

## Una disfagia con chispa

Marco Martínez J<sup>1</sup>, García-Klepzig JL<sup>1</sup>, López Salcedo A<sup>2</sup>, Trondin A<sup>3</sup>, Méndez Bailón M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. España

<sup>2</sup>Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. España

<sup>3</sup>Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. España

Recibido: 26/09/2016

Aceptado: 21/11/2016

En línea: 30/12/2016

Citar como: Marco Martínez J, García-Klepzig JL, López Salcedo A, Trondin A, Méndez Bailón M. Una disfagia con chispa. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2016 (Dic); 1(1): 1-3.

Autor para correspondencia: Javier Marco Martínez. [javiermarco.z@gmail.com](mailto:javiermarco.z@gmail.com)

### Palabras clave

- ▷ Bolo esofágico
- ▷ Impactación
- ▷ Bebidas carbonatadas
- ▷ Disfagia
- ▷ Broncoaspiración
- ▷ Endoscopia

### Keywords

- ▷ Esophageal bolus
- ▷ Food bolus obstruction
- ▷ Carbonated beverages
- ▷ Dysphagia
- ▷ Bronchoaspiration
- ▷ Endoscopy

### Resumen

Mujer de 81 años, hipertensa, que ingresa en Neurocirugía por una hemorragia subaracnoidea grave. Desarrolla disfagia en relación con sus secuelas neurológicas y la presencia de una traqueostomía.

La endoscopia alta, realizada para la colocación de una sonda de gastrostomía para alimentación enteral, muestra la presencia de un bolo impactado extenso en el esófago que impide al paso del endoscopio al estómago. No se puede extraer por desaturación de la paciente.

La retirada de la traqueostomía logra recuperar la deglución. La paciente recibe 30 ml diarios de Coca-Cola™ por vía oral y, al cuarto día, una nueva endoscopia muestra normalidad de la mucosa esofágica y gástrica y desaparición del bolo impactado.

### Abstract

*An 81-year-old woman is admitted to Neurosurgery with a severe subarachnoid haemorrhage. She develops mixed dysphagia related to neurological sequelae and the presence of a tracheostomy.*

*An endoscopic study is performed for the placement of a gastrostomy feeding tube showing oesophageal food impaction of a dense material occupying at least half the length of the oesophagus. Poor lung performance made unfeasible the extraction of this material.*

*Removal of the tracheostomy recovered swallowing in our patient and we started her on oral Coca-Cola™ 330 ml daily. A new endoscopic study performed after 4 days showed a normal mucosa of the oesophagus and stomach and de disappearance of the impacted bolus. The patient was discharged eating a normal diet 6 days later.*

### Puntos destacados

- ▷ Proponemos una alternativa al tratamiento del bolo impactado en pacientes en los que la gastroscopia o incluso la cirugía pueden ser problemáticas. A veces, recursos terapéuticos olvidados por las técnicas nuevas (endoscopia) pueden sacarnos de algún apuro como ocurrió en este caso.

### Historia clínica

Paciente de 81 años ingresada en el Servicio de Neurocirugía por hemorragia subaracnoidea (Fisher IV).

Antecedentes personales: hipertensión arterial tratada con amlodipino 5 mg. Tomaba aspirina 100 mg diarios.

La tomografía computarizada (TC) craneal muestra aneurisma en la bifurcación de la arteria cerebral media derecha, con hemorragia subaracnoidea en cisternas basales e hidrocefalia. Se observa hemorragia subaracnoidea con sangrado en el interior de las cisternas y sangrado intraventricular (Fisher IV). Se realiza colocación de válvula ventrículo-peritoneal sin complicaciones.

### Introducción

Presentamos un caso de bolo impactado (BI) en el esófago de una paciente de edad avanzada con disfagia de origen multifactorial (neurológico, presencia de traqueostomía, edad avanzada, intubación prolongada y largo período en dieta absoluta).

