Grupo joven SEPD

Contenido destacado del mes Abril 2020

Trastornos de motilidad-Pruebas funcionales digestivas

Dra. Claudia Barber y Dr. Luís Gerardo Alcalá

CASO CLÍNICO 1

- Varón de 33 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, ex fumador. Antecedente de FA paroxística diagnosticada hace 2 años, tratada con ablación de venas pulmonares. A las 48 horas del procedimiento inicia cuadro de vómitos posprandiales que aparece de 30 minutos a 1 hora tras la ingesta, acompañados de sensación de plenitud posprandial que mejora posterior al vómito. Previo al procedimiento se encontraba asintomático desde el punto de vista digestivo.
- Exploración física: Constantes estables, cardiopulmonar normal, abdomen blando, depresible, con leve molestia a la palpación profunda de epigastrio, timpánico y con bazuqueo gástrico.

    - Se realiza una radiografía de tórax y abdomen urgente.

Siguiente

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

- Radiografía de abdomen

Siguiente

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

1. Según los hallazgos de la radiografía de abdomen ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

Haga click en la respuesta que considere correcta

a) Se aprecia un fecaloma en recto.
b) Existe una dilatación de asas de intestino delgado, sugestivo de íleo.
c) Se aprecia un desplazamiento del colon transverso en sentido caudal.
d) Hay una gran ocupación de heces en colon derecho, sugestivo de SOID (síndrome de obstrucción intestinal distal).
e) Luminograma inespecífico, sin hallazgos relevantes.

¡Respuesta correcta!

c) Se aprecia un desplazamiento del colon transverso en sentido caudal.

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

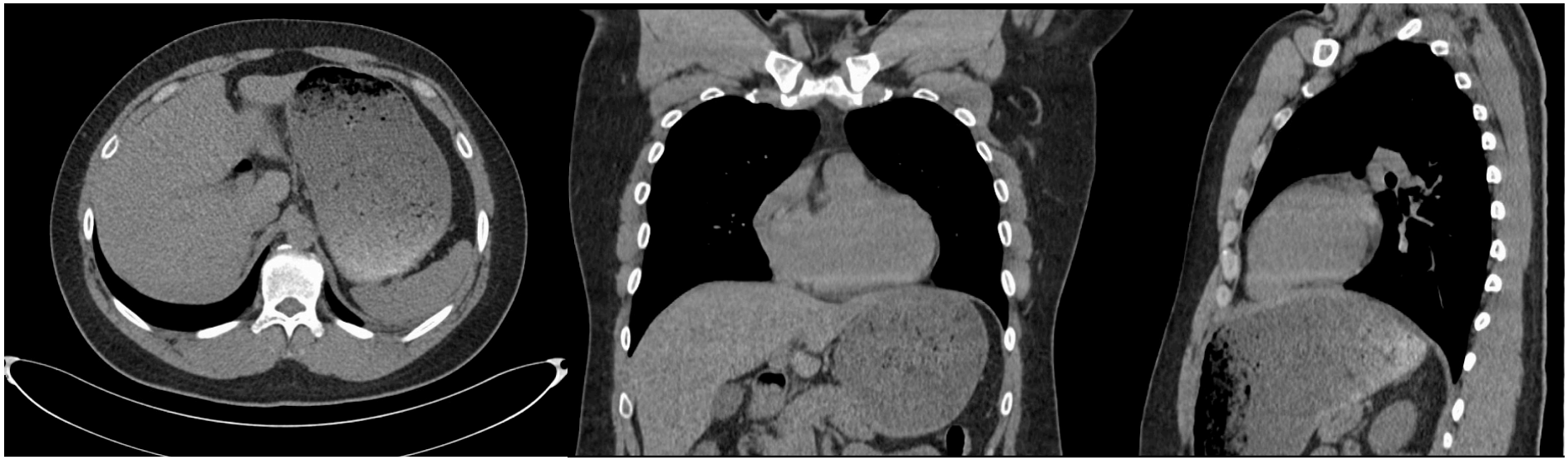
Siguiente

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

- Por el antecedente de ablación de venas pulmonares, se realiza un angioTAC urgente que descarta complicaciones de perforación cardiaca / vascular a nivel de mediastino.
- En los cortes caudales se puede apreciar una dilatación importante de la cavidad gástrica, sin clara causa obstructiva.



Siguiente

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

- Ingresa a planta de digestivo para completar estudio. Después de dos días de ayuno, se realiza una fibrogastrocopia donde se aprecia un descenso esofágico normal, cardias competente, fundus y cuerpo gástrico con restos líquidos y escasos restos sólidos, mucosa normal. Píloro normal, bulbo y segunda porción duodenal normales.

Siguiente

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

2. ¿Qué prueba diagnóstica sería de mayor utilidad para corroborar la sospecha diagnóstica?

