

## Reporte de caso de ERGE refractario como diagnóstico en patología inusual de esófago

Carlos Alfredo Gutiérrez-Banda<sup>1</sup>, Viridiana Oregel-Aguilar<sup>1</sup>, Ángel Mario Zárate-Guzmán<sup>1</sup>, Julio César Zavala-Castillo<sup>1</sup>, Edwin Ornelas-Escobedo<sup>1</sup>, Alejandro Villar-Tapia<sup>1</sup>, Luis Federico Torreblanca-Sierra<sup>1</sup>, José Fernando Escoto-González<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Endoscopia Gastrointestinal; <sup>2</sup>Cirugía General, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Ciudad de México, México

### Introducción

La enfermedad por reflujo (ERGE) se actualmente se ha definido como el movimiento sin esfuerzo del contenido del estómago hacia el esófago o a la boca.

Se trata empíricamente en la práctica clínica. Las indicaciones para realizar pruebas diagnósticas incluyen el fracaso al tratamiento.<sup>1,2</sup>

La ERGE refractaria se estima de 5 al 10% de la población Europea, la cual se puede corregir solucionando el problema como falta de apego al tratamiento, hay que tomar en consideración que pueden participar otros factores como la hipersensibilidad esofágica y trastornos primarios del esófago.<sup>5</sup>

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es un diagnóstico común para todos los grupos de edad y ambos sexos, con tasas de prevalencia estimada del 8 al 33% en todo el mundo y es la causa más frecuente de regurgitación y acidez estomacal. Pueden existir otras síntomas extraesofágicas como ardor en región retroesternal y tórax, con irradiación a cuello y garganta produciendo tos y dolor faríngeo, los cuales mejoran con tratamiento.

Estas manifestaciones clínicas pueden conllevar a realizar diagnósticos erróneos así como consultas a otros servicios de forma innecesaria. La ERGE es una de las causas gastrointestinales más comunes en todo

el mundo; hasta el 40% de la población de EE. UU. informa síntomas esofágicos de forma intermitente y entre el 10 y el 20% tiene síntomas al menos semanalmente.<sup>3,4</sup>

### Objetivo

Reportar caso de ERGE refractario, la presentación de actinomicosis así como su presentación endoscópica.

### Material y métodos

Reporte de caso del servicio de Endoscopia del HGM.

### Caso clínico

Se trata de paciente femenino de 70 años de edad. Antecedente de importancia tabaquismo ocasional en la juventud durante 20 años a base de 2 cigarrillos diariamente. Refiere desde hace 16 meses presentar tos crónica la cual se ha ido incrementando paulatinamente, actualmente sin predominio de horario, sin llegar a ser productiva ni produce cianosis, refiere pirosis de forma permanente y regurgitación de forma ocasional,

Fecha de recepción: 02-08-2019

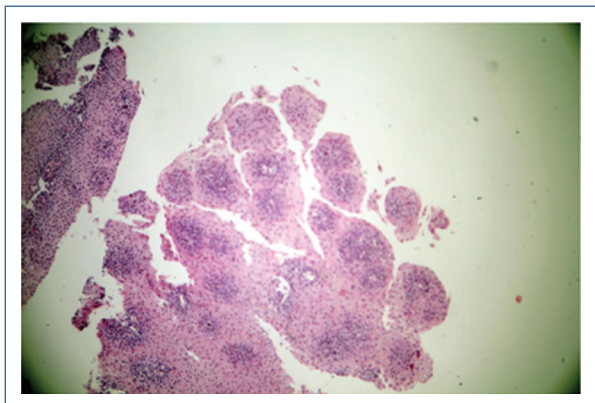
Fecha de aceptación: 16-08-2019

DOI: 10.24875/END.M19000068

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):128-130

www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.



**Figura 1.** Mucosa de esofago con presencia de granulos de sulfuro e hifas.



**Figura 2.** Esofago.



**Figura 3.** Estomago.

pérdida de peso de 2 kg en 6 meses. Motivo por el cual medico facultativo la envía a consulta de neumología en donde a la primer consulta le refieren que su sintomatología era secundaria a ERGE por lo cual le iniciaron tratamiento con IBP a doble dosis. Sin

mejoría. A la exploración física paciente ansiosa por la presencia de tos, campos pulmonares sin compromiso aparente, abdominal sin compromiso. Laboratorio BH Hb de 15.8, Hto. 45.4, leucos de 7.800, Plaquetas 235 mil, Glucosa 106, Urea 15, Cr. 0.5, ES normales.

