

Disfagia y disfonía por úlcera aórtica

Dysphagia and Dysphonia due to Aortic Ulcer

Oswaldo Mateo Silva- Rodríguez^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-2974-9747>

¹Hospital EsSalud Víctor Lazarte Echegaray. Trujillo, Perú.

*Autor para la correspondencia: osr_ctcv@yahoo.com

RESUMEN

Una de las enfermedades de la aorta es el síndrome aórtico agudo, término moderno que incluye la disección aórtica, el hematoma intramural y la úlcera aórtica penetrante. La úlcera aórtica penetrante resulta la variedad más rara del síndrome aórtico agudo y generalmente se manifiesta con dolor torácico. Su diagnóstico, en la mayoría de los casos, se realiza a partir de imágenes. Se presenta el caso de un paciente masculino, de 59 años, que ingresó al Hospital EsSalud Víctor Lazarte Echegaray por disfagia, disfonía y pérdida de peso; caquético, no podía permanecer en bipedestación por debilidad. Los análisis mostraron anemia, hipoalbuminemia severa, PCR aumentada y pruebas de función hepática alteradas. Se solicitó TAC de tórax y se encontraron imágenes compatibles con aneurismas de la aorta descendente torácica y úlcera aórtica. Este caso presentó síntomas atípicos. Se concluye que la úlcera aórtica penetrante es menos común que la disección aórtica clásica, muchas veces no se reconoce y se clasifica mal como disección aórtica en su presentación.

Palabras clave: trastornos de deglución; disfonía; enfermedades de la aorta.

ABSTRACT

One of the diseases of the aorta is acute aortic syndrome, a modern term that includes aortic dissection, intramural hematoma and penetrating aortic ulcer. Penetrating aortic ulcer is the rarest variety of acute aortic syndrome and usually

manifests with chest pain. Its diagnosis, in most cases, is made on the basis of imaging. We present the case of a 59-year-old male patient who was admitted to the Hospital EsSalud Victor Lazarte Echegaray for dysphagia, dysphonia and weight loss; he was cachectic and could not stand upright due to weakness. Laboratory tests showed anemia, severe hypoalbuminemia, increased CRP and altered liver function tests. Chest CT was requested and images compatible with aneurysms of the thoracic descending aorta and aortic ulcer were found. This case presented atypical symptoms. Penetrating aortic ulcer is concluded to be less common than classic aortic dissection; it is often unrecognized and misclassified as aortic dissection at presentation.

Keywords: swallowing disorders; dysphonia; diseases of the aorta.

Recibido: 10/10/2024

Aceptado: 11/11/2024

Introducción

Una de las enfermedades de la aorta es el síndrome aórtico agudo (SAA), que abarca tres condiciones que amenazan la vida, e incluye disección aórtica (DA), hematoma intramural (HIM) y úlcera aórtica penetrante (UAP). La ulceración profunda de la placa aórtica aterosclerótica puede llevar a HIM, disección o perforación.⁽¹⁾

Cuando se presenta una UAP, esto indica aorta severamente enferma, que constituye uno de los casos poco frecuentes del SAA (menos del 5 %). Las injurias traumáticas de la pared aórtica no contribuyen al desarrollo de UAP, ni necesariamente ocurren en pacientes con mutaciones genéticas.⁽²⁾

Los síntomas asociados con UAP pueden ser muy variables: se pueden presentar como síndrome coronario agudo (SCA) con dolor torácico y falta de aire, o pueden ser completamente asintomáticos. Se ha encontrado diámetro de aorta aumentada en pacientes con UAP, y múltiples grupos han notado asociación entre UAP y aneurisma de aorta.⁽³⁾

La angiotomografía es el *gold standard* de UAP. La imagen típica resulta la presencia de una protrusión de contraste desde la luz aórtica sobre la pared sin

evidenciar *flap* u otros signos de disección. Suele asociarse también la imagen de una íntima arterial engrosada y calcificada y, en algunos casos, hematoma subintimal perilesional. Se puede medir la úlcera: ancho, largo y profundidad; se ha demostrado que los pacientes con UAP sintomáticos tienen mayor dimensión al comparar estas con los asintomáticos.⁽⁴⁾

Eventualmente, presentan hemorragia digestiva alta. Si se rompe en cavidad pleural izquierda puede constituirse en complicación grave y frecuentemente mortal. Pocas referencias consideran a la disfagia y disfonía como parte del cuadro clínico de esta patología aórtica.^(5,6,7,8,9,10)

En Perú existen solo dos publicaciones de síndrome aórtico agudo con los signos y síntomas más frecuentes^(11,12) y un artículo con disfonía como manifestación de aneurisma de aorta.⁽¹³⁾

Se presenta el caso de un paciente que acudió por molestias para pasar alimentos y luego disfonía, que hizo pensar al principio en un cuadro gastroenterológico o respiratorio; pero, al realizar los estudios de imágenes, se evidenció presencia de aneurismas de aorta torácica complicado con úlcera aórtica.