Haga click en la respuesta que considere correcta

a) Fibrogastroscopia.
b) Tránsito esófagogastroruodenal.
c) Test de H2 espirado con lactulosa.
d) Gammagrafía de vaciamiento gástrico.
e) Manometría esofágica de alta resolución.

¡Respuesta correcta!

d) Gammagrafía de vaciamiento gástrico.

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

Siguiente

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

Comentario

La gastroparesia es una enfermedad neuromuscular gástrica con disfunción motora y sensitiva que origina síntomas abdominales crónicos.

Normalmente se presenta en forma de náusea, distensión abdominal, saciedad precoz, sensación de plenitud posprandial y en ocasiones dolor abdominal epigástrico.

Para el diagnóstico de gastroparesia, es necesario objetivar el retraso en el vaciamiento gástrico y excluir las causas mecánicas de obstrucción al vaciamiento gástrico. El vaciamiento gástrico por cintigrafía con ingesta de una dieta sólida se considera el gold standard para evidenciar una alteración del vaciamiento.

La mayoría de los pacientes con gastroparesia pueden clasificarse en 3 grupos:

- Gastroparesia idiopática
- Gastroparesia diabética
- Gastroparesia postquirúrgica

Siguiente

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

Comentario

La gastroparesia también puede asociarse a enfermedades reumatológicas como la amiloidosis o la esclerodermia, enfermedades neurológicas como la enfermedad de parkinson o la esclerosis múltiple, o como efecto adverso de algunos medicamentos, sobre todo opiáceos, antidepresivos, octreotide, agonistas GLP-1 y antagonistas de canales de calcio.

Dentro del grupo de gastroparesia idiopática, es importante mencionar al subgrupo de gastroparesia postinfecciosa. La presentación típica es un paciente sano desarrolla síntomas digestivos sugestivos de gastroparesia con el antecedente de un cuadro viral de vías respiratorias altas. Habitualmente los síntomas se resuelven al cabo de un año.

Recientemente se ha descrito la gastroparesia como una complicación rara posterior a la ablación por radiofrecuencia en pacientes con arritmias cardiacas. La fisiopatología se atribuye al daño al nervio vago debido a la energía eléctrica utilizada durante el procedimiento. El pronóstico es bueno con resolución espontánea al cabo de 1 año en todos los casos.

Siguiente

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

Comentario

Si quieres saber más…

- Camilleri M, Chedid V, Ford AC, et al. Gastroparesis. Nat Rev Dis Primers. 2018;4(1):41.

- Zipursky JS, Shadowitz S. Severe gastroparesis after catheter ablation for atrial fibrillation. CMAJ. 2017;189(9):E368.

- Aksu T, Güler TE, Bozyel S, Ebru gölcük Ş, Erden I. An underestimated complication of atrial fibrillation ablation: gastroparesis. Pacing Clin Electrophysiol. 2015;38(5):653-4.

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

Siguiente

CASO CLÍNICO 2

- Mujer de 22 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que consulta por eructos frecuentes de 6 meses de evolución, de inicio súbito y que interfieren con las actividades de la vida diaria. Se realizó una fibrogastroscopia que fue estrictamente normal.

  - Se solicita una pHmetría y una manometría esofágica con los siguientes hallazgos.

