

Disfagia: una manifestación de hipertiroidismo en el anciano, a propósito de un caso

Dysphagia as Manifestation of Hyperthyroidism in Elderly. Case Report

Recibido: 26 septiembre 2022 | Aceptado: 06 julio 2023

ZULAY MILENA QUIROGA TRILLOS

Médica residente de Geriátría, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2604-3722>

DIANA CAROLINA GÁMEZ FRAGOSO^a

Médica residente de Geriátría, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6342-1692>

CRISTIAN CAMILO LLANO CEBALLOS

Médico geriatra, Unidad de Agudos, Hospital San Ignacio, Bogotá, Colombia.

Instituto de Envejecimiento, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9745-3863>

RONALD CAMILO GÓMEZ ARTEAGA

Médico geriatra, Unidad de Agudos, Hospital San Ignacio, Bogotá, Colombia.

Instituto de Envejecimiento, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Clínica del Country-Hospital Cardiovascular de Cundinamarca, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1652-5042>

^a Autor de correspondencia: gomez_d@javeriana.edu.co

Cómo citar: Quiroga Trillos ZM, Gámez Fragoso DC, Llano Ceballos CC, Gómez Arteaga RC. Disfagia: una manifestación de hipertiroidismo en el anciano, a propósito de un caso. Univ. Med. 2023;64(3). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed64-3.disf>

RESUMEN

La disfagia hace parte de los síndromes geriátricos prevalentes en personas de la tercera edad, debido a las múltiples comorbilidades y a que el proceso de envejecimiento lleva consigo cambios anatómicos y fisiológicos, como es el caso del presbiefago y la presbifagia, procesos normales durante esta etapa de la vida. Además, genera deficiencias en múltiples sistemas y lleva a los adultos mayores a un estado de fragilidad. Entre sus múltiples causas está el hipertiroidismo, pero debido al buen pronóstico de recuperación con tratamiento farmacológico, se convierte en un tema de interés no solo para geriatras y endocrinólogos, sino para médicos de atención primaria. Por lo anterior, se presenta el caso de una paciente nonagenaria con disfagia esofágica y pérdida no intencionada de peso asociada con el hipertiroidismo con mejoría de su estado nutricional posterior al manejo farmacológico.

Palabras clave

trastorno de la deglución; hipertiroidismo; anciano.

ABSTRACT

Dysphagia is considered one of the new geriatric syndromes, prevalent in this age group due to the multiple comorbidities and the aging process that can generate anatomical and physiological changes and decrease the functional reserve. In addition, it generates deficiencies in multiple systems, leading older adults to a state of fragility. Among its many causes is hyperthyroidism with a low prevalence, but due to the good prognosis of recovery with drug treatment, it becomes a topic of interest not only for geriatrics and endocrinologists but also for primary care

physicians. Therefore, we will present the case of a nonagenarian patient with esophageal dysphagia and unintentional weight loss, etiology related to hyperthyroidism, with improvement in her nutritional status after pharmacological management.

Keywords

dysphagia; hyperthyroidism; elderly.

Introducción

La disfagia se define como una alteración o trastorno en el proceso de deglución que genera una dificultad para propulsar el bolo alimenticio desde la boca hasta la cavidad esofágica. Su prevalencia es muy elevada: 30% y 40% en adultos mayores independientes, 60% en los institucionalizados y hasta un 80% en pacientes con demencia(1).

Anatómicamente, se clasifica en orofaríngea y esofágica. Según su mecanismo, en motora o mecánica. La disfagia orofaríngea se relaciona con el inicio de la deglución, la cual se subdivide en dos tipos: la obstrucción mecánica, que genera una compresión intrínseca o una extrínseca; entre tanto, la disfagia de tipo motor tiene diferentes presentaciones según la afectación del sistema nervioso (central o periférico) o las miogénicas. La causa motora es más común, por el ataque cerebrovascular que ocurre en un tercio de todos los pacientes (2). Entre las causas estructurales por tiromegalia se encuentran los trastornos tiroideos, generalmente de origen mecánico por bocio cervical o retroesternal agrandado, que causa pinzamiento directo sobre el esófago; pero es importante tener en cuenta el hipertiroidismo, el cual debuta con presentaciones atípicas (hipertiroidismo apático) (3) de tipo cardiovascular, neurológico y muscular. Su síntoma más prevalente es la taquicardia, aun cuando también hay fibrilación auricular hasta en un 25% (4).

En cuanto a las manifestaciones digestivas, se presenta anorexia, pérdida de peso, debido a un estado hipercatabólico, con aumento del gasto de energía, la lipólisis y el recambio de proteínas, que lleva a una pérdida de peso a expensas de la masa magra muscular y masa grasa. Lo anterior produce atrofia muscular con

dismotilidad faríngea y esofágica, que involucra músculos faciales y respiratorios, que ocasionan la disfagia (5).

