

DISFAGIA EN NIÑO DE 10 AÑOS

Lorena Arsenal cano.



Presentación del caso

10 años. Remitido a DII por:

- Enfermo
- 1º subido
- 2º kg años, todos los días
- NO: Defensas bajas, Pérdida de peso, Úlcera, Anemia, No ayuno de 24 horas

Objetivo:

- Reintegrarse a 12 años
- NO 2 años
- Alimentarse sin dolor

Índice de peso: 12-13% (0-8 kg)

Antecedentes: Sin datos.

Antecedentes familiares: Maternos con enfermedades cardíacas.

Antecedentes: Buen estado general. Buen estado. Antecedentes de disentería en primer año de vida. No ayuno de 24 horas. Anemia. Pérdida de peso. Úlcera. Anemia. No ayuno de 24 horas.



En nuestro hospital:

- 1. Examen
- 2. Historia de nutrición por familia
- 3. Pruebas de diagnóstico nutricional
- 4. Análisis de heces
- 5. Endoscopia
- 6. Manometría

Tratamiento:

- 1. Dieta
- 2. Medicación
- 3. Manejo de la disentería
- 4. Manejo de la anemia
- 5. Manejo de la úlcera
- 6. Manejo de la pérdida de peso

Fisiopatología:

Disfagia: Dificultad para tragar o dificultad para pasar los alimentos por el tracto gastrointestinal superior.

Clínica:

Disfagia: Dificultad para tragar o dificultad para pasar los alimentos por el tracto gastrointestinal superior.

Diagnóstico:

Disfagia: Dificultad para tragar o dificultad para pasar los alimentos por el tracto gastrointestinal superior.

Tratamiento:

Disfagia: Dificultad para tragar o dificultad para pasar los alimentos por el tracto gastrointestinal superior.

DISFAGIA EN NIÑO DE 10 AÑOS

Lorena Arsenal cano.



Presentación del caso

10 años, Remitido a DII por:

- Enfermo
- 1º subido
- 2º kg años, todos los días
- NO:
 - Defecar espontánea
 - Prurito
 - Urgencia fecal
 - Intolerancia
 - Prurito de náuseas

Objetivo:

- Reintegrarse a:
 - Alimentación
 - NO Dieta
 - Actividad sin apoyo
- Índice de peso: 12-13% (0-8 kg)

Antecedentes: Sin otros.

Antecedentes familiares: Niveles con intolerancia a lactosa.

Antecedentes: Buen estado general. Buen estado. Antecedentes de:

- Atrofia de la lengua
- At. de la lengua
- Atrofia de la lengua
- Atrofia de la lengua
- Atrofia de la lengua
- Atrofia de la lengua



En nuestro hospital:

- 1º Diagnóstico
- 2º Diagnóstico
- 3º Diagnóstico
- 4º Diagnóstico
- 5º Diagnóstico
- 6º Diagnóstico
- 7º Diagnóstico
- 8º Diagnóstico
- 9º Diagnóstico
- 10º Diagnóstico

Fisiopatología

Antes

Tratamiento

Clinica

Diagnóstico

Monitorización



Presentación del caso:

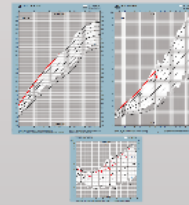
10 años. Remitido a DII por:

Clinica:

Disfagia | • 8 meses.
• 1º sólidos → 2º líquidos, (solo tolera leche).

Regurgitaciones- Vómitos | • **NO ácidas.**
• Alimento sin digerir.

Pérdida de peso: **12-13% (6-8 kg)**



Antecedentes personales: Sin interés.

Antecedentes familiares: Hermano con miocardiopatía hipertrófica.

Exploración:

Buen estado general. Normohidratado.

Adecuado estado de nutrición, estado de pelos y uñas adecuado. Tejido adiposo conservado.

AC: Taquicardia, sin soplos.

AP: Normal.

Abdomen: Blando y depresible, no doloroso. Sin masas ni megalias.

Resto de la exploración normal.

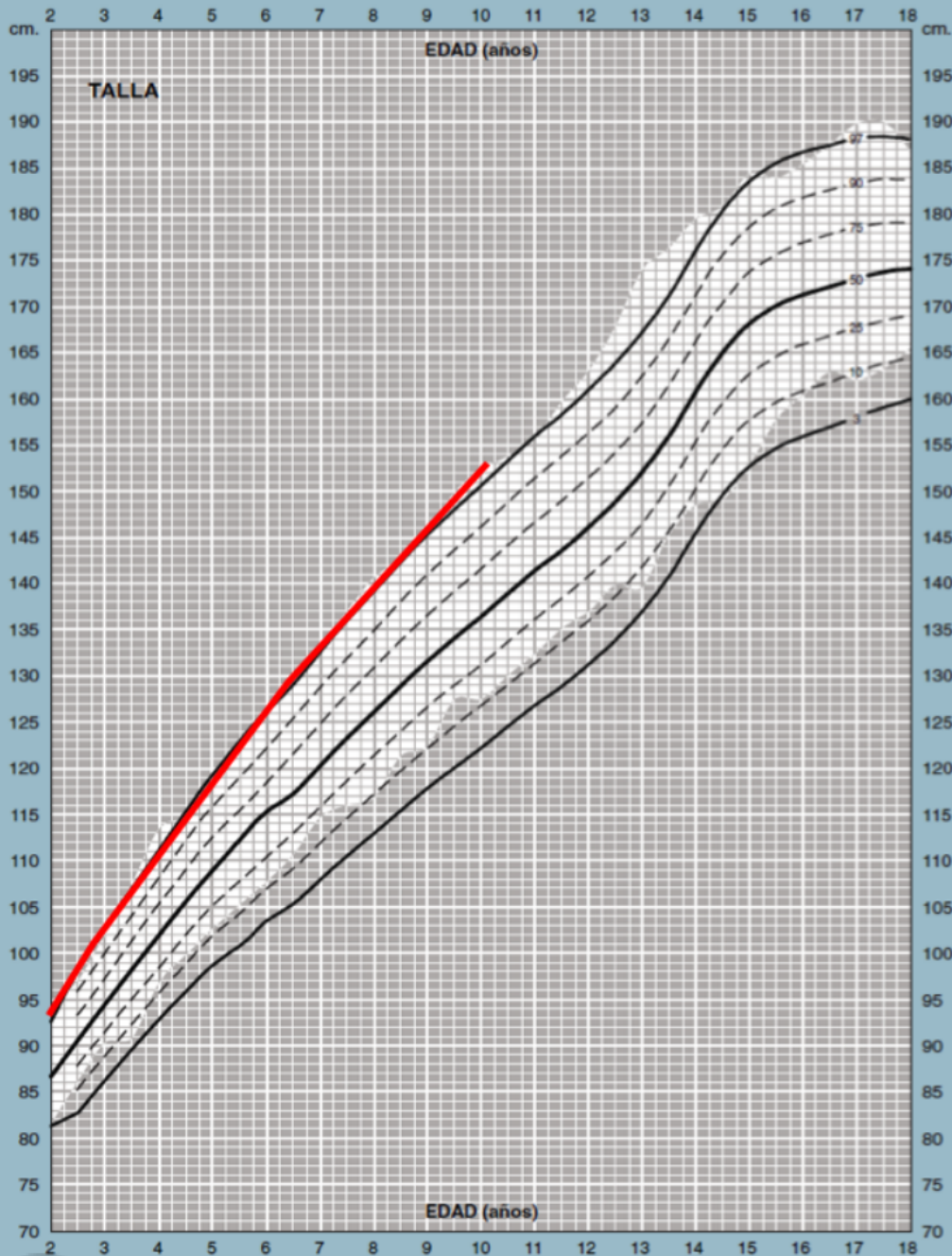
NO:

- Síntomas respiratorios
- Alergia.
- Regurgitador habitual
- Viajes.
- Artralgias.
- No ingesta de cáusticos



