

Disfagia en mujer de 23 años

Vicente Fernández Rodríguez

Médico de Familia. CS Os Rosales A Coruña

Luis Casal Mendez

Médico de Familia. CS Os Rosales A Coruña

Sabela Graña Fernández

MIR Medicina de Familia. CS Os Rosales A Coruña

Isabel Angel Barba

MIR Medicina de Familia. CS Os Rosales A Coruña

Cad Aten Primaria
Año 2008
Volumen 15
Pág. 172-172

Paciente de 23 años, sin antecedentes médicos relevantes, que acude a la consulta refiriendo disfagia desde hace varios meses, de aparición en el último trimestre de su primer embarazo, inicialmente para líquidos, pero progresivamente también para sólidos. Se acompañó de adelgazamiento de 12 kg de peso en los últimos 5 meses. No ha presentado fiebre, dolor toracoabdominal, pirosis ni melenas ni consta ingesta previa de gastroerosivos.

En la *exploración física* nos encontramos a una paciente delgada, sin hallazgos patológicos. Se solicita *analítica* sanguínea que muestra parámetros en la hematimetría y la bioquímica dentro de límites normales. La *Rx de tórax* no revela alteraciones pleuropulmonares agudas.

Se realiza **estudio baritado esófagogastroduodenal** (Figura 1)

1. ¿Cuál es su sospecha diagnóstica?
2. ¿Qué prueba/s indicaría para confirmarla?
3. ¿Qué opción terapéutica sería de elección?

TABLA 1

Estudio baritado esófagogastroduodenal



Mujer de 54 años con placa eritematosa poco descamativa en cara

Benigno Monteagudo Sánchez
Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Arquitecto
Marcide-Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol.

Miguel Cabanillas González
Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Arquitecto
Marcide-Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol.

María Varela Manso
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo
Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Área Sanitaria de
Ferrol.

Patricia Ordoñez Barrosa
Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Arquitecto
Marcide-Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol.

Élvira León Muiños
Residente de Pediatría. Complejo Hospitalario Arquitecto
Marcide-Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol.

Cad Aten Primaria
Año 2008
Volumen 15
Pág. 173-173

ANTECEDENTES PERSONALES:

Mujer de 54 años de edad, con el único antecedente personal de una cesárea.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Acude a consulta de dermatología por una lesión pruriginosa en mejilla izquierda de más de un mes de evolución. Tratada durante 25 días con una aplicación diaria de prednicartrato 0.25% en crema, disminuyendo la inflamación y el prurito, pero aumentando la extensión del cuadro cutáneo.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

A la exploración dermatológica se observó una placa eritematosa poco descamativa, con telangiectasias y pápulas aisladas en su superficie, localizada en región hemifacial izquierda que desbordaba a mejilla izquierda (figura 1). Los bordes lesionales estaban mal definidos salvo a nivel de cara anterior de cuello donde eran netos y la lesión presentaba un mayor componente descamativo (figura 2). El resto de la exploración cutánea y de los anejos cutáneos fue compatible con la normalidad. La exploración física general no aportó hallazgos significativos.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

Se recogieron escamas de la cara anterior de cuello, el examen en fresco con tinción de calcoflúor mostró escasas hifas y en el cultivo se aisló *Trichophyton mentagrophytes*.

ANTE ESTA SITUACIÓN, ¿DIAGNÓSTICO Y ACTITUD?

VER FOTOS EN COLOR EN LA PÁGINA 166.

FIGURA 1 (VER FOTOS A COLOR EN LA PÁGINA 166)



FIGURA 2 (VER FOTOS A COLOR EN LA PÁGINA 166)



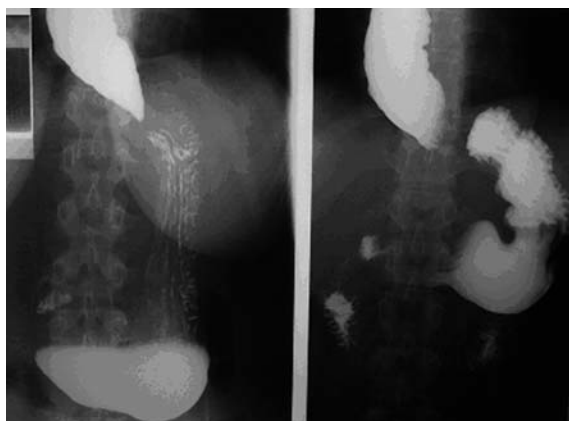
Correspondencia:

Benigno Monteagudo Sánchez
Hospital Arquitecto Marcide-Novoa Santos. C/San Pedro de Leixa S/N
15403-Ferrol. benims@hotmail.com

RESPUESTA AL CASO CLINICO DISFAGIA EN MUJER DE 23 AÑOS

El estudio baritado muestra un esófago moderadamente dilatado con afilamiento distal "en cola de ratón" sugestivo de acalasia (Figura 2).

