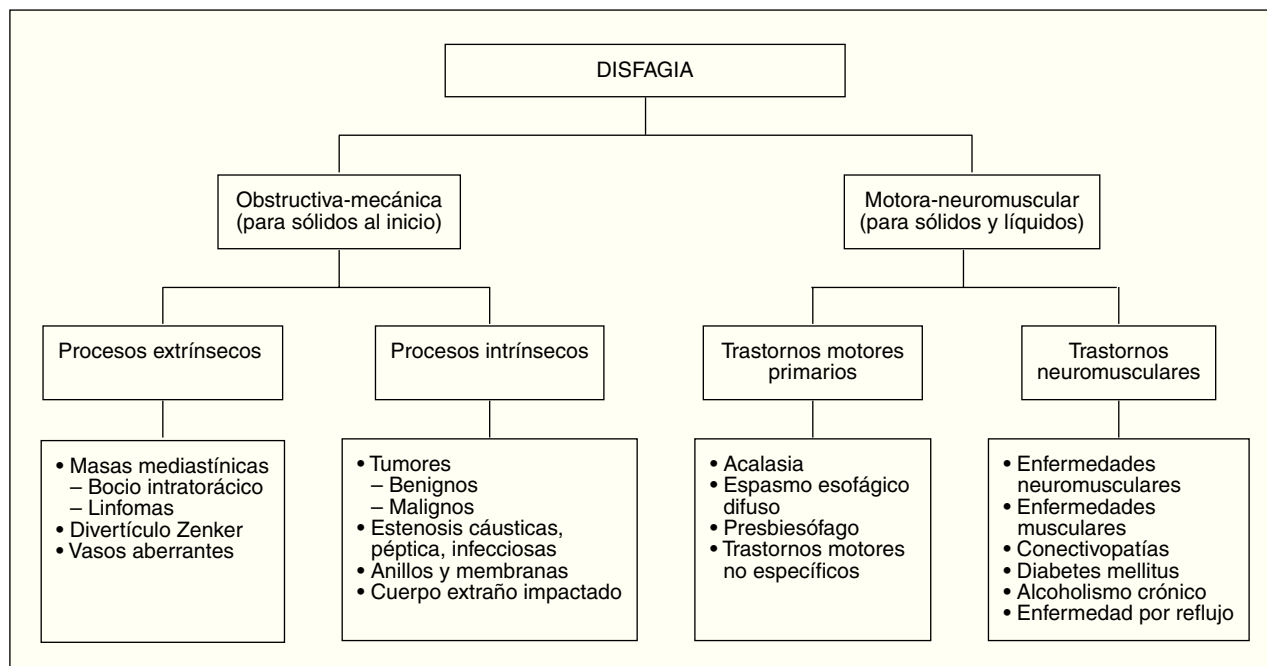


Figura 1. Etiología de la disfagia esofágica.

ria e infecciosa. La esofagitis por cándida es la infección esofágica más frecuente², en su patogénesis se han involucrado diversos factores predisponentes, neoplasias, fármacos y sobre todo inmunodeficiencias. La candidiasis esofágica (CE) en individuos aparentemente sanos es una entidad infrecuente³.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una mujer de 72 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, colecistectomizada hace 15 años que no recibe tratamiento farmacológico habitual, que acude a la consulta del médico de Atención Primaria refiriendo “dolor en la garganta al tragar y dificultad para tragar alimentos” desde hace aproximadamente 15 a 20 días.

Se realiza una anamnesis más dirigida y completa añadiendo la paciente que no presenta dificultad para beber líquidos, no ha objetivado pérdida de peso ni vómitos ni alteraciones en el ritmo intestinal, sí refiere sensación nauseosa y pérdida de apetito que relaciona con su dificultad para comer. Su hija que la acompaña en la consulta comenta que hace aproximadamente un mes y medio sufrió una caída accidental en la que tuvieron que darle unos puntos de sutura en el paladar por una herida incisa y precisó tratamiento antibiótico durante una semana. No presenta clínica catarral ni dispéptica acompañante.

A la exploración física tiene buen estado general, buena hidratación y nutrición, buena coloración de piel y mucosas. Orofaringe hiperémica sin exudados, paladar normal, no palpación de adenopatías laterocervicales, no bocio. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal y extremidades normales.

Con una exploración general normal y ante la sospecha de disfagia para sólidos, se solicita en esta primera consul-

ta hemograma y bioquímica básica con coagulación, radiografía (Rx) de tórax y un tránsito esofágico-gastroduodenal, resultando normales salvo la detección de pequeños divertículos en el duodeno observados en el tránsito gastroduodenal.