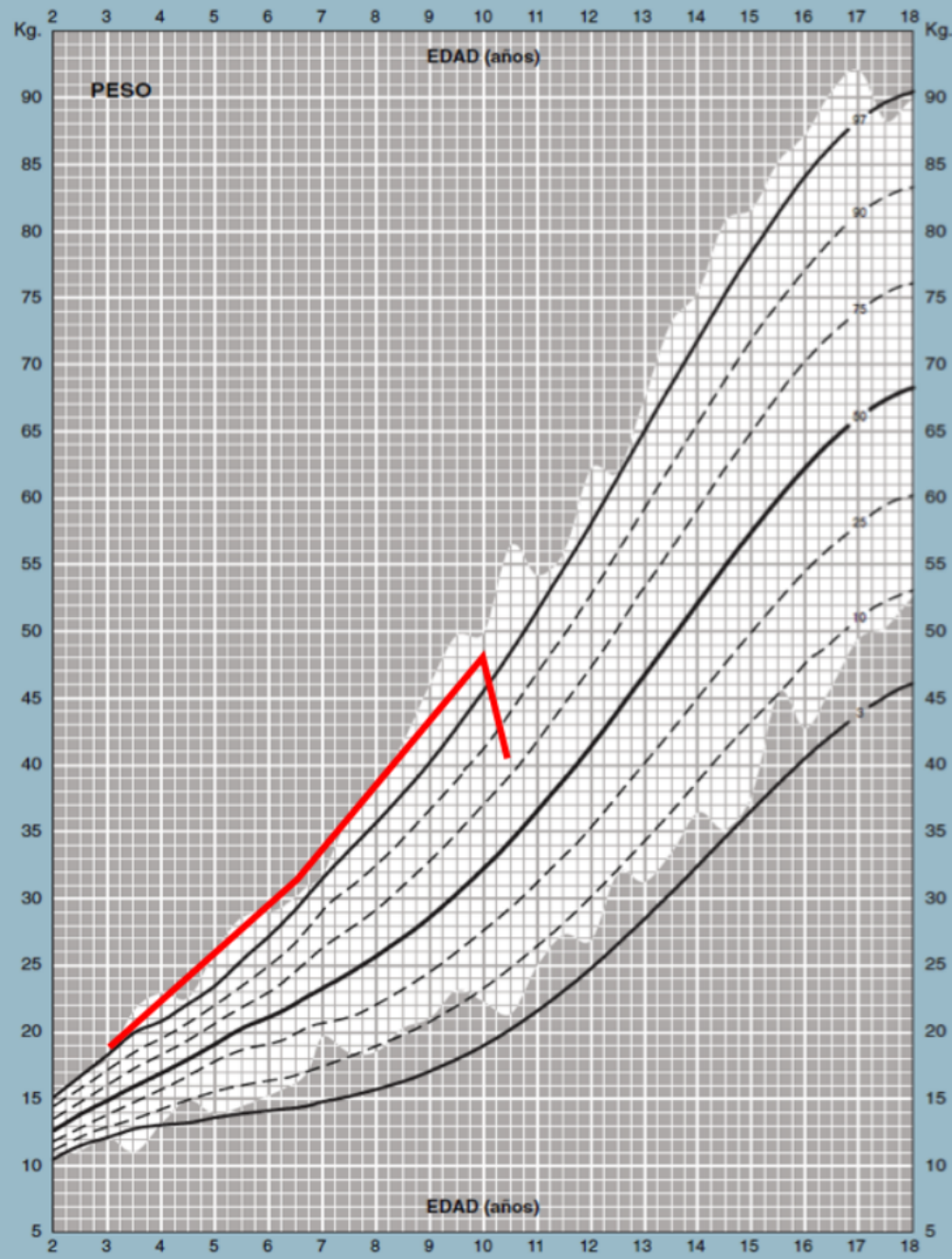
CHICOS: 2 a 18 años
TALLA

— E. Transversal
— E. Longitudinal



CHICOS: 2 a 18 años
PESO

— E. Transversal
— E. Longitudinal



Y TABLAS DE CRECIMIENTO (Estudios Longitudinal y Transversal)
B. Subindillo, A. Aquino, U. Arellano, A. Bilbao, C. Fernández-Ramos, A. Ladrón, H. Lorenzo, L. Madariaga,
I. Rica, J. Ruiz, E. Sánchez, C. Santamaría, J.M. Semano, A. Zabala, B. Zumendi y M. Hernández.

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.
FUNDACIÓN FAUSTINO OREGGIZO EZAGUIRRE.
Merita Díaz de Haro, 10 bis. 48013 BILBAO

CURVAS Y TABLAS DE CRECIMIENTO (Estudios Longitudinal y Transversal)
B. Subindillo, A. Aquino, U. Arellano, A. Bilbao, C. Fernández-Ramos, A. Ladrón, H. Lorenzo, L. Madariaga,
I. Rica, J. Ruiz, E. Sánchez, C. Santamaría, J.M. Semano, A. Zabala, B. Zumendi y M. Hernández.

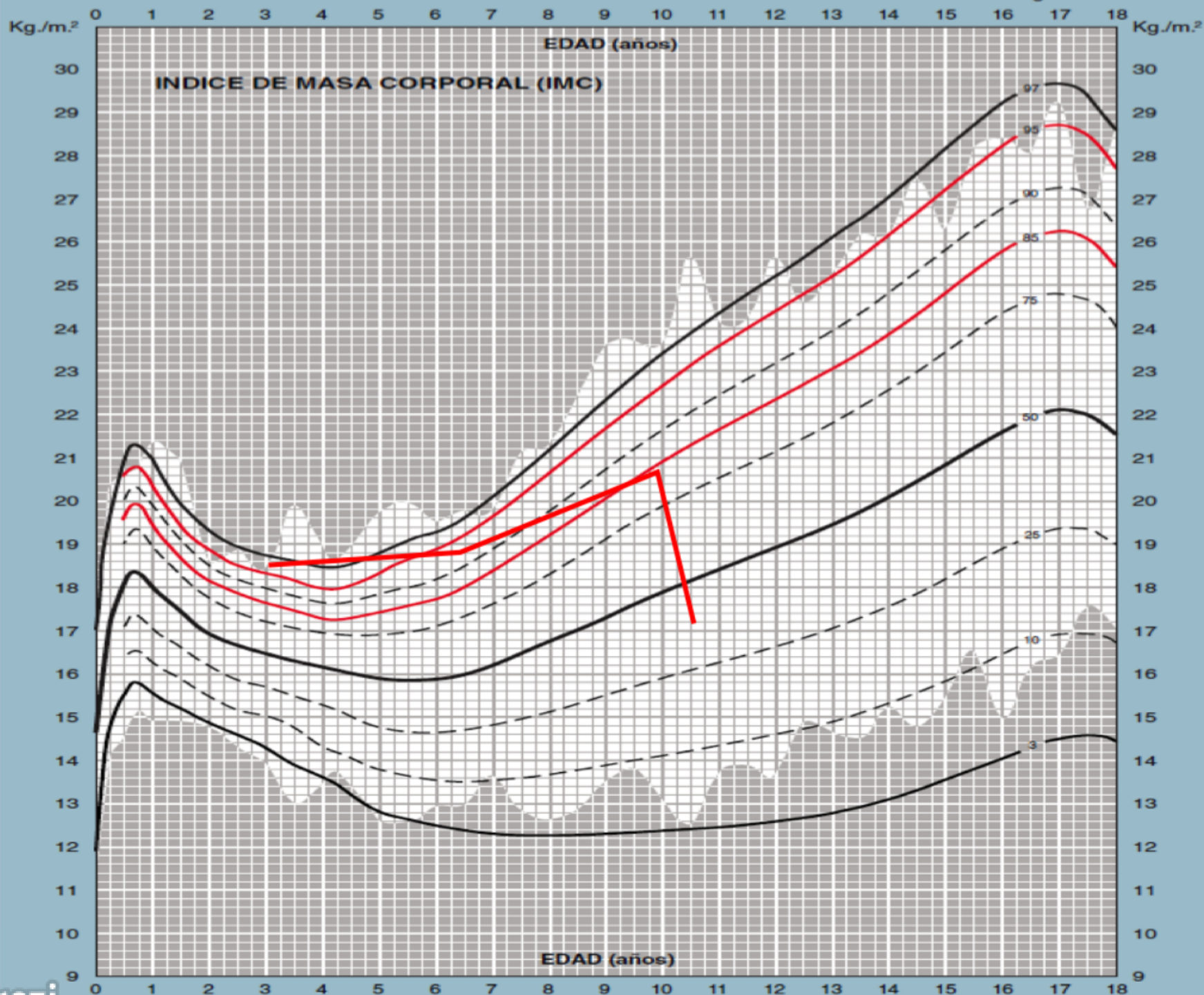
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.
FUNDACIÓN FAUSTINO OREGGIZO EZAGUIRRE.
Merita Díaz de Haro, 10 bis. 48013 BILBAO

CHICOS: 0 a 18 años
IMC

— E. Transversal
— E. Longitudinal

CHICOS: 0 a 18 años
IMC

— E. Transversal
- - - E. Longitudinal



NO:

- Síntomas respiratorios.
- Alergia.
- Regurgitador habitual.
- Viajes.
- Artralgias.
- No ingesta de cáusticos.