Durante su ingreso en planta de neurocirugía es seguida por la unidad de interconsultas de Medicina Interna. Presentó las siguientes complicaciones médicas. Estancia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): aislamiento en aspirado broncoalveolar (BAS) de *Serratia marcescens* y *Pseudomonas aeruginosa* tratada con meropenem. Completa tratamiento antibiótico en la planta. Presenta hipertensión arterial de difícil control que precisa cinco fármacos. Mantiene traqueostomía por dificultad de manejo de secreciones y baja saturación de oxígeno. Sufre episodio de broncoaspiración tras ingesta. Una radiografía de tórax descarta infiltrado neumónico. Se realiza estudio de disfagia por la unidad de disfagia (Otorrinolaringología) que detecta desorden sensorial faríngeo, retención de secreciones en senos piriformes y aspiración de líquidos y espesantes de diferentes texturas. Se recomienda retirada de traqueostomía y se coloca sonda nasogástrica (SNG) de alimentación.

En los diez días siguientes no hay complicaciones y se decide colocación de sonda de gastrostomía hasta mejora paulatina de la disfagia. Se realiza una primera gastroscopia bajo sedación que muestra en el esófago un molde completo de lo que parecen ser restos alimentarios que ocupa todo el esófago, por lo que se suspende el procedimiento (Figura 1). Como tratamiento recibe proclonínicos e inhibidores de la bomba de protones a dosis altas por vía endovenosa.

A los 5 días, una segunda endoscopia muestra un esófago que contiene el mismo gran molde de material que parece ser bolo alimentario denso. Se retira la sonda y se observa una gran úlcera de decúbito. La mucosa esofágica está muy friable con sangrado al roce de la cesta. Sólo se consigue extraer una pequeña porción del molde y el procedimiento se interrumpe por desaturación de oxígeno. No se vuelve a recolocar SNG por las úlceras esofágicas.

La paciente queda en dieta absoluta y sueroterapia. Se contacta con radiología intervencionista y cirugía esofagagástrica para colocación de una sonda de gastrostomía, citada 5 días después por problemas de agenda. En el ínterin, la paciente comienza a deglutir saliva, posiblemente facilitado por la retirada de la traqueostomía.

Se decide, tras comprobar adecuada tolerancia oral a líquidos, iniciar tratamiento con Coca-Cola™ oral a dosis bajas. La paciente recibe 330 ml diarios (una lata) en sorbos de 20 ml de la bebida carbonatada en cuestión, man-

teniéndola sentada el mayor tiempo posible, sin complicaciones y con gran felicidad por su parte.

En el cuarto día se realiza una gastroscopia de control que muestra una mucosa y calibre esofágico normales. Cardias competente. Ha desaparecido el bolo impactado. Estómago con mucosa a nivel de *fundus* de aspecto petequeal que se biopsia. Cuerpo y antro sin lesiones.

La paciente fue dada de alta al cuarto día sin sintomatología digestiva y con una dieta de disfagia para completar en otro centro la rehabilitación motora de su patología neurológica (era capaz de caminar sin ayuda). Se completará el estudio de su disfagia de forma ambulatoria.

## Diagnóstico

- Hemorragia subaracnoidea Fisher IV.
- Hipertensión arterial de difícil control.
- Neumonía nosocomial (*Serratia marcescens* y *Pseudomonas aeruginosa*).
- Episodio de broncoaspiración.
- Disfagia mixta con desorden sensorial faríngeo.
- Esofagitis por decúbito de bolo esofágico impactado.
- Impactación de bolo esofágico resuelto con bebida carbonatada.

## Discusión y conclusiones

No hay muchos estudios epidemiológicos sobre la incidencia del BI. Un estudio islandés<sup>1</sup> reciente identifica 308 casos consecutivos entre 2008 y 2013 en un hospital de tercer nivel (65% varones, edad media 62 años) que equivale a 25 casos por 100.000 habitantes (la más alta reportada). La etiología por orden de frecuencia fue: estenosis esofágica (45%), hernia hiatal (22%) y esofagitis eosinofílica (16%). La extracción del cuerpo extraño fue posible en el 98% de los casos. Otro estudio más antiguo<sup>2</sup> cifra la incidencia en 13 casos por 100.000 habitantes, con una relación hombre mujer de 1,7:1 y un pico tras la séptima

