

Disfagia progresiva en aparente enfermedad por reflujo gastroesofágico

Cristina Fanarraga Vergel*, **Rebeca Hernández Román***, **Alberto Fernández Fernández****,
Cristina Pérez Fernández**

* MIR. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid (España)

** LES. Gerencia de Atención Primaria Zamora. Centro de Salud Toro. Zamora (España)

Correspondencia: Cristina Fanarraga Vergel. cfanarraga@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción y objetivos: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una entidad muy frecuente que puede cursar con síntomas considerados “típicos” como la regurgitación y la pirosis o “atípicos”. En el diagnóstico de esta entidad es muy importante conocer la frecuencia de los síntomas así como la afectación en la calidad de vida.

Exposición del caso: Se presenta el caso de una mujer de 80 años que presentaba dispepsia y vómitos desde hacía una semana, la exploración física y el resultado de la analítica fueron anodinos por lo que se instauró tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP). Los síntomas fueron progresando con disfagia a sólidos por lo que se derivó de manera preferente al servicio de digestivo que instauró tratamiento con IBP a dosis doble y solicitó gastroscopia preferente cuya cita nunca recibió la paciente, motivo por el que fue derivada al segundo nivel asistencial donde se realizó una radiografía de tórax que impresionaba de atelectasia en el lóbulo medio por lo que se decidió ingreso hospitalario para continuar estudio. Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) de tórax y abdomen sugerente de neoplasia pulmonar, una gastroscopia que sugería carcinoma de esófago, y finalmente la anatomía patológica revela la presencia de un carcinoma de mama.

Diagnóstico y discusión: La ERGE refractaria a IBP (rERGE) es una entidad frecuente en la cual debemos identificar patologías concomitantes, así como realizar un correcto diagnóstico diferencial. La base del tratamiento es la modificación del estilo de vida aportando recomendaciones individualizadas.

PALABRAS CLAVE

Reflujo gastroesofágico refractario a inhibidores de la bomba de protones, radiografía de tórax, carcinoma de pulmón, carcinoma de esófago, carcinoma de mama.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una patología muy frecuente con una prevalencia variable a nivel mundial, estimada en un 20% de la población adulta general. Los síntomas de la enfermedad se dividen en dos tipos: “típicos” como la regurgitación y pirosis y “atípicos” como tos, asma, disfagia, dolor torácico, erosiones dentales... Para considerar que un paciente tiene la enfermedad, y no solamente reflujo, debe presentar síntomas leves dos o más días a la semana o síntomas moderados / graves al menos un día a la semana con afectación de su calidad de vida [1].

A través del siguiente caso clínico, se pretende enfatizar la importancia de instaurar un correcto tratamiento precoz en un paciente con sospecha de ERGE. En caso de que nos encontremos ante una ERGE refractaria a inhibidores de la bomba de protones (rERGE) debemos ser cautos y sospechar alguna otra etiología que esté causando la clínica para poder actuar de manera precoz y establecer un diagnóstico temprano.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 80 años que acude a consulta de atención primaria por clínica de dispepsia con vómitos de naturaleza líquida postprandiales de una semana de evolución, no presenta pirosis asociada, alteración del ritmo intestinal, ni pérdida de peso. Como antecedentes personales cabe destacar gammapatía monoclonal IgA en seguimiento por hematología y carcinoma de mama intervenido en 2015 con mastectomía izquierda siendo dada de alta hace dos meses por ginecología, tras realizar estudio mamográfico y ecográfico, al cumplirse 10 años sin signos de recidiva. Niega hábitos tóxicos y es completamente independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

La exploración abdominal es anodina, se solicita una analítica con estudio de *Helicobacter pylori* resultando negativa y sin revelar ningún dato de interés. Se decide instaurar tratamiento con omeprazol 20 mg antes de desayunar.

A la semana, la paciente vuelve a acudir a nuestra consulta por progresión de los síntomas, presenta disfagia a sólidos y algún atragantamiento esporádico con su propia saliva. Es derivada al servicio de digestivo con carácter preferente donde se inicia tratamiento con sobres de una combinación de ácido hialurónico y sulfato de condroitina tras las comidas y antes de acostarse, así como con esomeprazol 20 mg cada 12 horas, también se solicita gastroscopia preferente ante la sospecha de rERGE.