FIGURA 2



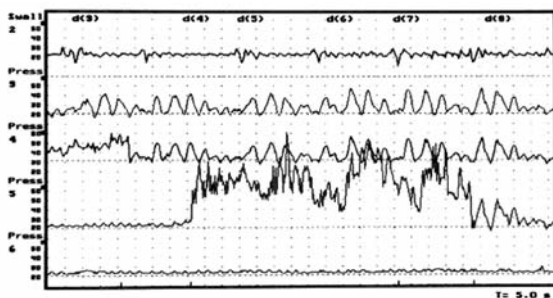
La acalasia (en griego "ausencia de relajación") es un trastorno motor esofágico de etiología desconocida caracterizado por la ausencia de peristaltismo del cuerpo esofágico y disfunción del esfínter esofágico inferior, que se muestra incapaz de relajarse tras la deglución. Puede ser primaria o secundaria.

Es una entidad infrecuente (1-2 casos/100.000 habitantes/año) que suele debutar entre la 3ª y la 5ª décadas de la vida.

El *síntoma principal* es la disfagia, en muchos casos de larga evolución e intermitente, tanto para sólidos como para líquidos, a veces acompañada de dolor torácico, pirosis o regurgitación de los alimentos ingeridos, y puede conducir a una pérdida ponderal importante y desnutrición.

FIGURA 3

Trazado manométrico de acalasia. (2: registro de degluciones [d], 3-4: trazado en cuerpo esofágico. 5 registro manométrico EEI, 6: trazado obtenido a nivel gástrico.)



Ante un paciente con disfagia, especialmente a partir de los 45-50 años de edad solicitaremos un *endoscopia digestiva alta* para descartar un proceso estenótico esofágico, ya sea benigno o maligno. En

la acalasia la EDA no aporta un diagnóstico claro, puede apreciarse un afilamiento distal de la luz esofágica y una cierta resistencia a la entrada del endoscopio en la cavidad gástrica. La *radiología baritada* proporcionará la imagen característica descrita y el diagnóstico de confirmación lo establecerá la *manometría* (Figura 3).

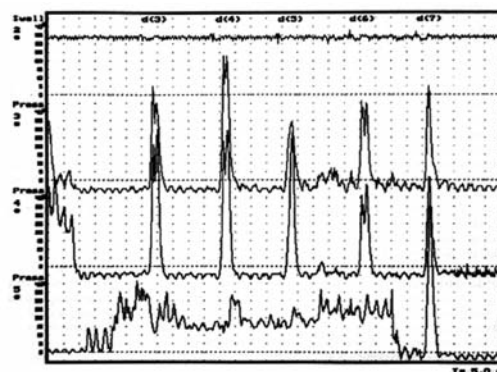
CRITERIOS MANOMÉTRICOS EN ACALASIA

- Presión de reposo del EEI normal o elevada *
- Relajaciones del EEI incompletas (<80%) o inexistentes**
- Presión basal del cuerpo esofágico elevada** (igual o superior a la gástrica)
- Aperistalsis*
- Comportamiento vigoroso del cuerpo esofágico***
- Test colinérgico**

*Criterio obligado. **Criterios opcionales. *** Específico de acalasia vigorosa

FIGURA 4

Trazado manométrico de acalasia vigorosa. (2: registro de degluciones [D], 3-4: trazado manométrico en cuerpo esofágico, 5: registro depresivo del EEI).



