

# De la anamnesis al intervencionismo endoscópico, tratar lo orgánico sin olvidar lo funcional

**Autores** Carla Dias<sup>1</sup> , César Luis<sup>2</sup>

**Afiliación** 1 Grupo Médico Santa Paula. Caracas, Venezuela.  
2 Hospital Universitario de Caracas. Caracas, Venezuela.

Autora de Correspondencia: Carla Dias. Correo: [carladiasgastro@gmail.com](mailto:carladiasgastro@gmail.com) ORCID: [0000-0003-3359-3132](https://orcid.org/0000-0003-3359-3132)

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2021; 75(3): 136-139.  
© Sociedad Venezolana de Gastroenterología. Caracas, Venezuela- ISSN 2477-975X.  
**Fecha de recepción:** 08/06/2021 **Fecha de revisión:** 29/06/2021

**Fecha de Aprobación:** 07/07/2021

## Resumen

La disfagia se define objetivamente como un retraso anormal en el tránsito del bolo alimentario a través de la orofaringe y/o esófago durante la deglución. Las causas de la disfagia se dividen básicamente en dos grupos: enfermedades estructurales y funcionales. Sin embargo, es importante resaltar, que las 2 causas puedan presentarse simultáneamente en el mismo paciente; y a veces es necesario estudiar el funcionalismo esofágico sobre todo cuando el tratamiento de la causa orgánica es insuficiente para aliviar los síntomas. Es por ello que decidimos presentar 2 casos clínicos con enfermedades esofágicas sincrónicas (orgánicas y funcionales).

**Palabras clave:** disfagia esofágica, trastorno motor esofágico, anillos y membranas esofágicas, obstrucción al flujo de salida de la unión esofagogástrica.

## FROM THE ANAMNESIS TO ENDOSCOPIC INTERVENTIONISM, TREAT THE ORGANIC WITHOUT FORGETTING THE FUNCTIONAL

### Summary

Dysphagia is objectively defined as an abnormal delay in the transit of the food bolus through the oropharynx and / or esophagus during swallowing. The causes of dysphagia are basically divided into two groups: structural and functional diseases. However, it is important to highlight that the 2 causes can occur simultaneously in the same patient; and sometimes it is necessary to study esophageal functionalism, especially when the treatment of the organic cause is insufficient to alleviate the

symptoms. That is why we decided to present 2 clinical cases with synchronous esophageal diseases (organic and functional).

**Key words:** esophageal dysphagia, esophageal motor disorder, esophageal rings and membranes, esophagogastric junction outflow obstruction.

## Introducción

La historia clínica es el relato escrito de la enfermedad de un paciente. Está estructurada en cuatro partes complementarias, la anamnesis, el examen físico, la evolución y la epicrisis<sup>(1)</sup>.

La anamnesis hace mención al interrogatorio, conversación con el paciente a través de la entrevista, es subjetivo pero proporciona muchísima información, tanto que al jerarquizarla y asociarles los diferentes signos del examen físico no hace presumir un diagnóstico clínico, y por ende planificar otros estudios necesarios como exámenes de laboratorio, de imágenes, endoscópicos y de anatomía patológica entre otros, que nos ayuden a aseverar el diagnóstico presuntivo y porque no, hacer definitivo un diagnóstico diferencial<sup>(1,3)</sup>.

La disfagia, síntoma muy sensible para enfermedad, se define como la sensación de dificultad en el pasaje del bolo deglutido desde la boca al estómago. A veces puede ir acompañado de otros síntomas como lo son dolor torácico, regurgitación, sensación de globo, lo que nos ayudaría en establecer el diagnóstico presuntivo. La identificación precoz de su causa, nos permite tratarla y así además de aliviar los síntomas, previene la recurrencia, cicatriza las lesiones en el caso que existan y evita las complicaciones<sup>(2)</sup>.

La endoscopia es el procedimiento diagnóstico de elección en la evaluación inicial de los pacientes con disfagia, pero que pasa cuando se hace un diagnóstico de enfermedad orgánica, estructural que puede perfectamente explicar los síntomas y es tratado adecuadamente y el paciente persiste con los síntomas.