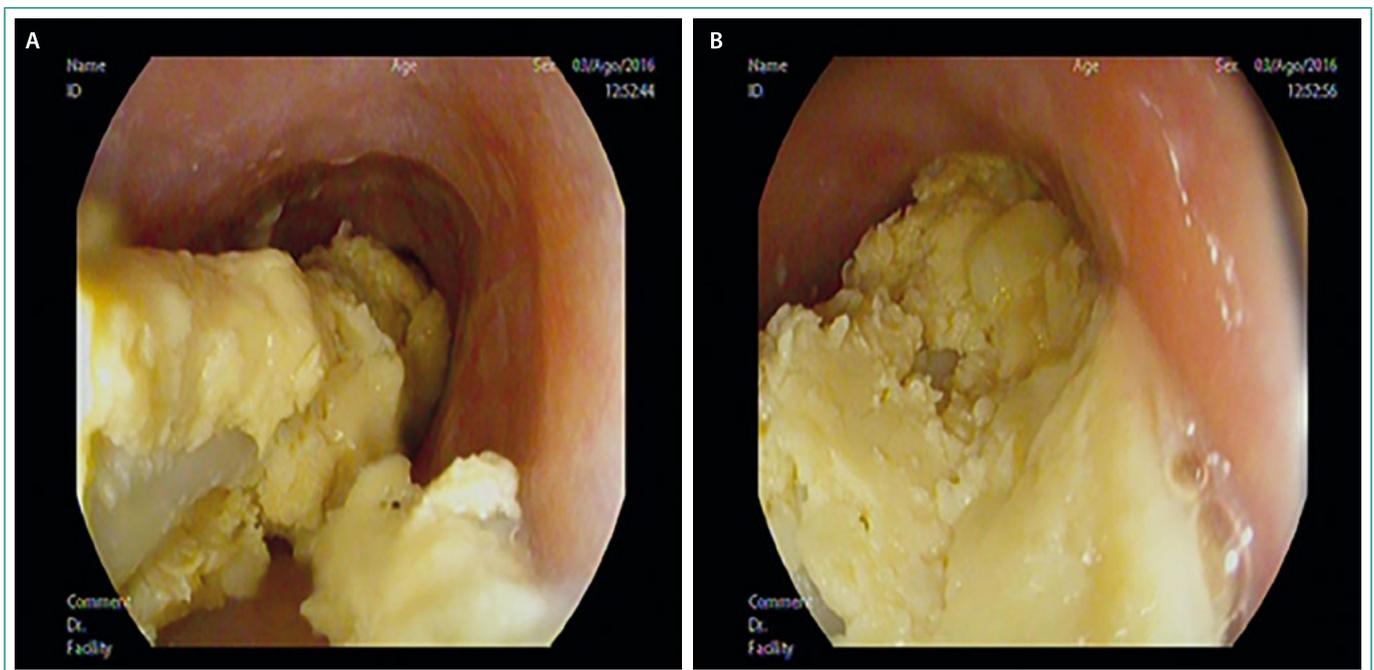


Figura 1. Gastroscopia que muestra el esófago con restos alimentarios

década de la vida. Se realiza endoscopia inicial en más del 99% de los casos con desimpactación en el 98%.

En nuestro caso, la endoscopia fue ineficaz, posiblemente por el largo periodo de tiempo transcurrido entre la acumulación o impactación del bolo y la realización de la endoscopia. Es posible que, debido a la disfagia multifactorial y alteración sensorial, la paciente no fuese consciente de la aspiración o aspiraciones sucesivas del alimento. No es fácil saber por qué este contenido se fue almacenando en el tercio inferior del esófago, ya que no se identificó patología esofágica subyacente.