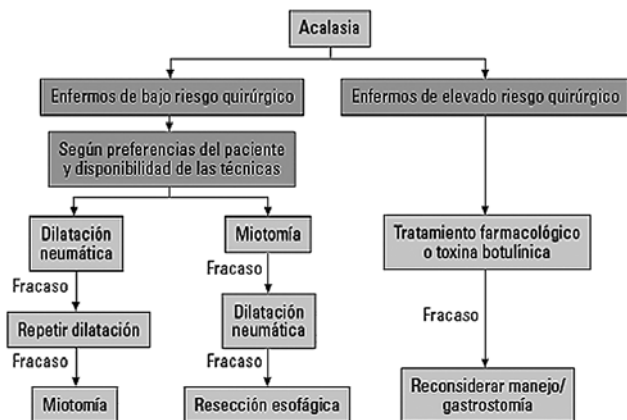
Disponemos de varios **abordajes terapéuticos**:

- 1- Tratamiento **farmacológico**: antagonistas del calcio y dinitrato de isosorbide, con eficacia y nivel de evidencia bajos.
- 2- **Técnicas endoscópicas**:
 - * **Dilataciones neumáticas**: con balón Rigiflex, con una respuesta a los 2 años del 60-80%, es menos eficaz en jóvenes y tiene una tasa de complicaciones del 33% (fundamentalmente RGE).
 - * Inyección de **toxina botulínica**, técnica segura pero con una eficacia limitada en el tiempo (80% a corto plazo pero disminuye a un 54% a los 6 meses)
- 3- **Tratamiento quirúrgico**: la cardiomiectomía de Heller, que consiste en la miotomía anterior de las fibras del EEI, consigue resolver la disfagia en el 85% de los pacientes a los 10 años y en el 65% a los 20 años. Se asocia generalmente a una técnica anti-reflujo (funduplicatura) para minimizar el RGE, la complicación más frecuente

La **selección del tratamiento** tendrá en cuenta la edad del paciente (en jóvenes sin riesgo quirúrgico se propugna la cirugía como técni-

FIGURA 4

Algoritmo de tratamiento de la acalasia. Tomada de Garrigues Gil V et al.



RESPUESTA AL CASO CLÍNICO MUJER DE 54 AÑOS CON PLACA ERITEMATOSA POCO DESCAMATIVA EN CARA

Se estableció el diagnóstico de tinea faciei incógnita secundaria al tratamiento con corticoides tópicos, similar a una rosácea localizada a nivel hemifacial izquierda.

EVOLUCIÓN

Se pautó una aplicación diaria con flutrimazol al 1% en crema, ducha diaria con sertaconazol en gel e itraconazol oral 400 mg al día durante 1 semana. Todas las lesiones cutáneas remitieron en menos de un mes, salvo algunas telangiectasias que persistieron en la mejilla izquierda. Se reinterrogó a la paciente sobre el posible contacto con animales reconociendo que tenía perros, gatos y conejos.

DISCUSIÓN

Los términos dermatofitosis, tinea o tiña sirven para definir la infección de los tejidos queratinizados (piel, pelo y uñas, pero no mucosas) por un grupo de hongos denominados dermatofitos. Según la procedencia, los dermatofitos se dividen en geofílicos (del suelo), zoofílicos (de los animales) y antropofílicos (del hombre)^{1,2}. En la actualidad los antropofílicos están reapareciendo en España y en otros países del área mediterránea por la inmigración desde zonas donde son muy prevalentes, lo que tiene importancia en la práctica diaria ya que estas especies provocan una menor respuesta inflamatoria y una evolución más crónica que dificulta el diagnóstico clínico^{3,4}.

Las tiñas cutáneas se manifiestan clínicamente como lesiones de morfología ovalada o circinada, bien definidas, con un borde descamativo algo sobrelevado. Esta forma de presentación depende sobre todo de la respuesta inflamatoria de la piel afectada. La aplicación inapropiada de corticoides^{5,6} (u orales) o de inhibidores tópicos

ca de elección), la disponibilidad de las diferentes técnicas y el riesgo quirúrgico (Figura 5).

EVOLUCIÓN DEL CASO: la paciente fué intervenida quirúrgicamente practicándosele una miotomía extramucosa y cirugía antirreflujo, con buen resultado inmediato. Un año y medio después requirió dilatación neumática por reaparición de la disfagia, permaneciendo asintomática en el momento actual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diaz-Rubio M. Trastornos motores del aparato digestivo. Editorial Médica Panamericana. Madrid 1996
2. Arguelles Arias F, Garcia Montes JM, Herreras Gutierrez JM. Alteraciones Motoras esofágicas. *Medicine* 2008; 10(1):20-7
3. Garrigues Gil V, Ponce Garcia J. Acalasia y otros trastornos motores del músculo liso esofágico. En: Ponce Garcia J et al Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Barcelona. Ediciones Doyma 2001, p 9-16.