Debemos pensar que puede haber otra enfermedad, en este caso funcional que sea sincrónica, es decir que este en forma simultánea con la enfermedad orgánica, entonces debe ser estudiada para hacer un nuevo diagnóstico definitivo.

Traemos serie de dos casos en donde la disfagia esofágica es causada por enfermedad orgánica y funcional.

**Caso clínico 1**

Paciente masculino de 84 años de edad, que presenta desde hace 10 años disfagia esofágica intermitente a sólidos y ocasionalmente a líquidos, e impactaciones alimentarias ocasionales que ceden espontáneamente. Hace 4 años se le realizó esofagograma (Fig.1) en donde se evidencian esófago de calibre normal, con disminución de calibre excéntrica, de bordes regulares, de 5 mm de longitud, en tercio inferior, además hernia hiatal por deslizamiento y reflujo gastroesofágico presente.

Se realiza endoscopia digestiva superior (Fig.2) que evidencia anillo mucoso, en tercio inferior a nivel de la línea Z, situado a 35 cm de la arcada dentaria, que permite el paso del instrumento con dificultad. En estomago se describe lesión subepitelial de 10 mm, situada en cuerpo alto hacia curva menor y cara anterior. Es referido para Ultrasonido endoscópico y para manometría esofágica. Se realiza el ultrasonido endoscópico, evidenciándose anillo mucoso a 35 cm de la arcada dentaria que permite el paso del instrumento con dificultad, permitiendo evaluar satisfactoriamente el estómago, y se hace el diagnóstico de quiste de duplicación gástrico (Fig.3). Y se procede a dilatar el anillo con dilatador de Savary-Gilliard de 15 mm.

El paciente acude este año por persistir la disfagia y se le realiza nueva dilatación del anillo con Dilatador de Savary-Gilliard de 15 mm (Fig.4). En vista de no mejoría acude a realizarse la manometría esofágica de alta resolución con catéter de estado sólido (Fig.5) que evidencia esfínter esofágico inferior hipertensivo, con obstrucción al flujo de salida de la unión esófago-gástrica. Por lo cual se indica Diltiazem ® 60 mg OD por 1 mes y luego se planifica para tratamiento endoscópico con toxina botulínica 100 Unidades, distribuidas en 20 Unidades en 5 cuadrantes aplicada a 1 cm proximal de la línea Z. El paciente refiere una mejoría clínica importante.

**Caso clínico 2**

Paciente femenino de 60 años de edad con síntomas desde hace tres años caracterizado por disfagia intermitente a sólidos, que se ceden con la ingesta de líquidos abundantes o induciendo el vómito. Dicha sintomatología se hace más frecuente y duradera, incluso con bolos viscosos y acuosos. Se realiza serie radiológica esófago-estomago-duodeno con contraste de bario, concluyendo hernia hiatal por deslizamiento y anillo esofágico tipo B. (Fig.6)