Presentación del caso

Paciente de 59 años, masculino, ocupación agricultor, grado de instrucción primaria, procedente de un distrito de la provincia de Trujillo, departamento de La Libertad, Perú. Fue referido por historia de dificultad para deglutir alimentos sólidos de aproximadamente tres meses de evolución, que fue aumentando progresivamente. Un mes antes de su ingreso no podía mantener bipedestación por debilidad y se agregó ronquera. Una semana antes de su admisión al hospital no toleraba ni siquiera líquidos.

Como antecedentes se recogieron: pérdida de peso los últimos tres años lentamente, parálisis facial hacía cuatro meses y, en análisis de laboratorio, se encontró hiperglucemia, que llevó a diagnosticar diabetes mellitus.

Llegó por Emergencia los primeros días de agosto de 2024, en silla de ruedas, muy adelgazado, deshidratado, pálido, con marcada disfonía y presión arterial disminuida. El Servicio de Medicina Interna decidió su ingreso hospitalario para abordaje diagnóstico (fig. 1).



Fig. 1 - Estado del paciente al ingreso.

Exámenes de laboratorio de ingreso (los más relevantes):

- Hemograma: $8,95 \times 10^3/\text{ul}$
- Linfocitos: 5,7 %
- Hemoglobina: 10,7 gr/dl
- Plaquetas: $481 \times 10^3/\text{ul}$
- Proteína C reactiva: 264,68 mg/l
- Proteína totales: 5,19 g/dl
- Albúmina: 2,76 g/dl
- Hb glicosilada: 7,2 %
- Fosfatasa alcalina: 320 u/l

Imágenes tomográficas de tórax (figs. 2, 3, 4 y 5).

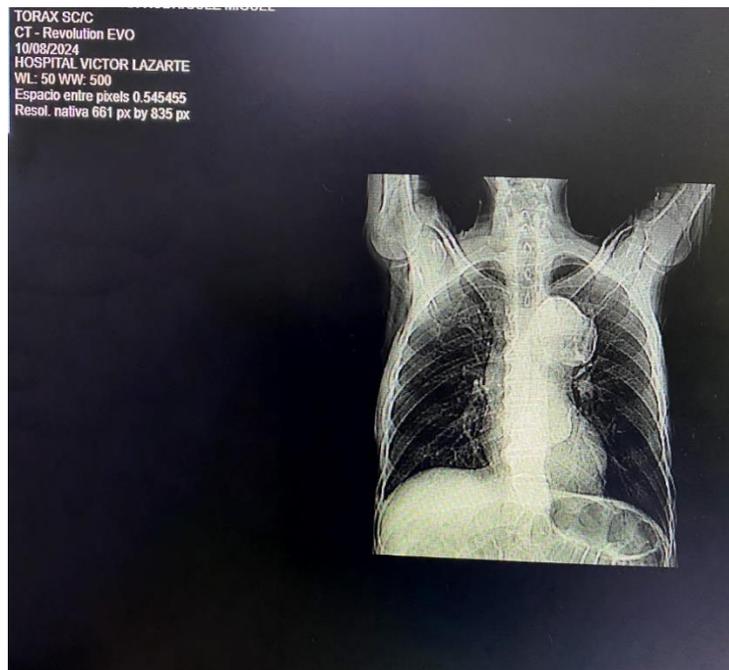


Fig. 2 - Imagen panorámica de tórax, donde se aprecian dos tumoraciones compatibles con aneurismas.