Por último, las manifestaciones musculares están relacionadas con el efecto directo de las hormonas tiroideas sobre la transmisión neuromuscular. Dentro de estos trastornos se incluyen la miopatía bulbar, la miopatía esofágica y la miastenia grave concomitante, que puede ocurrir en un pequeño porcentaje de los casos (5).

Con una aproximación diagnóstica adecuada y oportuna del hipertiroidismo, se logra una mejoría clínica de la disfagia en relación con el aumento del apetito, la hiperfagia y la disminución de las concentraciones de leptina. El tratamiento se debe iniciar con dosis de metimazol de 30 a 45 miligramos por día.

Siempre se debe descartar el hipertiroidismo como una posible causa de disfagia orofaríngea, y aunque sea una causa poco frecuente, este fue el motivo por el cual se decidió llevar a cabo el análisis de este caso.

Presentación del caso

El caso corresponde a una mujer natural de Bucaramanga (Colombia), de 83 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, falla cardíaca y fibrilación auricular en manejo farmacológico irregular, quien consultó a un hospital de tercer nivel, por un cuadro clínico de tres días de evolución de dolor torácico opresivo en la región retroesternal, asociado con palpitaciones, irradiado al epigastrio y con deterioro de clase funcional. Dentro de la revisión por sistemas, se documentó disfagia para sólidos y líquidos de más de 6 meses, hiporexia selectiva con predilección por dulces y consumo frecuente de líquidos acompañado de pérdida significativa de peso (aproximadamente 15 kilogramos en 8 meses).

En el momento del ingreso, la paciente estaba caquética con signos de emaciación e hemodinámicamente inestable, dados por taquicardia, hipotensión arterial y estupor. Fue trasladada al área de reanimación, donde fue monitorizada y donde documentaron

fibrilación auricular con respuesta ventricular no controlada, sin adecuada respuesta a la cardioversión eléctrica. Por dicha razón, se inició infusión de amiodarona con bolo inicial de 150 miligramos.

Una vez estabilizada, durante la valoración geriátrica se evidenció que la mujer tenía una dependencia moderada para actividades básicas, y total, para las instrumentales, con sospecha de trastorno neurocognitivo mayor, con posible etiología de Alzheimer estadio leve-moderado. Se le tomaron exámenes paraclínicos que mostraron: hipoalbuminemia de 2,4mg/dl, hipomagnesemia en 1,3mg/dl, hemograma sin alteraciones, gases arteriales en equilibrio ácido-base sin trastorno de la oxigenación, biomarcadores negativos, pruebas de función renal con creatinina en 0,34 mg/dl.

Dentro del enfoque multidisciplinario, y luego de la estabilización cardíaca, se inició el estudio del síndrome constitucional por el cuadro de disfagia progresiva. Se le realizó una endoscopia de vías digestivas altas, cuyos hallazgos evidenciaron esofagitis ulcerada grado D y estenosis esofágica a los 34 cm de las arcadas dentarias; así mismo, se le realizó una videocinedeglución, cuyo reporte fue trastorno de la motilidad esofágica por presencia de ondas no peristálticas y retraso del vaciamiento. Con este estudio se descartaron estenosis o masas esofágicas.

Por estos hallazgos, se ampliaron los estudios de disfagia con reporte de tirotrópina menor de 0,01 uUI/ml (0,35-4,94), T4L: 2,07 uUI/ml; T3 total: 2,48 uUI/ml. Posterior a la de ecografía de cuello, la paciente evidenció bocio multinodular de predominio izquierdo con macrocalcificaciones y múltiples lesiones focales de aspecto esponjiforme/parcialmente quísticas con nivel de sospecha muy baja según clasificación ATA 2015.

Se decidió iniciar tratamiento para disfagia secundaria a hipertiroidismo con metimazol, terapia física y fonoaudiología. Luego de tres meses, mejoró la sintomatología de la mujer, con disminución de la disfagia y deglución completa de alimentos, tanto líquidos como sólidos.

Discusión

La Organización Mundial de la Salud clasificó la disfagia como un trastorno digestivo, que es una manifestación común en los distintos fenotipos de paciente anciano, especialmente en el anciano frágil (6). Dada la relación existente entre la alteración del estado nutricional y los desenlaces de salud adversos que pueden desencadenar procesos de fragilidad, está involucrada la importancia de una adecuada detección y manejo de esta patología (7).

Sin embargo, en algunas ocasiones, tanto personal médico como pacientes consideran la disfagia como parte normal del envejecimiento y ello demora el diagnóstico. En consecuencia, es fundamental realizar un interrogatorio dirigido a identificar la etiología de la disfagia orofaríngea, que tenga en cuenta la temporalidad de los síntomas, la consistencia de los alimentos que ocasionan dificultad del paso del bolo alimenticio, si existe o no asociación con odinofagia, además de realizar la videocinedeglución, que brinda información no solo de la fisiología de la deglución, sino de la disfunción que genera la disfagia, teniendo en cuenta también como causa el hipertiroidismo (8).