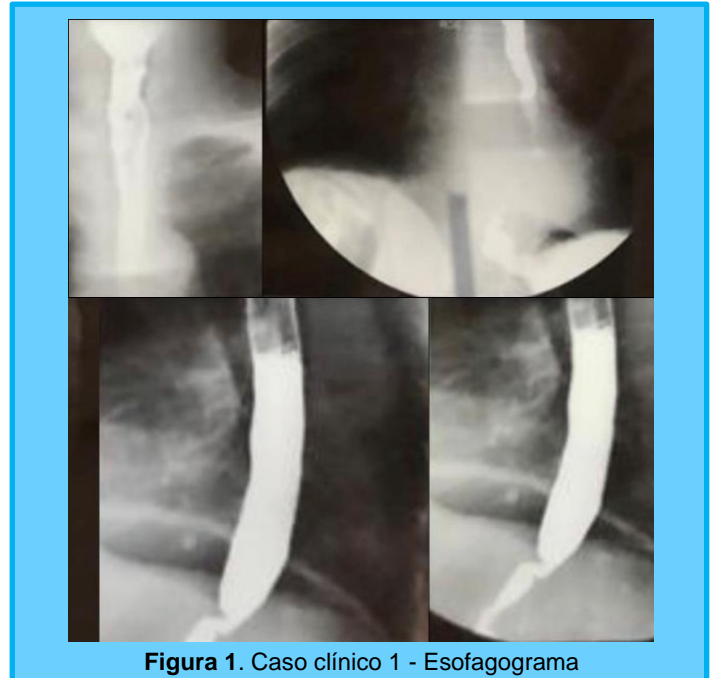


Figura 1. Caso clínico 1 - Esofagograma

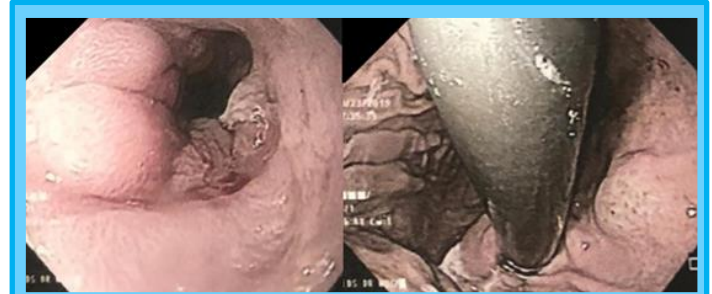


Figura 2. Caso clínico 1 - Videoendoscopia digestiva superior

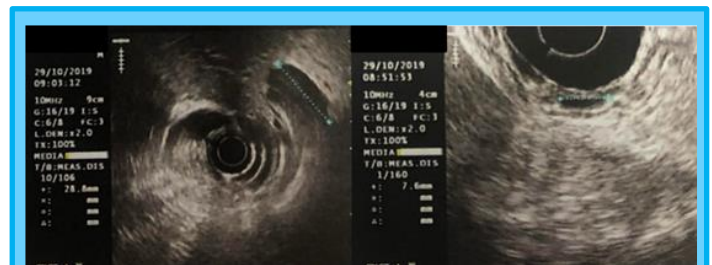


Figura 3. Caso clínico 1 - Ultrasonido Endoscópico

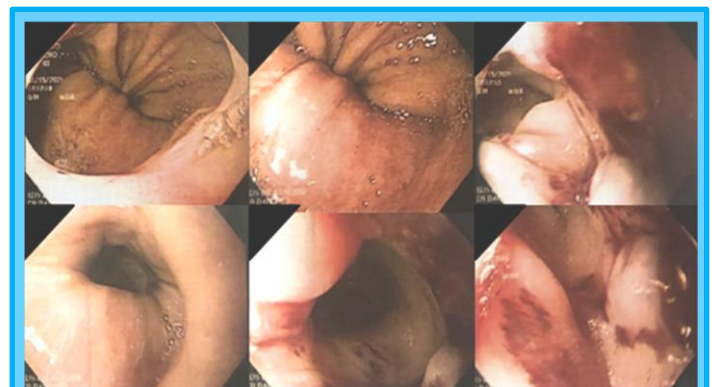


Figura 4. Caso clínico 1 - Videoendoscopia digestiva superior- Dilatación endoscópica

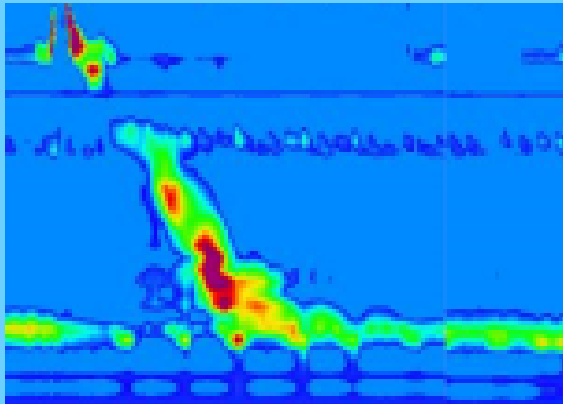


Figura 5. Caso clínico 1 - Manometría esofágica



Figura 6. Caso clínico 2. Radiología serie EED con contraste.