Tras 7 días de la consulta con digestivo, acude a consulta ya que no ha recibido cita para realización de la gastroscopia, se le indica acudir a segundo nivel asistencial para solicitar dicha información. Aprovechando el traslado y puesto que los síntomas empezaban a afectarle aún más su calidad de vida, la paciente decide ser valorada por el servicio de urgencias hospitalarias donde se realiza una radiografía de tórax [imagen 1] que objetiva una pérdida de volumen del pulmón derecho con desplazamiento del mediastino hacia el mismo lado y en la proyección lateral impresiona de esófago dilatado. Se acuerda ingreso hospitalario para estudio.

Se realiza una tomografía computarizada (TC) de tórax y abdomen [imagen 2] que muestra una masa pulmonar central perihiliar derecha sugerente de carcinoma de pulmón que produce estenosis del bronquio intermediario, obstrucción total del bronquio del lóbulo medio y signos de invasión mediastínica con marcada dilatación del esófago superior sin otras alteraciones relevantes.

En la broncoscopia se confirma la obstrucción completa del bronquio intermediario con imposibilidad de acceso al lóbulo medio e inferior derechos tomándose varias biopsias.

En la gastroscopia [imagen 3] se ve una neoplasia ulcerada circunferencial estenosante a 15 cm de la arcada dentaria sugerente de tumor primario de esófago de la que se toman también biopsias y se coloca una prótesis metálica que permite repermeabilización de la luz esofágica.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

Los resultados de las biopsias muestran una infiltración neoplásica por cáncer de mama con expresión de receptores estrogénicos. Se deriva a oncología médica quien acuerda iniciar tratamiento con letrozol 2.5 mg diario y ribociclib 600 mg 21 días de cada 28.

En pacientes con pirosis y regurgitación sin datos de alarma, se recomienda realizar una prueba con inhibidores de la bomba de protones (IBP) diarios en ayunas durante 8 semanas, en caso de que la respuesta sea inadecuada o los síntomas sean atípicos está indicado realizar pruebas complementarias siendo de elección la gastroscopia tras suspender los IBP de 2 a 4 semanas [2]. La persistencia de los síntomas a pesar del tratamiento con IBP ocurre en un 40% de los casos y suele deberse a falta de adherencia o inadecuada toma del tratamiento pautado, polimorfismos genéticos asociados a CYP, ansiedad, otras enfermedades esofágicas como esofagitis eosinofílica, acalasia... [1].

Se define rERGE como la permanencia de pirosis leve y/o regurgitación 3 o más días de la semana tras el tratamiento empírico durante 8 semanas con dosis dobles de IBP. Es muy importante identificar patologías concomitantes y realizar un correcto diagnóstico diferencial ya que entre el 75-90% de los casos de rERGE corresponden a desordenes esofágicos funcionales [3].

La base del tratamiento de la ERGE es la modificación del estilo de vida y de los hábitos que favorecen el reflujo y el exceso de acidez como puede ser elevar el cabecero de la cama 20 cm o evitar las comidas copiosas. Es muy importante fomentar las recomendaciones de manera individualizada en lugar de proporcionar listas genéricas de actividades y alimentos que se deben evitar [4].

La ERGE es una patología crónica de curso benigno que presenta síntomas de intensidad variable con periodos intermitentes de remisión. No está muy clara

su evolución natural, pero tiene complicaciones bien conocidas como el esófago de Barret que en algunos casos puede evolucionar hacia úlceras esofágicas, estenosis pépticas esofágicas y en el peor de los casos hacia un adenocarcinoma de esófago [5].

Por tanto, ante un paciente con síntomas compatibles con ERGE debemos instaurar tratamiento con IBP durante 8 semanas, y en caso de que no mejore la sintomatología comenzar con dosis doble del tratamiento empírico mientras realizamos de forma paralela las pruebas complementarias oportunas según la sintomatología que refiera el paciente.