Al presentar la paciente aumento de su clínica, con gran dificultad para comer y también ahora para beber, la disfagia que inicialmente era sólo para sólidos ha progresado siendo ahora también para líquidos, se decide solicitar una gastroscopia de forma preferente.

El resultado de la endoscopia es de CE en placas, sin visualizarse lesiones en estómago ni duodeno, con citología de confirmación posterior positiva (fig. 2).

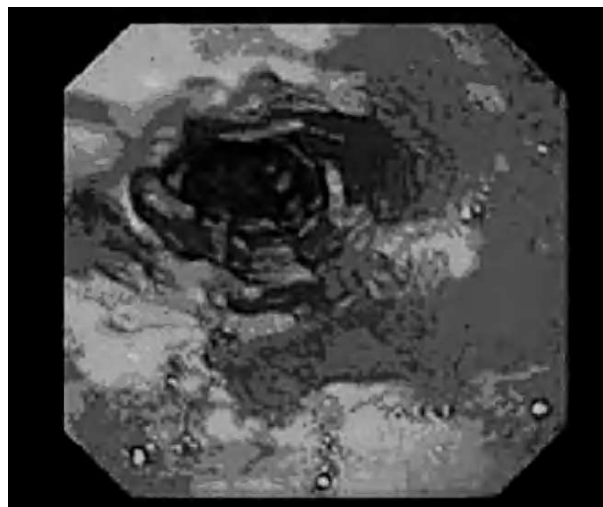


Figura 2. Imagen endoscópica de una candidiasis esofágica.

Se inicia tratamiento con fluconazol, obteniéndose mejoría clínica y desaparición de las lesiones en la endoscopia de control.

Tras el diagnóstico se amplió el estudio para descartar causas de inmunodeficiencia (serologías, hormonas tiroideas, electroforesis) con resultados normales. Tras un año de seguimiento en la consulta la paciente no ha presentado ninguna patología añadida que pudiera considerarse predisponente de su enfermedad, encontrándose asintomática en la actualidad.

DISCUSIÓN

La disfagia es la dificultad para el paso del alimento a través de la boca, faringe o esófago. Se clasifica en disfagia mecánica (obstructiva): sólo para sólidos al comienzo, y en disfagia motora (neuromuscular) para sólidos y líquidos desde el comienzo⁴.

La disfagia mecánica puede deberse a estrechamientos intrínsecos del tubo digestivo alto por estenosis benignas del esófago (esofagitis péptica, tumores benignos, membranas esofágicas, anillos y esofagitis infecciosas), o estenosis malignas por cáncer de esófago.

Puede deberse también a compresiones extrínsecas: por masas mediastínicas, divertículo de Zenker, disfagia lusoria (alteración congénita infrecuente que produce compresión extrínseca por una arteria subclavia derecha que nace en el lado izquierdo del arco aórtico y cruza el mediastino por detrás del esófago)⁴.

La disfagia motora puede deberse a alteraciones del músculo estriado, por causas neurológicas (parálisis bulbar, pseudobulbar), causas neuromusculares (miastenia gravis) y causas musculares (poliomiositis-dermatomiositis); o a alteraciones del músculo liso, como la acalasia, espasmos difusos del esófago, esclerodermia, alcoholismo crónico, hipotiroidismo o amiloidosis⁵.

Nuestro caso se trata de una disfagia mecánica, comienza con dificultad para sólidos y progresivamente se hace también para líquidos, sin síndrome constitucional, aunque sí refiere cierta fobia a la comida provocada por el mismo síntoma de dolor al tragar alimentos, síntoma típico en pacientes con disfagia¹. Esta disfagia es causada por una estenosis benigna del esófago, que se confirma con la endoscopia, visualizándose una esofagitis infecciosa por candidiasis.

La CE es la causa más frecuente de esofagitis infecciosa, siendo su incidencia baja en sujetos con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) negativos². En su patogénesis se han involucrado factores predisponentes³ (tabla 1) tales como neoplasias (sobre todo las hematológicas), algunas alteraciones endocrinas (hipotiroidismo, hipoadrenocorticismos y diabetes mellitus), la cirrosis hepática en estadios avanzados, el uso prolongado de algunos fármacos (antibióticos, esteroides inhalados, quimioterapéuticos, antagonistas H2 y con el tratamiento prolongado de omeprazol)⁶ y sobre todo las inmunodeficiencias. La CE en individuos aparentemente sanos en una entidad poco frecuente que se ha descrito de forma aislada y que afecta fundamentalmente a pacientes de edad avanzada³.