La retirada de la traqueostomía en nuestra paciente fue un factor clave en la mejoría de la disfagia. Se ha descrito que la administración de bebidas carbonatadas mejora la deglución, especialmente en sujetos de edad avanzada<sup>3</sup>. Por otro lado, está reseñado cómo este tipo de bebidas actúa sobre el esfínter esofágico inferior, disminuyendo el reflujo y facilitando su relajación<sup>4</sup>. Es posible que más de un factor influyese en la mejoría de la disfagia de la paciente en el momento de administrar el tratamiento a base de Coca-Cola™.

Sobre la capacidad de la Coca-Cola™ para resolver los bolos impactados en el esófago, hay bastantes citas en la literatura. El empleo de bebidas carbonatadas con éxito para el tratamiento de BI data de observaciones médicas y series clínicas. Sin embargo, la mayoría de ellas son considerablemente antiguas<sup>5,6</sup>. Por último, y a favor de la Coca-Cola™ en particular y de las bebidas carbonatadas en general, existe una revisión de la literatura que evidencia que estas bebidas son efectivas en el manejo del BI<sup>7</sup>.

No obstante, es como si esta información se hubiese perdido en el tiempo, pues la literatura más actual se refiere únicamente a la endoscopia como método que resuelve prácticamente en su totalidad los BI de forma aguda<sup>1,2</sup>.

Nos encontramos ante un caso de impactación no aguda, sin sintomatología asociada y en el que la resolución podía requerir cirugía para un paciente anciano con considerables comorbilidades. Nosotros habíamos utilizado Coca-Cola™ de forma habitual para desobstruir SNG de alimentación enteral con resultados exitosos en la mayoría de los casos y, por eso, decidimos su empleo antes de otros procedimientos. Sin embargo, existe alguna revisión más o me-

nos reciente que recomienda simplemente esperar por delante de cualquier otra intervención médica<sup>8</sup>.

En conclusión, en la actualidad, el manejo del BI de forma aguda es claramente endoscópico, con muy pocas medidas médicas que hayan mostrado alguna efectividad. Sin embargo, las bebidas carbonatadas son eficaces en la resolución de los BI esofágicos. A pesar de ser un método cuya aplicación parece haber quedado en desuso, puede resolver con extremada efectividad y a corto plazo situaciones especiales en pacientes de considerable complejidad y comorbilidad.

## Bibliografía

1. Gretarsdottir HM, Jonasson JG, Björnsson ES. Etiology and management of esophageal food impaction: a population based study. *Scand J Gastroenterol*. 2015 May; 50(5): 513-8. doi: 10.3109/00365521.2014.983159. Epub 2015 Feb 22.
2. Longstreth GF, Longstreth KJ, Yao JF. Esophageal food impaction: epidemiology and therapy. A retrospective, observational study. *Gastrointest Endosc*. 2001 Feb; 53(2): 193-8.
3. Morishita M, Mori S, Yamagami S, Mizutani M. Effect of carbonated beverages on pharyngeal swallowing in young individuals and elderly inpatients. *Dysphagia*. 2014 Apr; 29(2): 213-22. doi: 10.1007/s00455-013-9493-6. Epub 2013 Oct 30.
4. Hamoui N, Lord RV, Hagen JA, Theisen J, Demeester TR, Crookes PF. Response of the lower esophageal sphincter to gastric distention by carbonated beverages. *J Gastrointest Surg*. 2006 Jun; 10(6): 870-7.
5. Mohammed SH, Hegedüs V. Dislodgement of impacted oesophageal foreign bodies with carbonated beverages. *Clin Radiol*. 1986 Nov; 37(6): 589-92.
6. Karanjia ND, Rees M. The use of Coca-Cola in the management of bolus obstruction in benign oesophageal stricture. *Ann R Coll Surg Engl*. 1993 Mar; 75(2): 94-5.
7. Lee J, Anderson R. Best evidence topic report. Effervescent agents for oesophageal food bolus impaction. *Emerg Med J*. 2005 Feb; 22(2): 123-4.
8. Leopard D, Fishpool S, Winter S. The management of oesophageal soft food bolus obstruction: a systematic review. *Ann R Coll Surg Engl*. 2011 Sep; 93(6): 441-4. doi: 10.1308/003588411X588090.