En un estudio realizado en Francia (9), se describió la presentación clínica de más de 1500 pacientes con hipertiroidismo. Evaluó la influencia de la edad, el sexo, la etiología y la gravedad de los hallazgos de laboratorio respecto a los síntomas de la tirotoxicosis, que, en orden decreciente, fueron palpitations, debilidad, sensibilidad al calor y trastornos del sueño. Un total de 64,9% de los pacientes habían perdido peso de manera no intencional.

En cuanto a la edad, esta influye en la presentación clínica con arritmias cardíacas, como la fibrilación auricular, que fueron significativamente más frecuentes en los pacientes ancianos. Estas tienen mayor asociación con los pacientes mayores, sexo masculino y el bocio multinodular (9). Esto debido a que el exceso de hormona tiroidea conduce a una alteración de la producción energética de los miocitos, de su síntesis proteica

y de la función contráctil de las miofibrillas. Ello precipita la aparición de insuficiencia cardíaca, incluso en pacientes sin ninguna cardiopatía previa o en ausencia de factores de riesgo cardiovasculares (10).

Además, se han reportado factores de mal pronóstico para lograr reversibilidad, como la larga duración del hipertiroidismo sin tratamiento, mayor de 10 meses, las concentraciones altas de T3, la falta de uso de betabloqueadores, entre otros (10).

Por lo anterior, siempre se considera vital solicitar estudios del perfil tiroideo en pacientes con disfagia, pérdida de peso y arritmias. De ser positivo el resultado, es preciso iniciar el tratamiento con dosis iniciales relativamente elevadas de carbimazol o metimazol (30 a 45 mg), con el objetivo de lograr una mejoría clínica y analítica, que comienza a las dos primeras semanas de tratamiento y que suele evidenciarse a las cuatro o seis semanas, con lo cual los pacientes presentan una mejoría marcada (11).

Conclusión

La disfagia como síndrome geriátrico siempre es un reto diagnóstico, debido a las condiciones inherentes de envejecimiento y morbilidades del adulto mayor. Siempre se deben considerar todas las posibles etiologías, incluyendo al hipertiroidismo que, aun cuando es poco frecuente, en el momento en que se diagnostica e inicia tratamiento de forma oportuna, produce un alivio sintomático que lleva a la prevención y tratamiento de complicaciones no solo nutricionales, sino de otros síndromes geriátricos, al igual que al control de comorbilidades que logran mejorar la calidad de vida del paciente anciano.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses de parte de los autores.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Referencias

1. Baijens LWJ, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, et al. European society for swallowing disorders. Clin Interv Aging. 2016;11:1403-28. <https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>
2. Aslam M, Vaezi MF. Dysphagia in the Elderly how common is dysphagia in the elderly population? Gastroenterol Hepatol (N Y) [internet]. 2013;9(12):784-95. Disponible en: <http://www.gastroenterologyandhepatology.net/files/2013/12/gh1213vaezi1.pdf>
3. LiVolsi VA, Baloch ZW. The pathology of hyperthyroidism. Front Endocrinol (Lausanne). 2018;9:737. <https://doi.org/10.3389/fendo.2018.00737>
4. Real JT, Ascaso JF. Hyperthyroidism in older patients. Med Clin (Barc). 2002;118(20):784-7. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72530-X](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72530-X)
5. Kung AWC. Neuromuscular complications of thyrotoxicosis. Clin Endocrinol (Oxf). 2007;67(5):645-50. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2007.02909.x>
6. Abizanda P, Rodríguez LE. Tratado de medicina geriátrica: fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. 2.^a ed. Madrid: Elsevier; 2020.
7. Patiño-Hernández D, Borda GM, Venegas Sanabria LC, Chavarro-Carvajal D, Cano-Gutiérrez CA. Disfagia sarcopénica. Rev Colomb Gastroenterol. 2017;31(4):418. <https://doi.org/10.22516/25007440.117>

8. Ariza-Galindo CJ, Rojas Aguilar DM. Disfagia en el adulto mayor. Univ Med. 2020;(4). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-4.disf>
9. Goichot B, Caron P, Landron F, Bouée S. Clinical presentation of hyperthyroidism in a large representative sample of outpatients in France: relationships with age, aetiology and hormonal parameters. Clin Endocrinol (Oxf). 2016;84(3):445-51. <https://doi.org/10.1111/cen.12816>
10. Duque-González L, Ruiz-Velásquez LM, Torres-Grajales JL, Duque-Ramírez M. Cardiopatías de origen endocrino: una etiología frecuentemente olvidada. Med Lab. 2020;24(3):207-20. <https://doi.org/10.36384/01232576.298>
11. Navarro E, Astorga R. Criteria for the use of antithyroid drugs in the treatment of hyperthyroidism. Rev Clin Esp. 2000;200(6):330-2. [https://doi.org/10.1016/S0014-2565\(00\)70648-5](https://doi.org/10.1016/S0014-2565(00)70648-5)