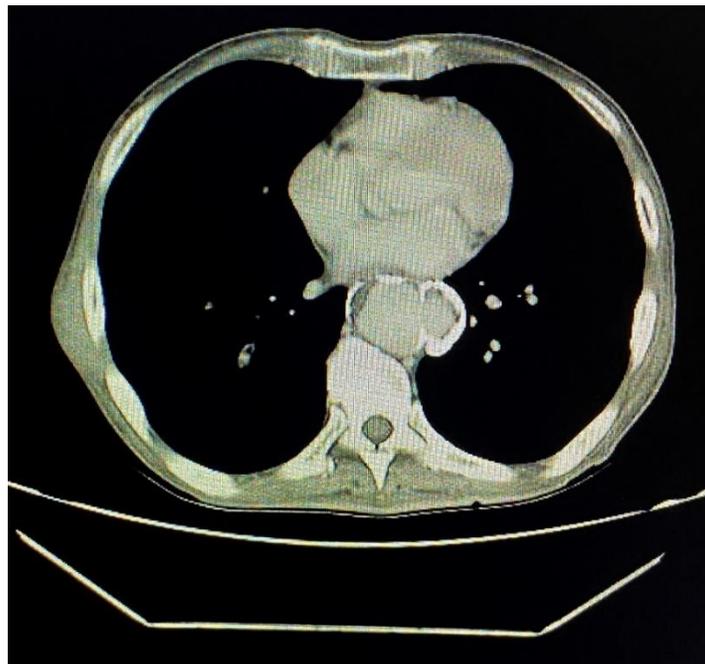


Fig. 3 - TAC muestra entrada de contraste en úlcera; no hay presencia de flap intimal.



Fig. 4 - Angiogram corte sagital evidencia múltiples ateromas en aorta torácica, algunos calcificados.

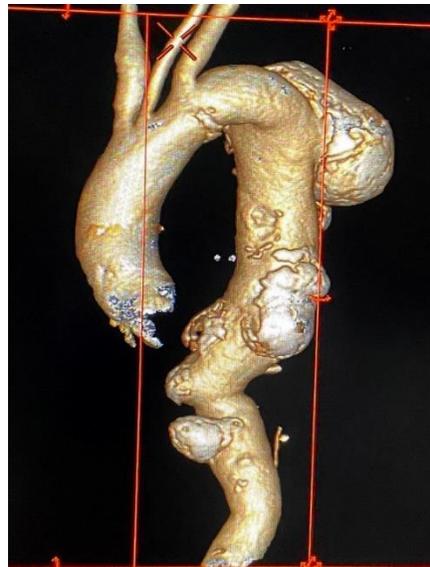


Fig. 5 - Reconstrucción digital. Aorta torácica vista anterior, múltiples aneurismas saculares.

Se realizó interconsulta a gastroenterología para posible endoscopia, pero se recomendó evitar este procedimiento dado los riesgos de perforación; también, interconsulta a cirugía de tórax y cardiovascular, cuya respuesta fue que debía remitirse a un hospital de mayor complejidad para tratamiento endovascular –que no se realizaba en este establecimiento–. Se recomendó igualmente mejorar su estado nutricional a través de gastrostomía.

Discusión

El diagnóstico de UAP es menos común que la disección aórtica clásica, que puede no resultar reconocido y estar mal diagnosticado; también se asocia con aneurisma de aorta.⁽³⁾

Los casos reportados de disfagia y disfonía de los pacientes de habla hispana^(6,7,8,9) tienen un promedio de edad de 76,25 años (63-88a). El caso peruano de disfonía⁽¹³⁾ fue un hombre de 49 años, que presentó fuga de endoprótesis de aorta descendente. En el caso presentado en este reporte el paciente tenía 59 años.

La úlcera aórtica penetrante y/o aneurisma aorta torácica pueden simular una enfermedad esofágica primaria. La disfagia por aneurisma es poco frecuente y rara vez se considera entre los diagnósticos diferenciales de disfagia.⁽⁶⁾ La disfonía constituye un signo que se encuentra en aproximadamente el 5 % de los pacientes con aneurisma de aorta descendente. La parálisis de laringeo recurrente izquierdo puede resultar la primera alarma de enfermedad cardiovascular grave: dos artículos de disfonía por aneurisma aórtico fueron publicados por otorrinos.^(8,9)

El síndrome de Ortner, también conocido como síndrome cardiovocal, es una condición muy rara de disfonía, causada por la parálisis del nervio laríngeo recurrente izquierdo, secundario a trastornos cardíacos, lo que refuerza la importancia de realizar un trabajo cardiovascular en conjunto en casos de parálisis de cuerda vocal unilateral, cuando no hay otra causa aparente. Los aneurismas de aorta torácica son generalmente asintomáticos; la ronquera sin dolor torácico es una rara presentación de aneurisma aórtico.^(9,10,13)

En Sudamérica los países con más inversión en el campo de la salud son Uruguay, Argentina y Chile; los de menor, Bolivia, Venezuela, Paraguay y Perú.⁽¹⁴⁾

Estos casos requieren personal capacitado, con buen entrenamiento previo y tecnología de avanzada, con lo que no se cuenta en los hospitales de provincia de

Perú, donde la carencia de recursos impide el tratamiento oportuno. No se está aprovechando la modernidad mundial en salud; los presupuestos son centralistas, y las consecuencias generarán más problemas de salud y discapacidad.⁽¹⁵⁾

Conclusiones

La úlcera aórtica penetrante es menos común que la disección aórtica clásica, muchas veces no se reconoce y se clasifica mal en su presentación como disección aórtica. Resulta una condición que amenaza la vida, puede no detectarse cuando un paciente busca tratamiento, a menos que el médico tenga un alto índice de sospecha y que las imágenes se evalúen por radiólogos con experiencia y entrenados en imágenes vasculares. El proceso generalmente afecta la aorta descendente, y a menudo un aneurisma está concomitantemente presente.