Presentación del caso:

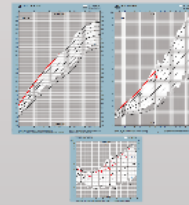
10 años. Remitido a DII por:

Clinica:

Disfagia | • 8 meses.
• 1º sólidos → 2º líquidos, (solo tolera leche).

Regurgitaciones- Vómitos | • **NO ácidas.**
• Alimento sin digerir.

Pérdida de peso: **12-13% (6-8 kg)**



Antecedentes personales: Sin interés.

Antecedentes familiares: Hermano con miocardiopatía hipertrófica.

Exploración:

Buen estado general. Normohidratado.

Adecuado estado de nutrición, estado de pelos y uñas adecuado. Tejido adiposo conservado.

AC: Taquicardia, sin soplos.

AP: Normal.

Abdomen: Blando y depresible, no doloroso. Sin masas ni megalias.

Resto de la exploración normal.

NO:

- Síntomas respiratorios
- Alergia.
- Regurgitador habitual
- Viajes.
- Artralgias.
- No ingesta de cáusticos





Evolución clínica y pruebas diagnósticas en el hospital de origen:

Inicio Síntomas:

- Disfagia.
- Impactaciones.
- Vómitos.

Nov 2012

Dic

Motilium:
Sin mejoría

Análítica Normal.

IBP:
Sin mejoría.

Feb

Mar

TIS:
Normal.

+
Pérdida de peso

1ª Endoscopia.

Retención de alimentos.
Mucosa friable.
Sin más hallazgos.

May

Disfagia a
sólidos

Jun

2ª Endoscopia:

Esofagitis
↑ Presión en Cardias.

Biopsia:
AP comp Enf péptica.
Helicobacter +

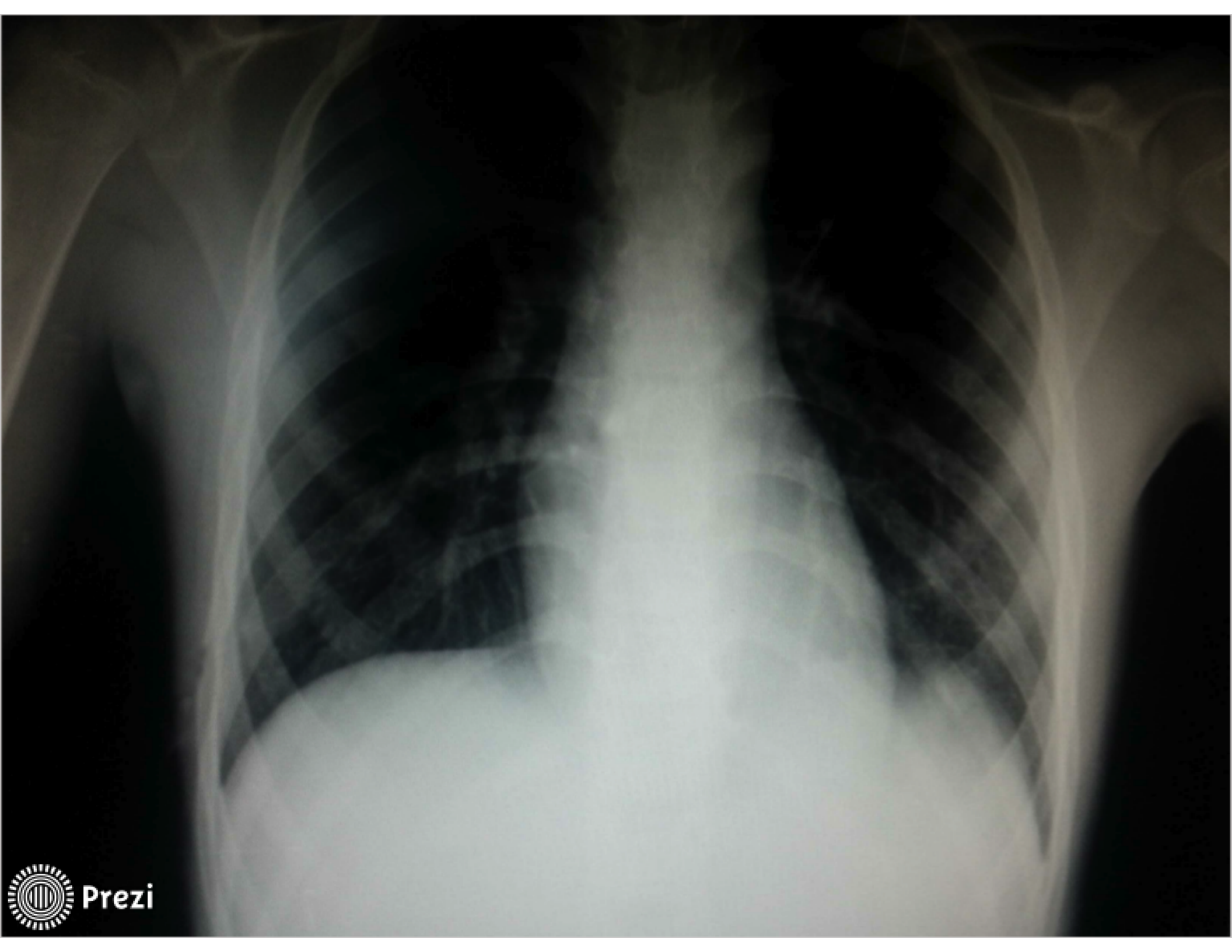
Inician ATB erradicador (15d)

EMPEORAMIENTO



JULIO:
Desnutrición Moderada.
Solo tolera líquidos.
Vómitos diarios.





En nuestro hospital :

- Ingreso
- Intento de nutrición por sonda : fracaso. ?
- Precisando finalmente nutrición parenteral.

1º Analítica Ordinaria:

- Perfil nutricional: normal.
- Reactantes de fase aguda: normales.
- Autoinmunidad: negativo.

2º Rx torax: normal.

3º Tránsito gastro-intestinal. " Incapacidad para realizar el estudio en en decúbito. Disminución del peristaltismo, tramo distal de esofago filiforme"

4º Endoscopia:

- Mucosa friable con signos de lesiones.
- Cardias cerrado , con paso de endoscopio sin dificultad.

3º: Manometría: Confirmación del diagnóstico. !



n



H: 0.25
F: 0.5

En nuestro hospital :

- Ingreso
- Intento de nutrición por sonda : fracaso. ?
- Precisando finalmente nutrición parenteral.

1º Analítica Ordinaria:

Perfil nutricional: normal.

Reactantes de fase aguda: normales.

Autoinmunidad: negativo.

2º Rx torax: normal.

3º Tránsito gastro-intestinal.

" Incapacidad para realizar el estudio en en decúbito. Disminución del peristaltismo, tramo distal de esofago filiforme"

4º Endoscopia:

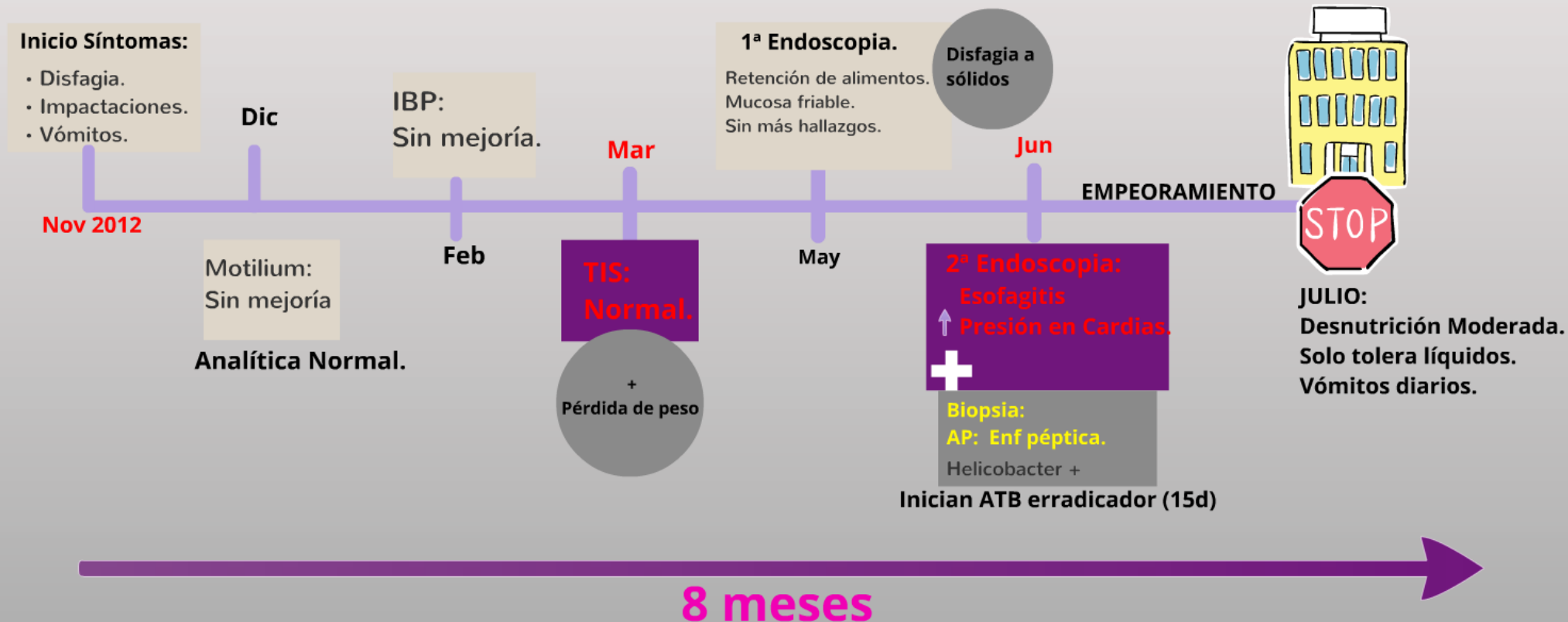
- Mucosa friable con signos de lesiones.
- Cardias cerrado , con paso de endoscopio sin dificultad.