Se realizó estudio endoscópico con los siguientes hallazgos:

**Laringe** con edema de glotis, con elevación pequeña blanquecina de 2 mm, las cuerdas vocales poco valorables por edema.

**Esófago:** Con cambios de dirección y ondas de contracción terciarias, con presencia de elevaciones séssiles de aspecto verrucoso de diferentes tamaños, se toman biopsias. La línea Z a los 38 cm de los incisivos, a nivel de hiato con cromo endoscopia presencia de disrupciones menores de 2 mm.

**Estómago:** De forma, movilidad y distensibilidad adecuada, lago mucoso hialino. mucosa de fondo y antro sin alteraciones, en cuerpo medio una tumoración polipoide séssil de 5 mm. Hiato cerrado.

**Duodeno** dentro de características normales.

**Impresión diagnóstica:** Probables papilomas esofágicos, esofagitis y pólipo gástrico.

Resultado histopatológico de muestra de mucosa de esófago con presencia de granulos de sulfuro e hifas. Se inicia tratamiento médico a base de Penicilina, presentando mejoría de la sintomatología.

Actualmente paciente se encuentra asintomática, pudiendo realizar sus actividades de forma cotidiana.

## Discusión

La actinomicosis es originada por bacterias anaerobias o microaerofilas Gram positivas encontradas de forma normal en tracto orofaríngeo, gastrointestinal y genitourinario. Afección principal a nivel cervicofacial se presenta en un 60% de los casos, a nivel de esófago es muy poco frecuente. Se presenta un curso subagudo presentando la disfagia y odinofagia como síntomas principales, sin embargo puede llegar a manifestarse como múltiples patologías de complejo diagnóstico.

Se presenta principalmente en pacientes inmunodeprimidos, antecedente de cirugía. Puede llegar a presentar coinfección con Candida, Enterobacterias, Streptococcus.

El diagnóstico de la actinomicosis esofágica se realizó por biopsias o citología que revelaron los clásicos granos de sulfuro pero solo un 26% de los cultivos suelen resultar positivos. Su cultivo requiere medios enriquecidos, donde tardan de 3 a 10 días en crecer, aunque puede prolongarse hasta 2-4 semanas. El diagnóstico se realiza

con la aparición de gránulos de azufre con extremos en forma de club lo que significa grupos en proteinácea.

La actinomicosis gastrointestinal se presenta en 25% aproximadamente con afección ileocecal más común.

La actinomicosis es tratada con dosis altas de penicilina IV durante 2 a 6 semanas, seguido de penicilina por otros 6 a 12 meses, en caso de ser alérgicos se puede dar tetraciclina y macrólidos.<sup>6,7</sup> Suele responder mal a antibióticos, propiciando complicaciones locales como fístula esofagotraqueal.

En nuestro caso se trató de una paciente femenina, sin aparentes factores predisponentes, que evolucionó favorablemente con tratamiento médico.

## Conclusión

La actinomicosis esofágica puede ser manifestada como esofagitis, ulceraciones esofágicas, abscesos,

fístulas, estenosis. Por lo que su diagnóstico endoscópico es complejo y es uno de los retos diagnósticos con mayor confusión para el endoscopista debido a su baja prevalencia a nivel mundial.

## Referencias

1. Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterology* 2018;154:302–318.
2. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. C Prakash Gyawali et al. Gyawali CP, et al. *Gut* 2018;67:1351–1362. doi:10.1136/gutjnl-2017-314722.
3. Advances in the physiological assessment and diagnosis of GERD. Edoardo Savarino et al. *GASTROENTEROLOGY & HEPATOLOGY*. Volumen 14 | November 2017.
4. Enfermedad por reflujo gastroesofágico: síndromes extra-esofágicos. Ramón Carmona-Sánchez. *Rev Gastroenterol Mex*, Vol. 76, Supl. 1, 2011.
5. ERGE refractaria: diagnóstico y tratamiento. F. M. Huerta-Iga. Hospital Ángeles Torreón. Recibido el 2 de junio de 2014; aceptado el 13 de junio de 2014.
6. Esophageal Stricture Caused by Actinomyces in a Patient with No Apparent Predisposing Factors. Allison N. Zhang.
7. Esophageal actinomicosis. *Rev.esp.enferm.dig.* vol.101 no.5 Madrid may. 2009.