Tabla 1. Factores predisponentes de esofagitis candidiásica

- VIH positivo u otras inmunodeficiencias
- Diabetes mellitus
- Corticoterapia oral y/o inhalada
- Neoplasias
- Antibioticoterapia prolongada
- Cirrosis hepática
- Quimioterapia antineoplásica
- Alcoholismo activo
- Estenosis péptica de esófago. Tratamiento prolongado con omeprazol

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Los síntomas cardinales de la CE son la disfagia-odinofagia y el dolor retroesternal. Sólo algunos enfermos asocian muguet oral, pérdida de peso o hemorragia⁷. En cambio, un porcentaje no despreciable de pacientes (20-40%) no presenta ningún síntoma esofágico y se ha detectado de forma casual mediante la endoscopia indicada por otras causas (hemorragia digestiva, síndrome anémico o en el programa de esclerosis de varices esofágicas)⁸.

La endoscopia digestiva alta es el procedimiento diagnóstico de elección para la CE en la actualidad, pero la confirmación de la infección fúngica de esófago debe comprobarse con la biopsia de la mucosa esofágica o el examen citológico del cepillado esofágico. El cultivo del exudado micótico obtenido del esófago puede diagnosticar el tipo de hongo responsable, pero puede ofrecer también falsos positivos (saprofitos)⁹. Y la serología no desempeña hoy un papel definido en el diagnóstico de esta micosis^{9,10}.

En nuestro caso se trata de una mujer de 72 años que no presentaba ningún antecedente que pudiera ser considerado un factor que predisponga a la esofagitis por candidiasis, únicamente puede ser considerado como tal factor el tratamiento de un ciclo de antibiótico de 8 días que realizó 1 o 2 meses antes de acudir a la consulta refiriendo por primera vez el síntoma de disfagia, una disfagia que comienza para alimentos sólidos y con el tiempo progresa hacia líquidos. Esto nos hace sospechar una causa mecánica, un estrechamiento del esófago. Como hemos visto, la estenosis esofágica puede ser provocada por varias causas, benignas y también malignas como el cáncer de esófago. Es la endoscopia digestiva alta la que diagnostica su patología de esofagitis candidiásica y se confirma con el examen citológico.

Concluimos, por tanto, que aunque la afectación esofágica por candida normalmente se relaciona con pacientes inmunodeprimidos, sobre todo en VIH positivos o con neoplasias hematológicas¹¹, constituye una entidad a considerar en pacientes que no presentan patología de base orgánica o algún trastorno de la inmunidad celular y su síntoma inicial más frecuente es la odinofagia y disfagia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arias Almenares W, Montoro Huguet MA. Evaluación del paciente con disfagia. En: Montoro MA, Ducons JA, editores. Principios básicos de Gastroenterología para Médicos de Atención Primaria. 1.ª ed. Barcelona: Edika Med; 1997. p. 45-54.

2. Ortuño Cortes JA, Tovar Martínez A, Ruiz Riquelme J, et al. Candidiasis esofágica en Pacientes VIH negativo. Rev Esp Enferm Dig. 1997;89:503-10.
3. Alemán C, Alegre J, Suriñach JM, et al. Candidiasis esofágica en pacientes sin alteraciones en la inmunidad celular. A propósito de siete casos. Rev Clin Esp. 1996;196:375-7.
4. Mearin Manrique F. Enfermedades de Esófago. En: Farreras P, Rozman C, editores. Medicina Interna (Vol. I). Duodécima ed. Barcelona: Doyma; 1992. p. 41-2.
5. Bernabéu M, Terré R, Martinell M. Actualización en el diagnóstico y el tratamiento de la disfagia neurógena. FMC. 2004;11:373-82.
6. Pérez FJ, Vila I. Tratamiento continuado con omeprazol y aparición de candidiasis orofaríngea (carta). Atención Primaria. 2002;30:663-4.
7. Baehr PH, Mc Donald GB. Esophageal Infections: Risk factors, presentation, diagnosis and treatment. Gastroenterology. 1994;106:509-32.
8. Riestra Menéndez S, Sleiman Halabi H, Suárez González A, et al. Esofagitis por *Candida albicans*. Rev Esp Enferm Dig. 1989;76:188-93.
9. Vermeersch B, Rysselaere M, Dekeyser K, et al. Fungal colonization of esophagus. Am J Gastroenterol. 1989;84:1079-83.
10. Kodsí BE, Wckremesinghe PC, Kozinn PJ, et al. Candida Esophagitis. A prospective study of 27 cases. Gastroenterology. 1976;71:715-9.
11. Nuevo JA, Hijano A, Eimil M, et al. Esofagitis candidiásica en un paciente no inmunodeprimido (carta). Rev Esp Enferm Dig. 2002;30:663-4.