Siguiente

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

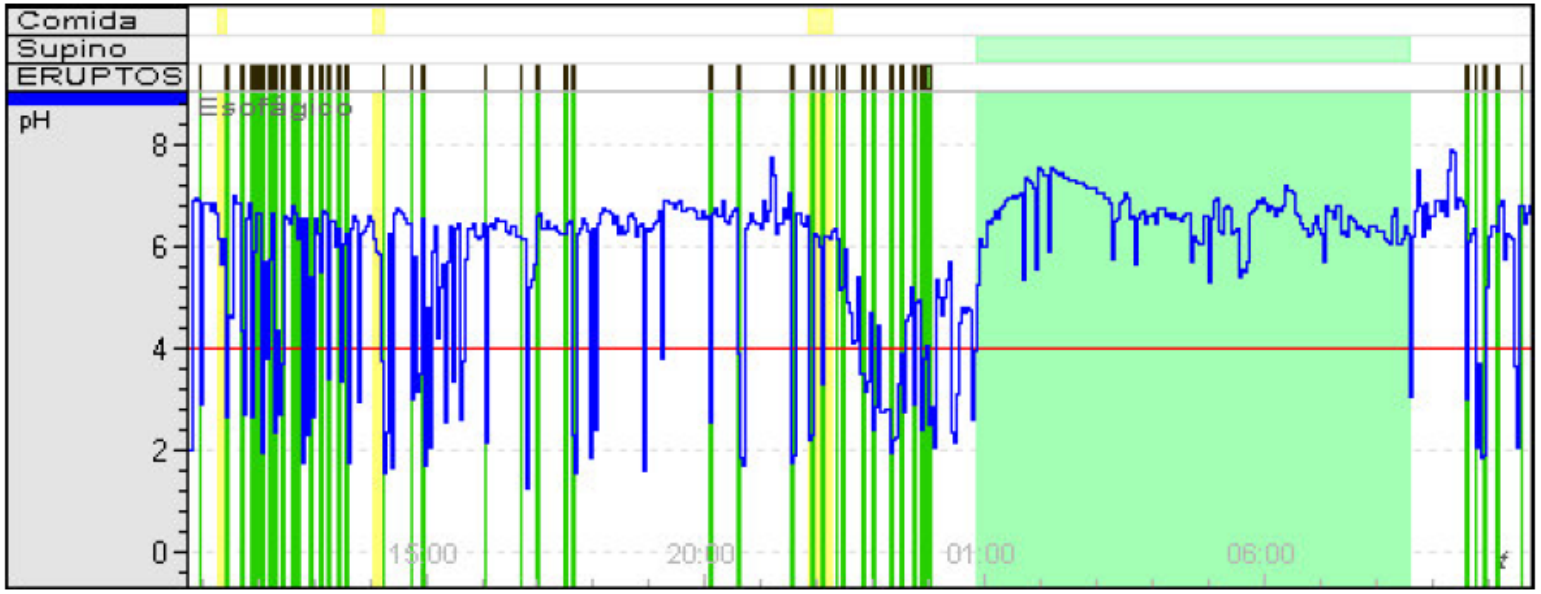


Tabla de Reflujo - Esofágico

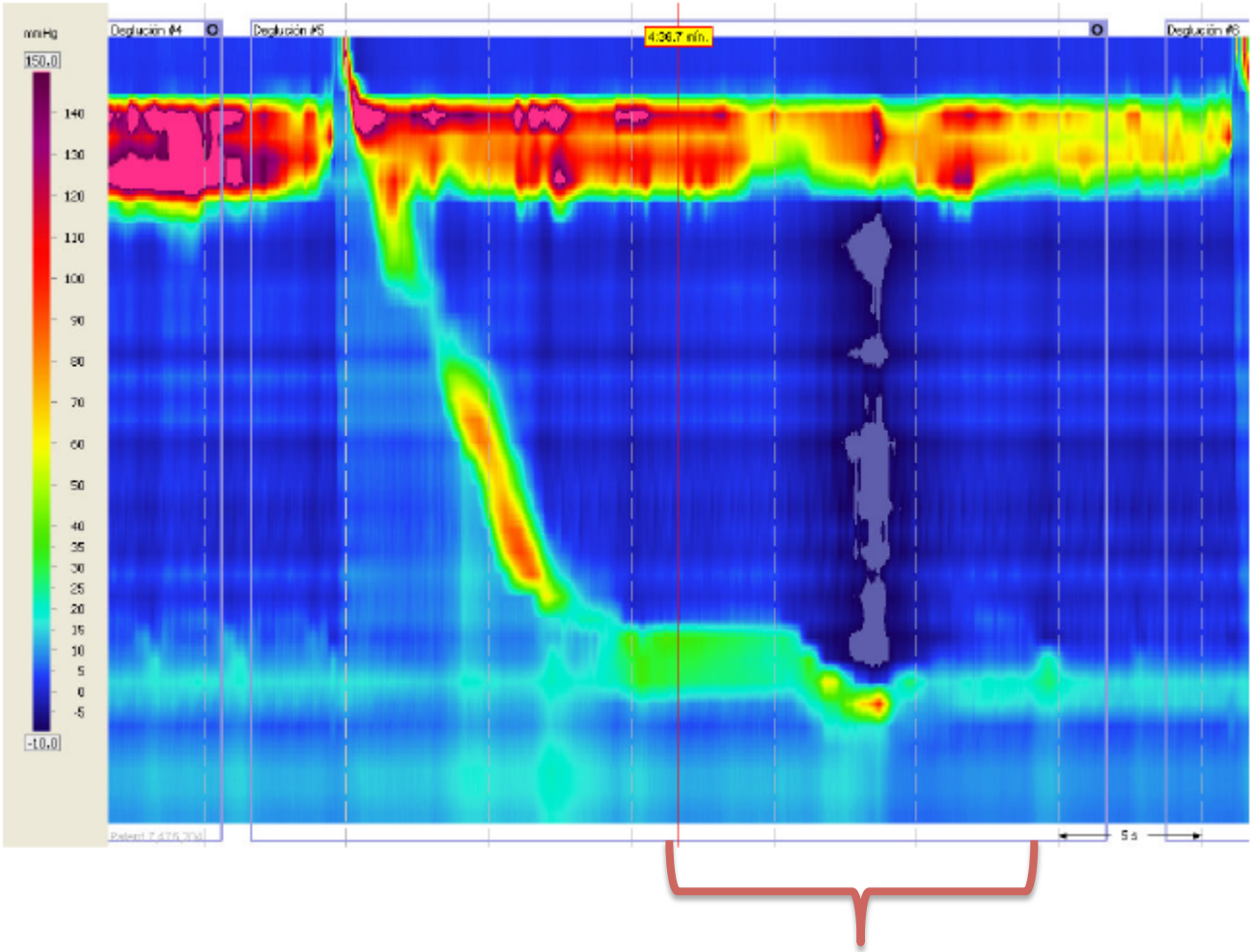
	Total	Supino	Comida	PostPr	ERUPTOS
Duración del Período (min)	1d	16:14	07:46	00:42	06:00	01:35
Número de Reflujos	99	98	1	5	62	35
Número de Reflujos Prolongados>5 (min)	1	1	0	0	1	0
Duración del Reflujo Más Largo (min)	10	10	0	1	10	3
Tiempo pH<4 (min)	49	49	0	1	34	13
Fracción de Tiempo en pH <4 (%)	3.4	5.0	0.0	3.2	9.4	13.3
Aclaramiento Esofágico (min/refl)	0.5	0.5	0.1	0.3	0.5	0.3

