

LA IMAGEN DE LA SEMANA

Edad: 85 años

Sexo: Femenino

Motivo de ingreso: Neumonía.

Antecedentes personales: Hipertensión Arterial, Aneurisma de aorta abdominal, en estudio por disfagia (sobretudo a sólidos) de 6 meses de evolución con descenso de 20kg de peso.

Antecedentes de enfermedad actual: Paciente que ingresa por disnea progresiva de 24hs con dificultad respiratoria, dolor torácico tipo puntada de constado y dificultad respiratoria moderada, secundario a episodio de broncoaspiración.

Se toman cultivos y se inicia antibioticoterapia empírica interpretando el cuadro como neumonía aspirativa. Se coloca SNG K108 para alimentación.

Se solicita seriada esofágica y pneumoTC con contraste ev para completar valoración.

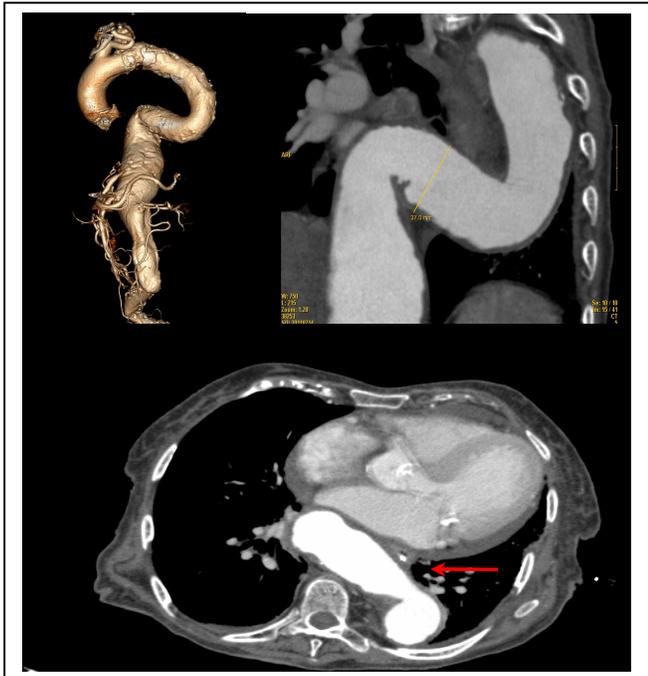
RADIOGRAFIA DEL TORAX FRENTE



SERIADA ESOFÁGICA

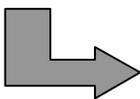


- Esófago dilatado y de trayecto tortuoso, en su tercio inferior, cercano a la unión gastroesofágica se observa angulación del recorrido del mismo y un área de estenosis con mínimo pasaje de material de contraste luego de 45 minutos de la ingesta.
- Escaso pasaje de contraste a estómago.



NeumoTC con contraste ev:

- Dilatación aneurismática de la aorta toracoabdominal que se extiende desde el cayado aórtico hasta la aorta abdominal 60 mm previa a la bifurcación aortoiliaca.
- Tronco común entre el tronco arterial braquiocefálico y la carótida primitiva izquierda como variante.
- La aorta torácica descendente se presenta sinuosa adquiriendo su sector distal un trayecto horizontal en su tercio proximal mide 37 mm, tercio medio 42 mm y distal 37 mm. **Provoca compresión del tercio distal del esófago.**
- La arteria subclavia izquierda se encuentra aneurismática en su sector proximal. Presenta trombosis mural concéntrica y luz irregular.
- La aorta a nivel de la transición toracoabdominal alcanza los 49 mm de diámetro. La aorta abdominal en su sector proximal a la altura de la emergencia del tronco celíaco, mide 66 mm con ligera trombosis mural concéntrica, a la altura de la emergencia de la arteria renal izquierda mide 64.6 mm máximo e infrarenal alcanza un máximo de 74 mm con importante trombosis mural concéntrica.



Se interpreta el cuadro como disfagia aórtica secundaria a compresión extrínseca del esófago por aneurisma de la aorta.

La paciente evoluciona favorablemente.

Es dada de alta con alimentación enteral y control por consultorios externos de Gastroenterología y CCV.

VIÑETA CLINICA: Disfagia aórtica

La disfagia en los gerontes puede ser dividida en dos categorías:

- 1) Anormalidades que afectan los mecanismos neuromusculares que controlan el movimiento de la lengua, faringe y esfínter esofágico superior (disfagia orofaríngea)
- 2) Desordenes que afectan el esófago propiamente dicho (disfagia esofágica).

Dentro de la primera categoría las causas más comunes incluyen el ACV, la enfermedad de Parkinson, la disfunción del esfínter esofágico superior y el divertículo de Zenker. El ACV es la condición que más comúnmente produce disfagia orofaríngea en el geronte. La aspiración puede incrementar la morbilidad y prolongar la hospitalización, siendo un problema en 20% a 50% de estos pacientes dependiendo del tamaño y la localización del accidente vascular. El divertículo de Zenker es encontrado casi exclusivamente en los gerontes. Cuando el divertículo se hace suficientemente grande para retener alimentos, los pacientes pueden experimentar los síntomas clásicos tales como tos, molestias en el cuello, regurgitación postprandial, halitosis y aspiración. La terapéutica consiste en la diverticulectomía y miotomía para tratar el desorden motor subyacente.