de la calcineurina (tacrolimus y pimecrolimus⁷) en infecciones micóticas origina una disminución de la reacción inflamatoria y de la inmunidad local, provocando una mayor multiplicación y proliferación del hongo con la consiguiente modificación de su presentación clínica conocida descriptivamente como tiña incógnita⁸. El borde sobrelevado y circinado, característico, desaparece al igual que la descamación y la inflamación, dando lugar a pápulas y pústulas, y si la exposición al corticoide es prolongada, se asocia atrofia, telangiectasias o estrías^{5,9}. La historia es siempre muy similar, tras un diagnóstico erróneo de eczema o psoriasis o sobre todo por automedicación del paciente (está generalizado el tener un corticoide tópico en casa que "vale para todo"), que se aplica un corticoide tópico en la zona afectada, generalmente la cara o las ingles de adultos, con lo que logra un rápido alivio de sus molestias y regresión aparente de las lesiones; al suspender el tratamiento la erupción "reaparece" con rapidez, por lo que reanuda su uso (ciclo indefinido)⁶. El cuadro clínico resultante puede ser tan atípico que despiste a cualquier médico y obliga a realizar exámenes innecesarios para orientar al diagnóstico. El menor componente descamativo de la tiña incógnita imposibilita en muchos casos una toma de muestra adecuada para el cultivo micológico y dificulta aún más el diagnóstico^{5,6}.

En este caso el diagnóstico diferencial debe plantearse con distintos procesos cutáneos con afectación facial:

- 1) Rosácea, de mayor tiempo de evolución y en general simétrica (nuestra paciente podría desarrollarla como efecto secundario del corticoide)⁹.
- 2) Dermatitis seborreica, suele ser simétrica, crónica (en brotes) y con mayor afectación en área ciliar y paranasal.
- 3) Lupus eritematoso sistémico, el rash malar se acompaña de

malestar general o fiebre, es simétrico y respeta los surcos nasogenianos.

- 4) Dermatoftides o reacción "ide", erupción cutánea a distancia, no parasitada, producida por una reacción de hipersensibilidad frente a una infección fúngica primaria por dermatofitos¹⁰.
- 5) Otros procesos fotosensibles como la erupción polimorfa solar, la dermatitis perioral, dermatitis atópica, dermatitis de contacto,...

En conclusión, presentamos un caso típico de tiña incógnita en la que su distribución asimétrica a nivel facial y un borde elevado, descamativo y circinado en cara anterior de cuello facilitó el diagnóstico (véase figura 2). Se debe sospechar esta entidad así como recoger una muestra para cultivo micológico en todo paciente con una erupción inusual previamente tratada con corticoides tópicos^{6,8}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado Florencio V, Crespo Erchiga V. Micosis cutáneas. *Medicine*. 2002;8:4805-15.
2. Monteagudo B, Pereiro M Jr, Peteiro C, Toribio J. Tinea capitis en el área sanitaria de Santiago de Compostela. *Actas Dermosifiliogr*. 2003;94:598-602.
3. Monteagudo Sánchez B, Pereiro Ferreirós M Jr, Fernández Redondo V, Toribio Pérez J. Tinea pedis causada por *Trichophyton violaceum*. *Actas Dermosifiliogr*. 2002;93:35-7.
4. Monteagudo B, León Muiños E, Ordóñez P, de las Heras C, Rodríguez Mayo M, Cacharrón JM. Tinea capitis causada por *Trichophyton violaceum*. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97:553-4.
5. Romano C, Maritati E, Gianni C. Tinea incognita in Italy: a 15-year survey. *Mycoses*. 2006;49:383-7.
6. Urbina F, Sudy E, Barrios M. Tiña incógnita. *Piel*. 2002;17:12-7.
7. Rallis E, Koumantaki Mathioudaki E. Pimecrolimus induced tinea incognita masquerading as intertriginous psoriasis. *Mycoses*. 2007;51:71-3.
8. Bruguera MM, Luelmo Aguilar J. Tiña incógnita sobre un tatuaje en un paciente portador del virus de la inmunodeficiencia humana. *FMC*. 2007;14:35.
9. Gorani A, Schiera A, Oriani A. Case report. Rosacea-like tinea incognita. *Mycoses*. 2002;45:135-7.
10. Monteagudo Sánchez B, León Muiños E, Cabanillas González M, Novo Rodríguez AI, Ordóñez Barrosa P. Dermatoftides faciales. *An Pediatr (Barc)*. 2008;68:411-2.