Puntuación DeMeester-Esofágico

Puntuación Total= 10.8 ,Normales DeMeester menores de 14.72 (percentil 95)

Siguiente

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA



Area de interés

Siguiente

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

1. ¿Qué alteraciones se observan en la manometría esofágica de alta resolución?

Haga click en la respuesta que considere correcta

a) Hipertonía del EES e hipomotilidad esofágica.
b) Manometría esofágica normal.
c) Aerofagia y contracción del EII con relajación del EES.
d) Hipertonía del EEI con motilidad esofágica normal.
e) Hipotonía del EES y del EEI.

¡Respuesta correcta!

c) Aerofagia y contracción del EII con relajación del EES.

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

Siguiente

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

2. Según los resultados de las pruebas complementarias, ¿Cuál sería el diagnostico más probable correcta?

Haga click en la respuesta que considere correcta

a) Enfermedad por reflujo gastroesfágico
b) Hernia de hiato sintomática
c) Eructos supragástricos
d) Espasmo esofágico difuso
e) Acalasia

¡Respuesta correcta!

c) Eructos supragástricos

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

Siguiente

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

Comentario

Los eructos pueden definirse como la expulsión oral de bolos de gas procedentes del tracto gastrointestinal superior. En la mayoría de los sujetos es un fenómeno fisiológico. Los eructos pueden originarse en la cavidad gástrica o ser secundarios a la succión de aire al esófago (supragástricos).

Los pacientes con eructos frecuentes y molestos normalmente presentan eructos supragástricos. Pueden ser desencadenados por síntomas digestivos como distensión/hinchazón abdominal, enfermedad por reflujo gastroesofágico o hipomotilidad esofágica. Característicamente no aparecen durante el sueño y disminuyen si el sujeto es distraído.

Siguiente

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

Comentario

El diagnóstico es inicialmente clínico, cuando el cuadro es compatible con eructos supragástricos se pueden evidenciar alteraciones en la manometría esofágica de alta resolución (contracción del EEI, relajación del EES y aerofagia). La prueba de referencia es la impedanciometría, donde se puede observar un aumento de la impedancia que comienza en los canales proximales y que va progresando a distal, luego presenta una vuelta de impedancia iniciado de distal y terminando en proximal.

El tratamiento consiste en explicarle al paciente la naturaleza de sus síntomas y el origen conductual, recalcando la ausencia de una patología orgánica. Se han utilizado diferentes técnicas con eficacia demostrada, entre ellas destaca la terapia cognitivo conductual, la terapia con biofeedback y la terapia del lenguaje. Actualmente el único medicamento probado es el baclofeno, sin embargo su uso se encuentra limitado por los efectos adversos.

Siguiente

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

Comentario

Si quieres saber más…

- Ooi JL, Vardar R, Sifrim D. Supragastric belching. Curr Opin Gastroenterol. 2016;32(4):302-9.

- Kessing BF, Bredenoord AJ, Smout AJ. The pathophysiology, diagnosis and treatment of excessive belching symptoms. Am J Gastroenterol. 2014;109(8):1196-203).

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

Siguiente

SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGIA DIGESTIVA

Grupo joven SEPD

Ha finalizado el caso clínico

Trastornos de motilidad-Pruebas funcionales digestivas

Dra. Claudia Barber y Dr. Luís Gerardo Alcalá