Dentro de la segunda categoría debemos considerar los desordenes de la motilidad que incluyen la acalasia, el espasmo esofágico difuso y la esclerodermia por un lado y por otro las causas mecánicas que producen obstrucción tales como el carcinoma esofágico, la estenosis péptica, el anillo de Schatzki y la injuria inducida por medicamentos.

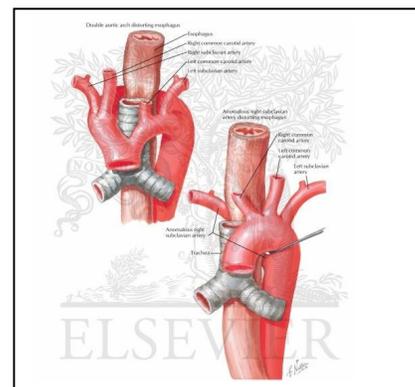
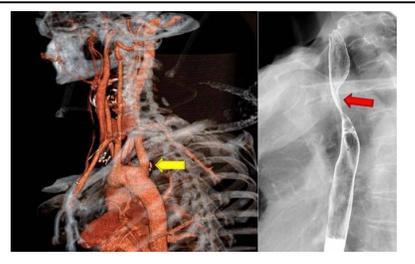
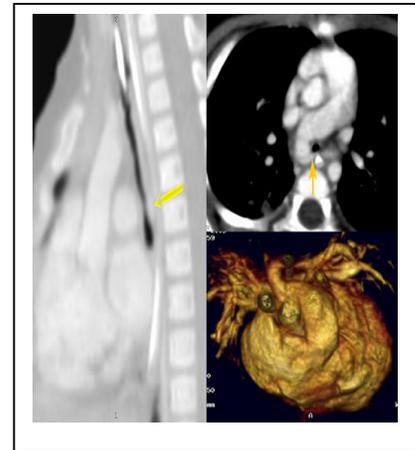
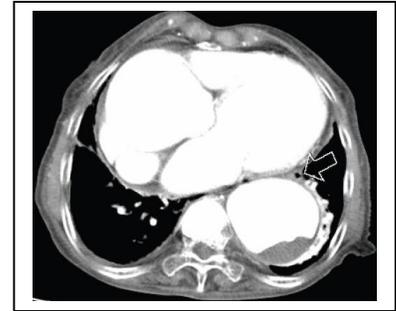
En la evaluación general de un geronte con disfagia se debe comenzar con una revisión de todas las medicaciones usadas por el paciente y tratando de diferenciar si la disfagia es orofaríngea o esofágica. En pacientes con disfagia orofaríngea se deben descartar fundamentalmente neoplasias de cabeza y cuello o divertículo de Zenker.

Un aspecto relevante de la evaluación de la disfagia esofágica es investigar si la disfagia es para líquidos o para sólidos, progresiva o intermitente, o si esta asociada a síntomas de reflujo gastroesofágico. Se debe descartar cáncer de esófago para lo cual la endoscopia complementa muy bien a la radiología y en los casos donde se sospecha un desorden motor del esófago la manometría esta indicada.

La **disfagia aórtica** secundaria a la compresión extrínseca del esófago por un aneurisma de la aorta descendente es una patología muy poco frecuente. La presentación clínica de un aneurisma de la aorta torácica puede simular una enfermedad esofágica primaria. La disfagia debido a un aneurisma torácico habitualmente tiene una aparición insidiosa y, dada su infrecuencia, rara vez se considera entre los diagnósticos diferenciales de disfagia. Por otro lado, la evaluación de rutina de un estrechamiento u obstrucción esofágica incluye la VEDA, la cual puede ser peligrosa si el aneurisma se halla adherido al esófago o en proceso de fistulizarse.

Otra entidad es la llamada *disfagia lusoria* (lusoria de relativa al juego, Bayford la describió en 1789 y la atribuía a un "juego de la naturaleza"), es provocada por una malformación del cayado aórtico (cayado aórtico doble, completo o incompleto) en que una de sus ramas rodea y comprime el esófago y a veces la tráquea, más frecuentemente se trata de una arteria subclavia derecha anormal que, nacida de la aorta por debajo de la subclavia izquierda, cruza transversalmente el esófago de izquierda a derecha por detrás de él.

En resumen, la disfagia aórtica debido al crecimiento de un aneurisma aórtico es una entidad rara, pero su presentación clínica sutil y el riesgo potencial de ruptura o fistulización aortoesofágica hacen necesario su reconocimiento y tratamiento a tiempo.



BIBLIOGRAFIA

Borracci, R. Disfagia aórtica a partir de un aneurisma fusiforme asociado con disección aórtica tipo B. Revista Argentina de Cardiología vol 73 n° 5- Septiembre-Octubre 2005.

Jeong-Ho Kim. A Patient With Dysphagia due to an Aortic Aneurysm. Korean Circ J 2009;39:258-260.