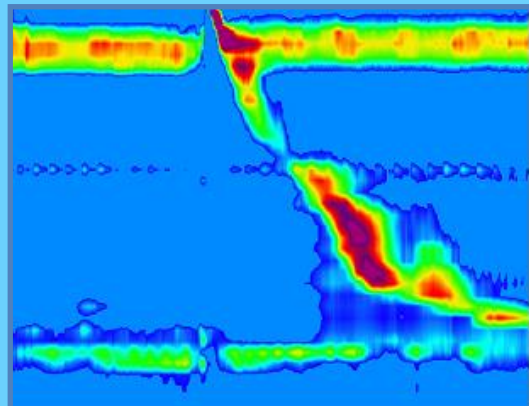


Figura 7. Caso clínico 2. Manometría esofágica. Obstrucción al flujo de salida de la unión esofago-gástrica.

En vista de que hay clínica de disfagia y anillo B se diagnostica Anillo de Schatzki y se procede a realizar endoscopia digestiva superior diagnóstica y terapéutica, evidenciándose anillo mucoso a nivel de la línea Z, saco herniario de 2 cm, hiato amplio. Se procede a hacer exéresis del anillo con pinza de biopsia en cuatro cuadrantes. En su evolución la paciente mejora sintomatología durante semanas, pero luego refiere disfagia a sólidos y líquidos. Por lo cual se indica manometría esofágica (Fig.7). Evidenciándose obstrucción al flujo de salida de la unión esófago-gástrica posiblemente secundario a la hernia hiatal ya que se observó presurización compartimentalizada en el complejo unión esófago-gástrico. Se realiza aplicación de toxina botulínica con mejoría evidente. Mejorando la disfagia a líquidos y muy ocasional de acuerdo al tamaño del bolo a sólidos.

## Discusión

Las enfermedades esofágicas tienen una forma finita de manifestarse clínicamente, siendo la disfagia uno de los síntomas que resultan del tránsito anormal anterógrado del bolo. Las causas de la disfagia son muy variadas clasificándose de varias maneras, por ejemplo habrá causas primarias de esófago, y enfermedades sistémicas que afecten el esófago, otro ejemplo son las causas de disfagia orofaríngea (que afectan la fase oral y/o faríngea de la deglución) y la disfagia esofágica (que afecta la fase esofágica de la deglución), todas ellas con causas orgánicas y causas funcionales (sensitivo y/o motoras)<sup>(4)</sup>.

En nuestra serie de casos la disfagia fue el síntoma principal, y la causa fue multifactorial, tanto enfermedad orgánica como funcional de manera sincrónica, y ambas susceptible de tratamiento.

La anamnesis es indispensable para hacer el diagnóstico presuntivo y establecer un plan para aseverar el diagnóstico y tratar adecuadamente al paciente.

En vista de que la disfagia esofágica era persistente en el tiempo era obligatorio estudiarla con un método de imágenes y con endoscopia. Lo interesante es que los pacientes no habían perdido peso y que los síntomas eran intermitentes a sólidos. El diagnóstico presuntivo es que haya un anillo o membrana esofágica que disminuya la luz del órgano pero que no progrese. El anillo más frecuente que explica estos síntomas es el anillo de Schatzki o anillo B, situado en el borde inferior del esfínter esofágico inferior y que coincide con la línea Z, y ese fue nuestro hallazgo<sup>(5)</sup>.

Fue tratado distinto en los casos clínicos, el primero con dilatación axial y radial con dilatadores de poliuretano denominados dilatadores de Savary-Gilliard de 15 mm y el segundo con exéresis de la mucosa del anillo en cuadrantes. La literatura comenta que puede ser tratado con dilataciones de mercurio 60 Fr (French), con dilatación neumática, con cortes de aguja en cuatro cuadrantes, o con exéresis del anillo con pinza de biopsia. Es interesante hacer notar que los pacientes tuvieron mejoría parcial, pero la disfagia persistió y además



tuvieron disfagia a líquidos, lo que plantea si lo tenemos en mente, algún trastorno motor asociado que amerite ser estudiado con pruebas de funcionalismo esofágico<sup>(6,7)</sup>.

En el primer caso la endoscopia digestiva superior evidencio en cuerpo gástrico alto una lesión cubierta de mucosa gástrica normal, lo que se denomina subepitelial, y es evidente que es un hallazgo incidental, pero que estudiándose con ultrasonido endoscópico evidencio que se trataba de un quiste de duplicación gástrico. Es interesante que es poco frecuente y pudiese tener evolución hacia malignidad, por lo cual se sugiere resección quirúrgica<sup>(8)</sup>.