3º: Manometría: Confirmación del diagnóstico. !





Evolución clínica y pruebas diagnósticas en el hospital de origen:



En nuestro hospital :

- Ingreso
- Intento de nutrición por sonda : fracaso. ?
- Precisando finalmente nutrición parenteral.

1º Analítica Ordinaria:

- Perfil nutricional: normal.
- Reactantes de fase aguda: normales.
- Autoinmunidad: negativo.

2º Rx torax: normal.

3º Tránsito gastro-intestinal.

" Incapacidad para realizar el estudio en en decúbito. Disminución del peristaltismo, tramo distal de esofago filiforme"

4º Endoscopia:

- Mucosa friable con signos de lesiones.
- Cardias cerrado , con paso de endoscopio sin dificultad.

3º: Manometría: Confirmación del diagnóstico. !





Acalasia:

Alteración motora del esófago caracterizada por:

- 📍 Peristaltismo del cuerpo esofágico defectuoso o ausente.
- +
- 📍 Falta de relajación del EEI ante la deglución.
- +
- 📍 Ondas peristálticas terciarias no propulsivas.
Espasmo esofágico difuso.
Alt de motilidad del estomago .

INCIDENCIA

- 1-2 /100.000 (tan solo el 4% aparece en menores de 15 años)
- Varones 2/1.

Asociado en ocasiones:

- Sdm de Alport.
- Sdm de Down.
- Sdm de Sjögren.
- Sdm triple A o síndrome de Allgrove.



Fisiopatología:

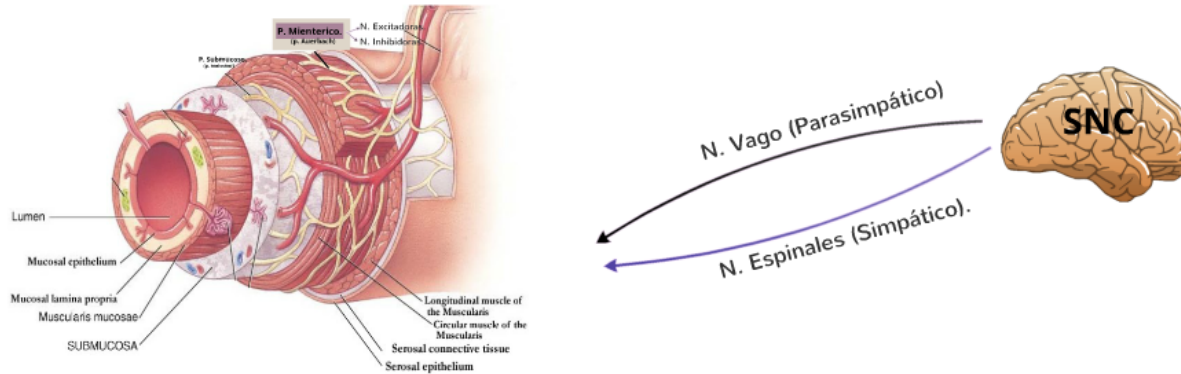


TABLE 4-1 PHYSIOLOGIC STIMULI AND INHIBITORS OF GASTROINTESTINAL SMOOTH MUSCLE CONTRACTION

AGENT	MECHANISM	INTRACELLULAR SECOND MESSENGER	RESULT
Stimuli			
Acetylcholine	Muscarinic receptors (GPCR)	Phospholipase C and IP ₃ (M ₃); ↓ cAMP (M ₂)	↑ Ca
Substance P and neurokinin A	Neurokinin receptors (GPCR)	Phospholipase C and IP ₃	↑ Ca
Mechanical stretch	Stretch-activated Ca channels ²	None	↑ Ca
Inhibitors			
Nitric oxide	Diffusion into cells	↑ cGMP	↓ Ca
Vasoactive intestinal polypeptide (VIP)	VIP receptors (GPCR)	↑ cAMP	Hyperpolarizes membrane (activates K channels)
Adenosine triphosphate	P ₂ purinergic receptors (GPCR) ³	Phospholipase C and IP ₃ and ↓ cAMP	Hyperpolarizes membrane (activates K channels)
Catecholamines	Beta receptor	↑ cAMP	↓ Ca

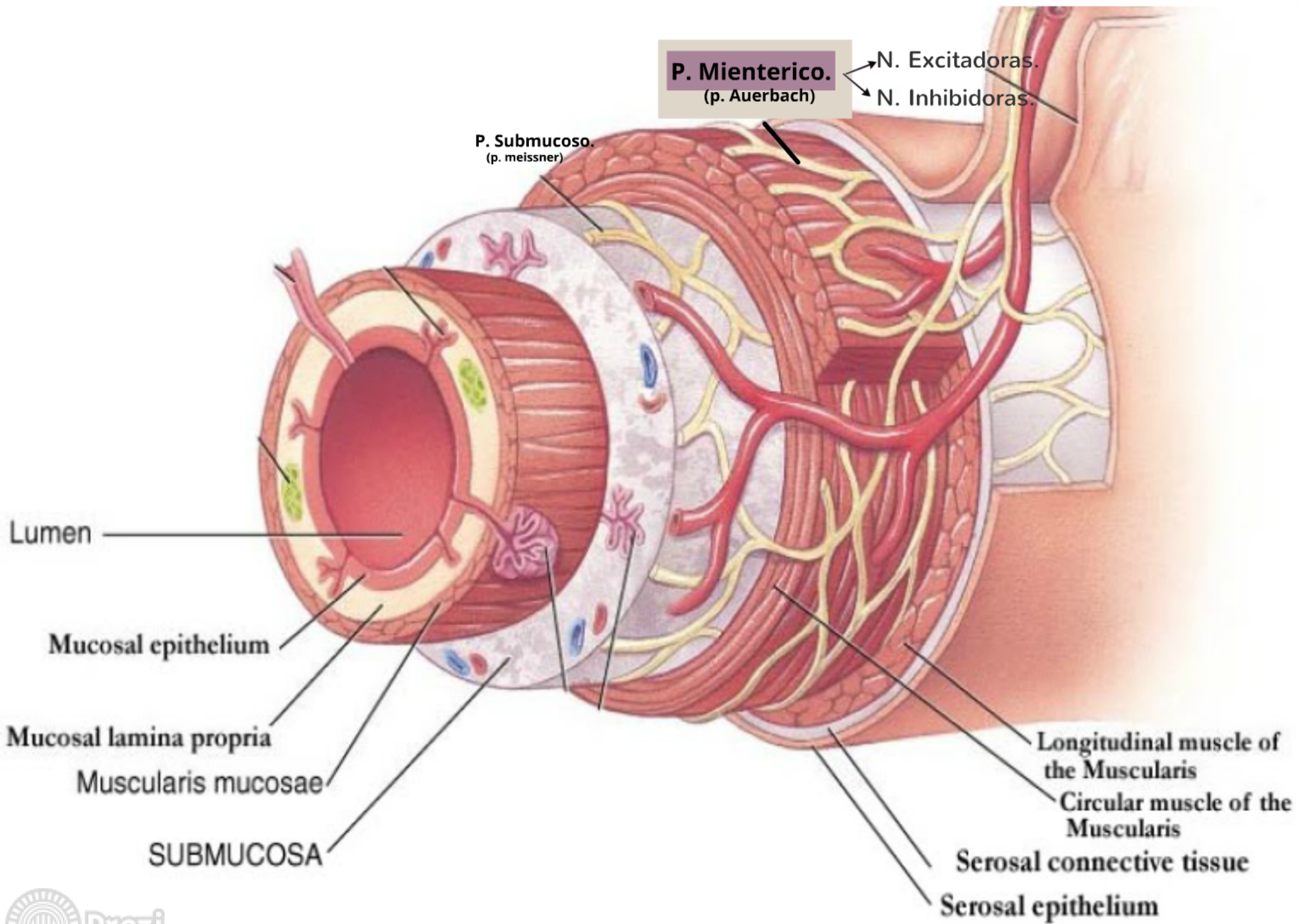
cAMP = cyclic adenosine monophosphate; cGMP = cyclic guanosine monophosphate; GPCR = G protein-coupled receptor; IP₃ = inositol 1,4,5-triphosphate.