BIBLIOGRAFIA

1.Valdovinos-Diaz MA, Amieva-Balmori M, Carmona-Sánchez R, Coss-Adame E, Gómez-Escudero O, González-Martínez M, et al. Recomendaciones de buena práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Revisión por expertos de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. Rev Gastroenterol Mex. 2024; 89(1): 121-43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2023.12.002>

2.Siboni S, Sozzi M, Visaggi P, De Maron R, Asti E. Nuevas herramientas para la clasificación y puntuación de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Rev Gastroenterol Mex. 2025. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2025.05.005>

3.Zuluaga Arbeláez N, Hani A, Espinoza-Ríos J. Abordaje de la enfermedad por reflujo gastroesofágico refractaria. Rev Gastroenterol Peru. 2024; 44(1): 41-51. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v44n1/1022-5129-rgp-44-01-41.pdf>

4.SEMERGEN. Actualización en el manejo de los pacientes con acidez y/o reflujo en atención primaria y farmacia comunitaria. Medical Education Agency SL, editor. 2019. Disponible en: https://semergen.es/files/docs/grupos/digestivo/guia_practica_reflujo.pdf

5.Asociación Española de Gastroenterología. Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto. 2019. Disponible en: https://www.aegastro.es/documents/contenidos/reflujo_gastroesofagico_final.pdf

TABLAS Y FIGURAS

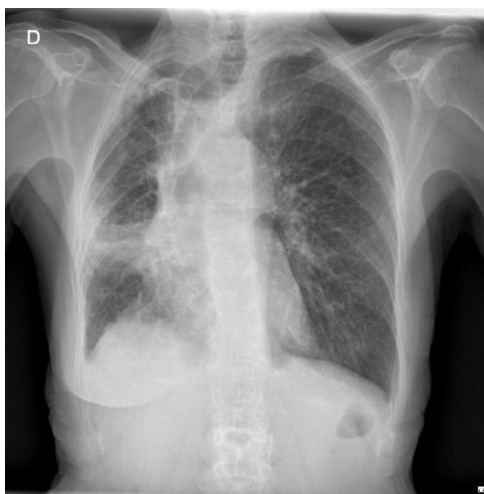


Imagen 1. Radiografía de tórax. Pérdida de volumen en el hemitórax derecho y desplazamiento ipsilateral del mediastino, derrame pleural y probable atelectasia del lóbulo medio. En la proyección lateral, impresiona de esófago dilatado.

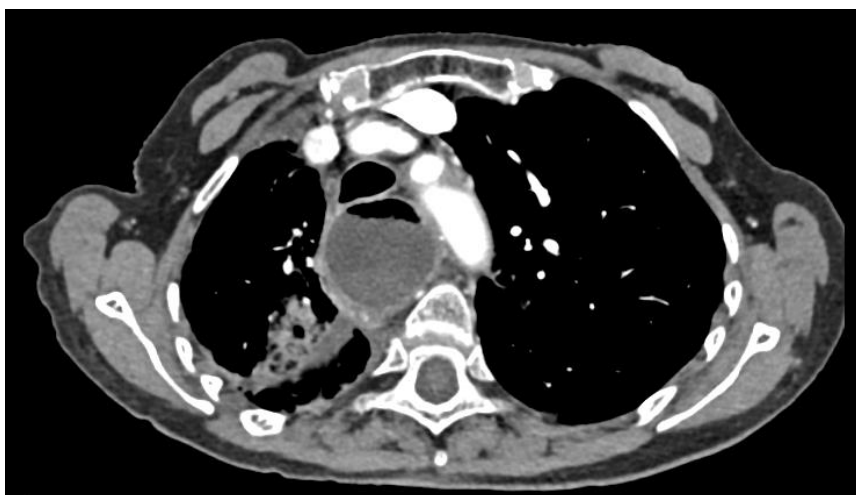


Imagen 2. TC de tórax. Se objetiva masa pulmonar central perihiliar derecha sugerente de carcinoma pulmonar con signos de invasión mediastínica. (Servicio Radiodiagnóstico CAZA)

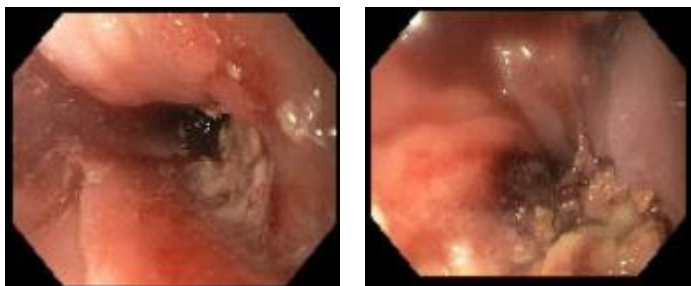


Imagen 3. Gastroscopia con neoplasia ulcerada circunferencial estenosante a nivel esofágico sugerente de carcinoma de esófago. (Servicio de Aparato Digestivo CAZA)