En pacientes mayores con disfagia, la motilidad esofágica inefectiva, es decir contracciones esofágicas débiles e incluso interrumpidas (no transmitidas a lo largo del cuerpo esofágico) es un hallazgo frecuente y puede ser denominado a priori "presbiefago", pero por otro lado pudiera haber patologías que interrumpen el aclaramiento esofágico, como lo es alteraciones del flujo de la unión esófago-gástrica, en donde tenemos acalasia, y obstrucción al flujo de salida de la unión esófago-gástrica. En nuestro caso el diagnóstico fue obstrucción al flujo de salida esófago-gástrica en pacientes con motilidad esofágica normal, pero con hernia hiatal. Lo que también ocasionaba presurización compartimentalizada en la unión esófago-gástrica, sugiriendo un retardo en el aclaramiento de esa área<sup>(9,10)</sup>.

Entonces se disminuyó la presión esfinteriana con tratamiento médico (Bloqueantes de calcio como el diltiazem) y posteriormente con aplicación de toxina botulínica evidenciándose mejoría clínica total<sup>(11)</sup>.

El algoritmo de diagnóstico en el paciente con disfagia debe iniciar con un historial médico completo y meticuroso. Se debe considerar la cronología de la disfagia, la presencia de comorbilidades y la respuesta (o falta de ella) a las terapéuticas instauradas. El esofagograma con bario y la endoscopia digestiva superior son esenciales para obtener un diagnóstico preciso. Incluso si se identifica una membrana o anillo, se deben considerar estudios adicionales como la manometría esofágica si se sospecha un proceso concurrente en el paciente que persiste sintomático post tratamiento<sup>(10)</sup>.

## Clasificación del trabajo

AREA: Gastroenterología

TIPO: Clínico

TEMA: Esófago

PATROCINIO: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o comercial.

## Referencias

1. Rodríguez PL, Rodríguez L. Principios técnicos para realizar la anamnesis en el paciente adulto. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1999;15(4):409-414

2. Abdel Jalil AA, Katzka DA, Castell DO. Approach to the patient with dysphagia. *Am J Med.* 2015 Oct;128(10):1138.e17-23.
3. Douglas C. Wolf, H Kenneth Walker, W Dallas Hall 1, J Willis Hurst. *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations.* 3rd edition. Boston: Butterworths; 1990. Chapter 82.
4. Benson M. Overview and evaluation of esophageal symptoms. En Parkman HP, McCallum RW, Rao SSC.eds *GI Motility Testing. A Laboratory and Office Handbook* (pp3-14) 2011 Slack Incorporate.
5. Jalil S, Castell. Anillo de Schatzki: una causa benigna de disfagia en adultos. *J Clin Gastroenterol.* 2002; 35 (4): 295-8.
6. González A, Sullivan MF, Bonder A, Allison HV, Bonis PA, Guelrud M. Obliteración de anillos de Schatzki sintomáticos con pinzas de biopsia jumbo. *Dis Esophagus.* 2014; 27 (7): 607-10.
7. Smith MS. Diagnosis and management of esophageal rings and webs. *Gastroenterol Hepatol.* 2010;6(11):701-704.
8. Liu R, Adler DG. Quistes de duplicación: diagnóstico, manejo y función de la ecografía endoscópica. *Ultrasonido endosc.* 2014; 3 (3): 152-60.
9. Yadlapati R, Kahrilas P, Fox M, et al. Esophageal motility disorders on high-resolution manometry: Chicago Classification version 4.0. *Neurogastroenterol Motil* 2021: Jan;33(1):1-21.
10. DeVault KR. Presbiefago: una reevaluación. *Curr Gastroenterol Rep* 2002; 4 (3): 193-9.
11. Scherer JR, Kwiatek MA, Soper NJ, Pandolfino JE, Kahrilas PJ. Functional esophagogastric junction obstruction with intact peristalsis: a heterogeneous syndrome sometimes akin to achalasia. *J Gastrointest Surg.* 2009; 13(12):2219-2225.