Etiología: desconocida: Asociado a HLADQW1.

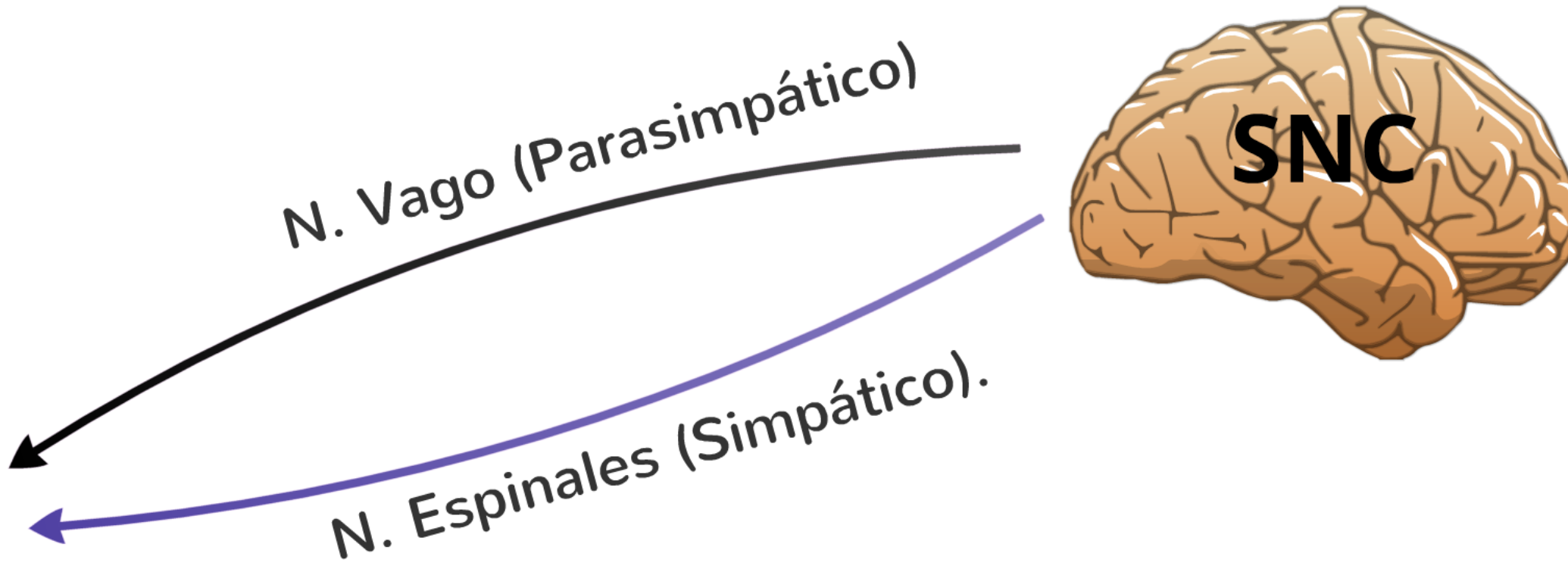
↓ N° de c. inhibitoras del plexo mientérico

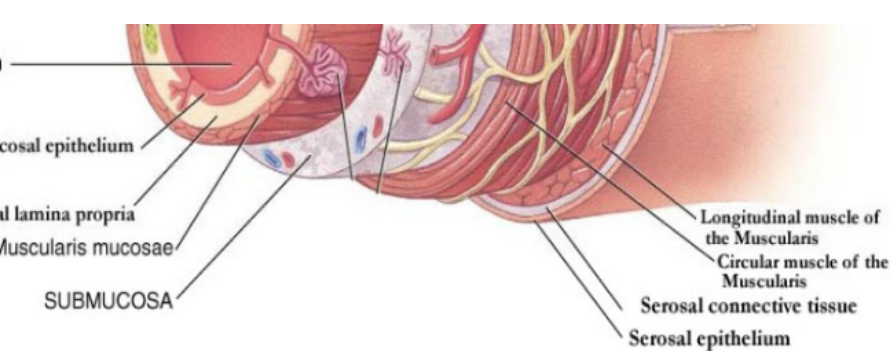


- Autoinmune (+ aceptada).
- Degeneración neuronal.
- Infección por virus neurótrofos.



... ..





N. Espinales (Simpático).

TABLE 4-1 PHYSIOLOGIC STIMULI AND INHIBITORS OF GASTROINTESTINAL SMOOTH MUSCLE CONTRACTION

AGENT	MECHANISM	INTRACELLULAR SECOND MESSENGER	RESULT
Stimuli			
Acetylcholine	Muscarinic receptors (GPCR)	Phospholipase C and IP ₃ (M ₃); ↓ cAMP (M ₂)	↑ Ca
Substance P and neurokinin A	Neurokinin receptors (GPCR)	Phospholipase C and IP ₃	↑ Ca
Mechanical stretch	Stretch-activated Ca channels ²	None	↑ Ca
Inhibitors			
Nitric oxide	Diffusion into cells	↑ cGMP	↓ Ca
Vasoactive intestinal polypeptide (VIP)	VIP receptors (GPCR)	↑ cAMP	Hyperpolarizes membrane (activates K channels)
Adenosine triphosphate	P ₂ purinergic receptors (GPCR) ³	Phospholipase C and IP ₃ and ↓ cAMP	Hyperpolarizes membrane (activates K channels)
Catecholamines	Beta receptor	↑ cAMP	↓ Ca

cAMP = cyclic adenosine monophosphate; cGMP = cyclic guanosine monophosphate; GPCR = G protein-coupled receptor; IP₃ = inositol 1,4,5-triphosphate.

ogía: desconocida: Asociado a HL

Fisiopatología:

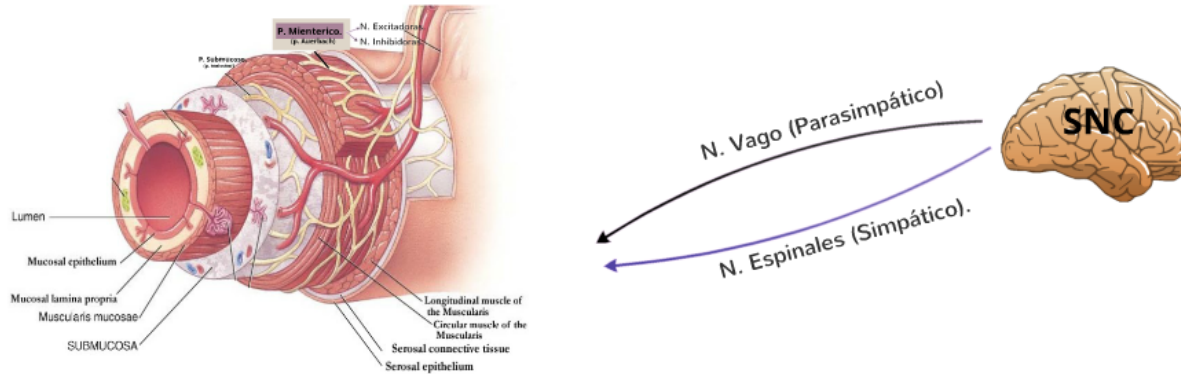


TABLE 4-1 PHYSIOLOGIC STIMULI AND INHIBITORS OF GASTROINTESTINAL SMOOTH MUSCLE CONTRACTION

AGENT	MECHANISM	INTRACELLULAR SECOND MESSENGER	RESULT
Stimuli			
Acetylcholine	Muscarinic receptors (GPCR)	Phospholipase C and IP ₃ (M ₃); ↓ cAMP (M ₂)	↑ Ca
Substance P and neurokinin A	Neurokinin receptors (GPCR)	Phospholipase C and IP ₃	↑ Ca
Mechanical stretch	Stretch-activated Ca channels ²	None	↑ Ca
Inhibitors			
Nitric oxide	Diffusion into cells	↑ cGMP	↓ Ca
Vasoactive intestinal polypeptide (VIP)	VIP receptors (GPCR)	↑ cAMP	Hyperpolarizes membrane (activates K channels)
Adenosine triphosphate	P ₂ purinergic receptors (GPCR) ³	Phospholipase C and IP ₃ and ↓ cAMP	Hyperpolarizes membrane (activates K channels)
Catecholamines	Beta receptor	↑ cAMP	↓ Ca

cAMP = cyclic adenosine monophosphate; cGMP = cyclic guanosine monophosphate; GPCR = G protein-coupled receptor; IP₃ = inositol 1,4,5-triphosphate.

