

# CASO CLÍNICO III

## DIGESTIVO

Aprobado por el Dr. Martínez Egea  
Hospital Universitario de San Juan

➤ **Motivo de consulta:** Síncope

➤ **Antecedentes personales:**

- No RAM, No HTA, No DLP, No DM
- No hábitos tóxicos
- Disfagia a sólidos y líquidos a estudio desde 2015. Alta sospecha de acalasia
- IQx: Bypass en MII por sección de arteria poplítea (fractura abierta en accidente de tráfico) corregida mediante osteosíntesis y artrodesis interfalángica. Seguimiento por CVA HGUA hasta 2015 donde alta.

AF: Madre con neoplasia de colon a los 50 años de edad

➤ **Enfermedad actual:** Varón de 41 años en estudio por acalasia, que acude a urgencias por cuadro de pérdida de conciencia en la vía pública en ese mismo día. El paciente refiere que hace dos días que no tolera agua (dado que la vomita) y que apenas come debido a su enfermedad, y que hoy mientras caminaba se ha sentido mareado y se ha despertado en el coche de alguien que le traía al hospital. No refiere dolor torácico, ni TCE, no relajación de esfínteres, ni otra sintomatología. Ha perdido 4kg de peso en un mes

## ➤ **Exploración física:**

- Normotenso, afebril. Consciente y orientado, sin focalidad neurológica. BEG. Eupneico. NN, NH, NC.
- Auscultación cardiaca y pulmonar anodina
- Abdomen blando y depresible. No doloroso. Sin signos de irritación peritoneal ni evidencia de visceromegalias ni masas. Peristaltismo conservado.
- Extremidades inferiores sin edemas, pulsos simétricos y presentes. No signos de TVP.

## ➤ **Pruebas complementarias**

- **Analítica:** Hemograma normal, excepto ligera eosinofilia. Coagulación normal. Bioquímica normal.
- **Radiografía:** cardiomegalia (ICT > 0.5). No infiltrados y SCF libres.
- **ECG:** Ritmo sinusal a 73lpm. Eje normal. PR<0.2. QRS estrecho sin alteración de la repolarización.

- **Gastroscoopia:** Esófago dilatado en todo su trayecto con restos alimenticios parcialmente digeridos y mucosa esofágica tapizada de exudado algodonoso que corresponde con sobreinfección por candida. Fruncimiento de la luz esofágica a nivel del esfínter esofágico inferior trasponiéndose cardias con cierta dificultad. Estómago hasta segunda porción duodenal sin otros hallazgos.
- **Manometría:** Estudio manométrico compatible con acalasia esofágica, ya que aunque la presión media del EEI no está elevada (en acalasia en torno a 45 mmHg), las presiones máximas si alcanzan presiones de alrededor de 72 mmHg.
- **TEGD:** a continuación





T12



13 Dec 201

HH12

C4

- **TEGD:** esófago dilatado con afilamiento de la porción distal, que no distiende, hallazgos compatibles con acalasia. No se objetiva RGE durante la exploración. Estómago con buena motilidad y vaciamiento.

- **Diagnóstico primario:** Acalasia

- **Diagnóstico secundario:** Sobreinfección por candida

- **Tratamiento:** Dilatación neumática. En la misma gastroscopia se procede a insertar el balón de dilatación Rigiflex con control radiológico y se procede a la dilatación con 12-15 PSI durante unos 60 segundos.