Referencias bibliográficas

1. Tsai T, Nienaber C, Eagle K. Acute aortic syndromes. *Circulation*. 2005 [acceso 27/08/2024];112:3802-13. Disponible en: <http://www.circulationaha.org>
2. Flohr T, Crawford R, Upchurch G. Penetrating Aortic Ulcers. En: *Rutherford's Vascular Surgery and Endovascular Therapy*, 9 Ed., Philadelphia: Elsevier; 2019: p. 1384-93.
3. Coady M, Rizzo J, Hammond G, Pierce J, Kopf G, Elefteriades J. Penetrating ulcer of the thoracic aorta: What is it? How do we recognize it? How do we manage it? *J Vasc Surg*. 1998 [acceso 27/08/2024];27:1006-16. Disponible en: <https://www.jvascsurg.org/action/showPdf?pii=S0741-5214%2898%2970003-5>
4. Yugueros X, Mestres G, García-Madrid C, Rimbau V. Actualización sobre las características pronósticas y el manejo terapéutico de la úlcera aórtica penetrante. *Angiología*. 2016;68(4):304-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.angio.2015.04.014>
5. Consenso de patología de la aorta. Sociedad Argentina de Cardiología. *Revista Argentina de Cardiología*. 2004 [acceso 27/08/2024];72:387-401. Disponible en: <http://www.old2.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/Consenso-de-Patologia-de-la-Aorta.pdf>

6. Borracci R, Rubio M, Mémoli R, Ahuad R. Disfagia aórtica a partir de un aneurisma fusiforme asociado con disección aórtica tipo B. Revista Argentina de Cardiología. 2005 [acceso 27/08/2024];73:378-80. Disponible en: <https://www.scielo.org.ar/pdf/rac/v73n5/v73n5a13.pdf>
7. Villafaña O, Vega J. Aneurisma de la aorta torácica como causa de disfagia: reporte de un caso. AMC. 2007 [acceso 27/08/2024];11(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000200014
8. Navarro M, González J, Castañeda D, Mireles L, Carmona D. Parálisis cordal izquierda asociada a aneurisma aórtico. Reporte de un caso. Acta de otorrinolaringología & cirugía de cabeza y cuello. 2014 [acceso 27/08/2024];42(3):174-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000200014
9. González M, Lamas P, Lagunes V, Morales G. Parálisis cordal izquierda asociada con aneurisma aórtico. An Orl Mex. 2024;69(1):50-6. DOI: <https://doi.org/10.24245/aorl.v69i1.9522>
10. Agarwal T, Vijay I, Kumar B, Agstam S. Cardiovascular Syndrome Secondary to Thoracic Aortic Aneurysm: An old sign revisited. Cureus. 2020;12(8):e10087. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.10087>
11. Guzmán G, Lucchesi E, Aste H, Trelles M. Síndrome aórtico agudo. Reporte de dos casos y revisión de la literatura. Rev Soc Peru Med Interna. 2021;34(1):15-27. DOI: <https://doi.org/10.36393/spmi.v34i1.580>
12. Chávarry P, Ríos J, Gonzáles S, Salas G, Abanto F, Salas M. Experiencia inicial en el tratamiento del síndrome aórtico agudo en un hospital del Ministerio de Salud del Perú. Venciendo las adversidades. Cirugía Cardiovascular. 2024;31:78-81. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.05.001>
13. Vargas-Rubio V. Disfonía como manifestación de fuga endoprotésica de aneurisma de aorta: Un caso de Síndrome de Ortner. Rev Soc Peru Med Interna. 2021;34(4):181-5. DOI: <https://doi.org/10.36393/spmi.v34i4.635>
14. Restrepo L. Inversión económica en salud en América en los últimos 20 años. Univ.Salud. 2023;25(2). DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.232502.303>
15. Sánchez-Moreno F. El sistema nacional de salud en el Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2014 [acceso 22/09/2024];31(4):747-53. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400021

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.