Etiología: desconocida: Asociado a HLADQW1.

↓ N° de c. inhibitoras del plexo mientérico



- Autoinmune (+ aceptada).
- Degeneración neuronal.
- Infección por virus neurótrofos.

Clínica

Niños Mayores:

- Disfagia progresiva . ✓
- Reflujo NO ácido. ✓
- Dolor torácico.
- Pérdida de peso (al final). ✓
- Vómitos. ✓
- Ingesta exagerada de líquidos.

Niños pequeños:

- Síntomas respiratorios: (tos, sibilancias).
- Vómitos.

Diagnóstico diferencial:

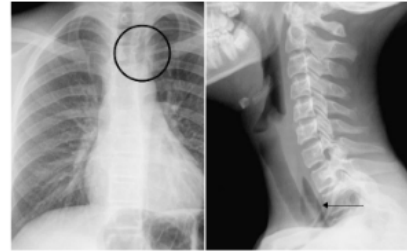
- Enf Chagas (megaesofago).
- Estenosis péptica.
- Esofagitis eosinofílica.
- Espasmo esofágico difuso.
- Amiloidosis.
- Sarcoidosis.
- Tumores (comp intrínseca o extrínseca).
- Esclerodermia.

Diagnóstico



RX Torax:

- Ausencia de cámara gástrica.
- Mediastino ensanchado.
- Nivel hidroaereo en esofago.



Tránsito intestinal (S 95%) :

Esófago superior ensanchado con esófago inferior estrecho en cola de rata o punta de lápiz.



¿Endoscopia? :

- Puedes ver el cuerpo esofágico dilatado.
- EEI fruncido sin apertura con insuflación (se puede atravesar).
- mucosa friable por daño de alimentos.



Manometría: confirmatorio 90%



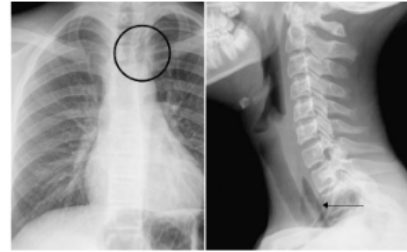


Diagnóstico



RX Torax:

- Ausencia de cámara gástrica.
- Mediastino ensanchado.
- Nivel hidroaereo en esofago.



Tránsito intestinal (S 95%) :

Esófago superior ensanchado con esófago inferior estrecho en cola de rata o punta de lápiz.



¿Endoscopia? :

- Puedes ver el cuerpo esofágico dilatado.
- EEI fruncido sin apertura con insuflación (se puede atravesar).
- mucosa friable por daño de alimentos.



Manometría: confirmatorio 90%





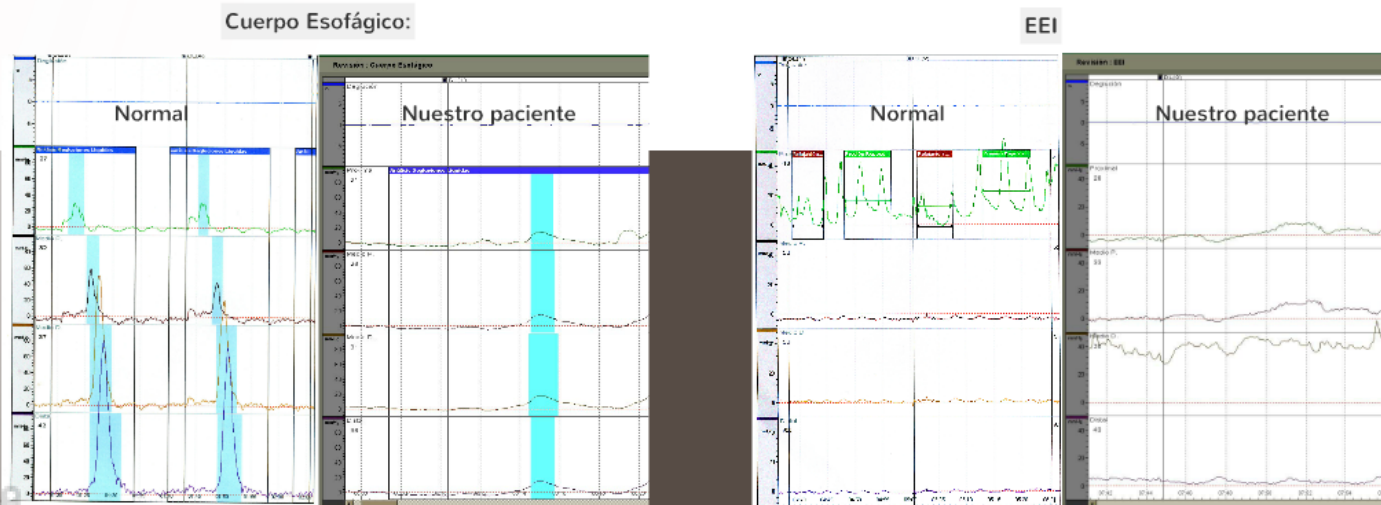
Manometría.

Criterios a cumplir:

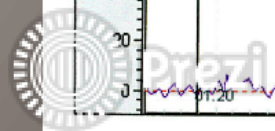
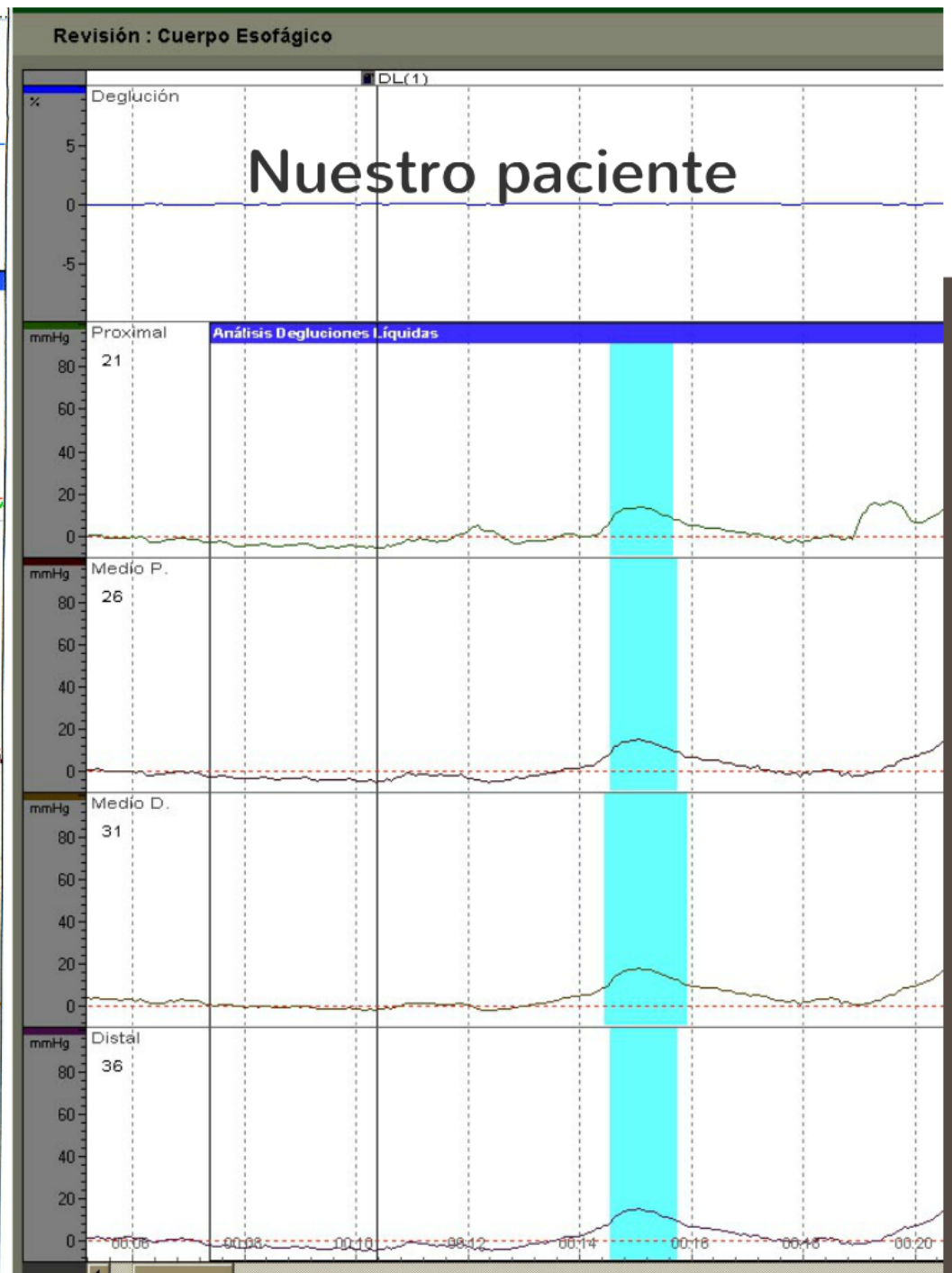
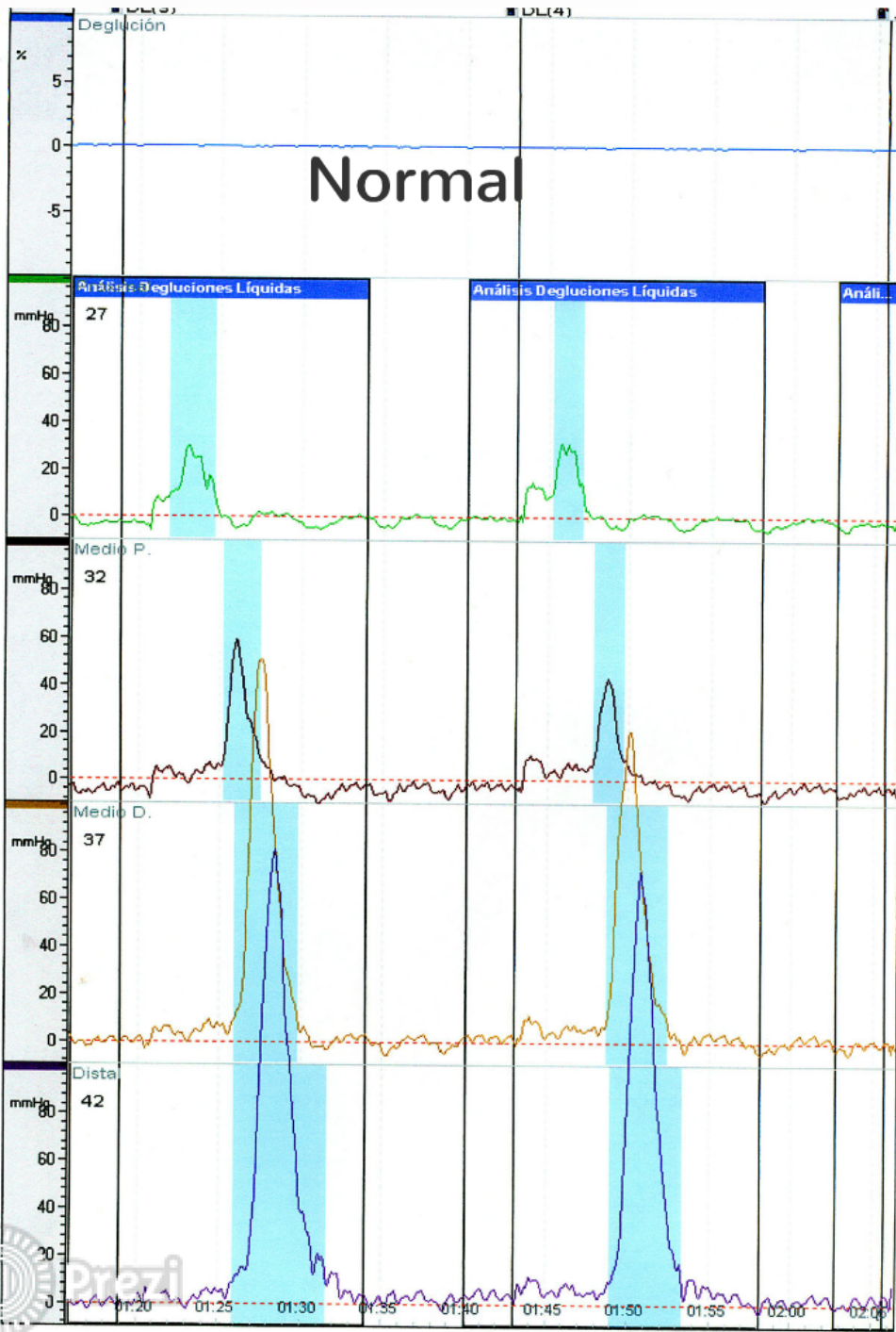
- 1 Cuerpo esofágico: Aperistaltis.
- 2 EEI: Disminución de la relajación en deglución.

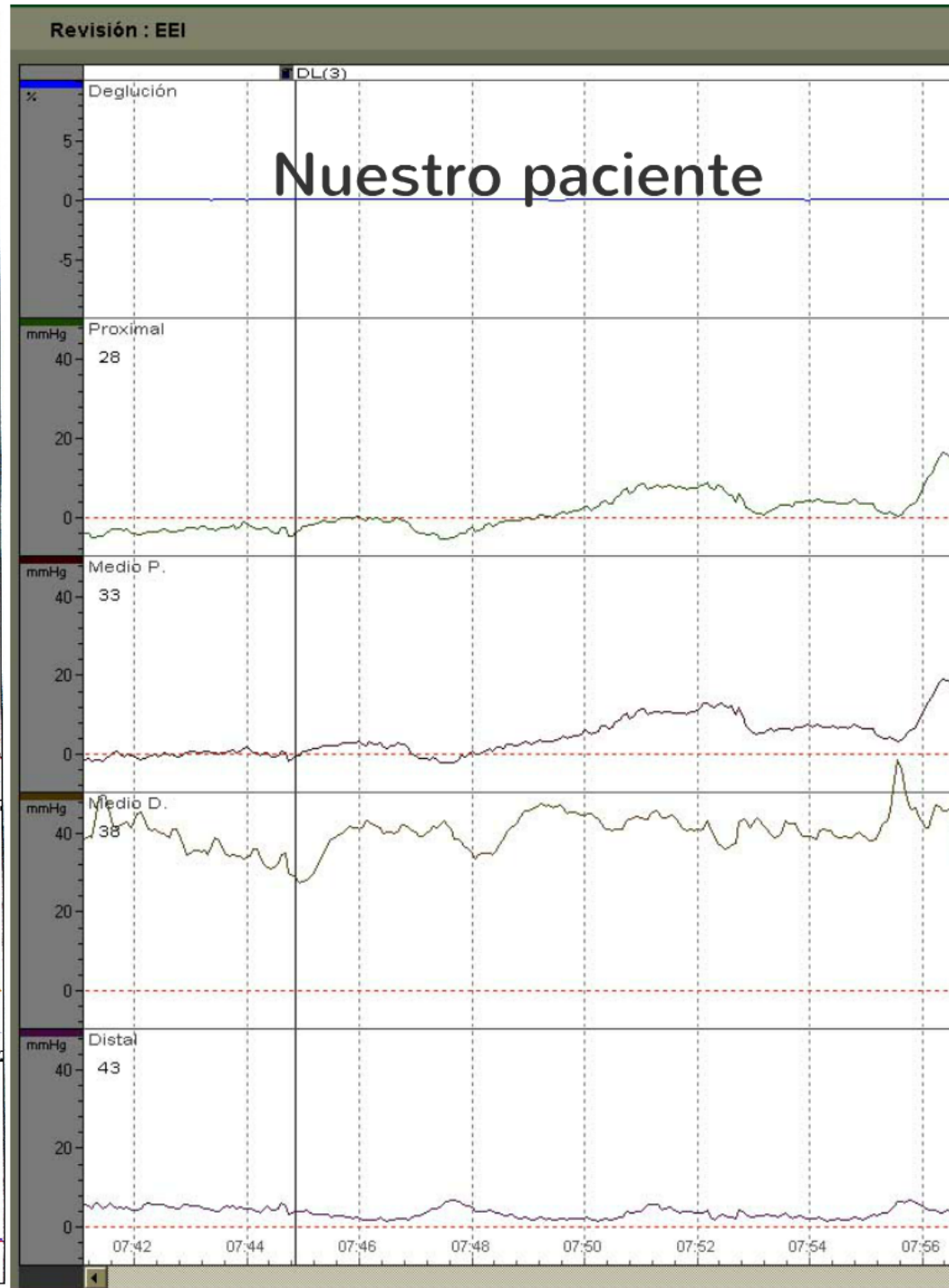
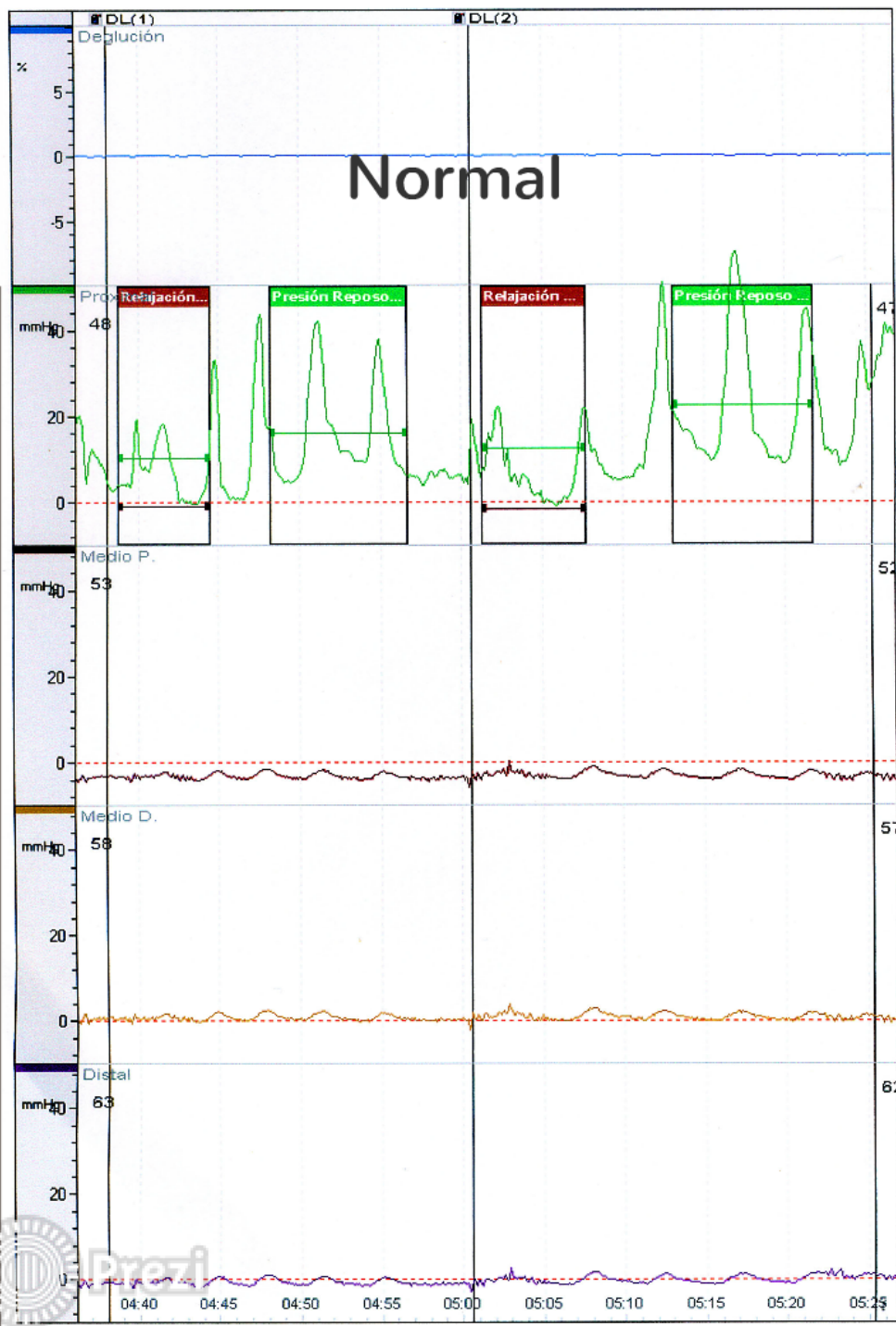
Otros:

- ↑ presión basal EEI
- ↑ presión basal del cuerpo esofágico.



Cuerpo Esofágico:





Tratamiento:




Inyección endoscópica de TOXINA BOTULÍNICA:

- Efectivo a corto plazo, (solo de 3 a 7 meses) (eficacia a largo plazo disminuye al 30% a los 12 meses).
- Reservado para:
 - Alto riesgo quirúrgico.
 - Persistencia de clínica tras cirugía.



Dilatación esofágica:

- Mejor en adultos que en niño (mayor recidiva y antes cuanto más joven)
- Tasa de perforación de hasta el 5-12%. 



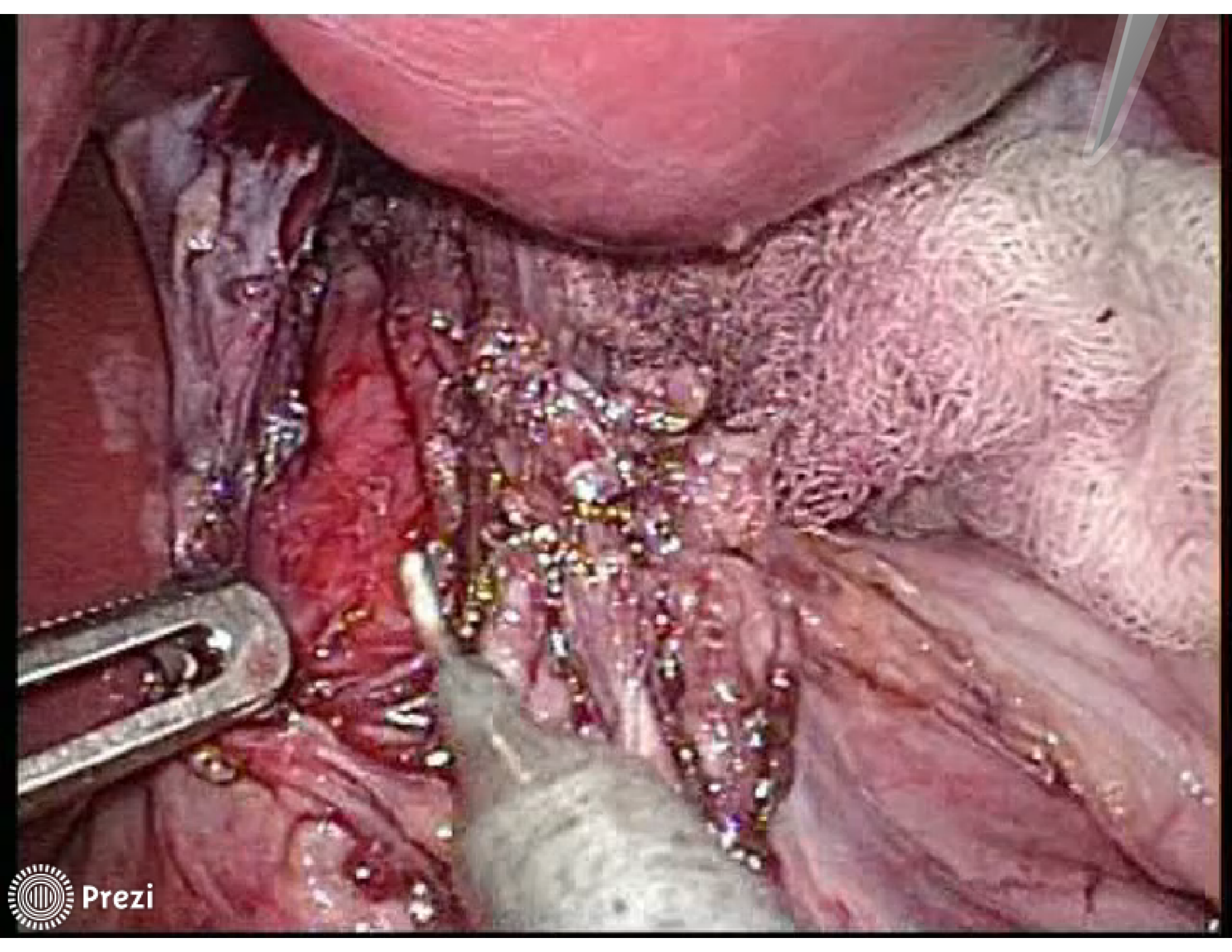
Cardiomiectomía. Técnica de Heller modificada:

Corte de la capa muscular (sin lesionar mucosa), que se extiende anterior hacia estomago 1cm.

+

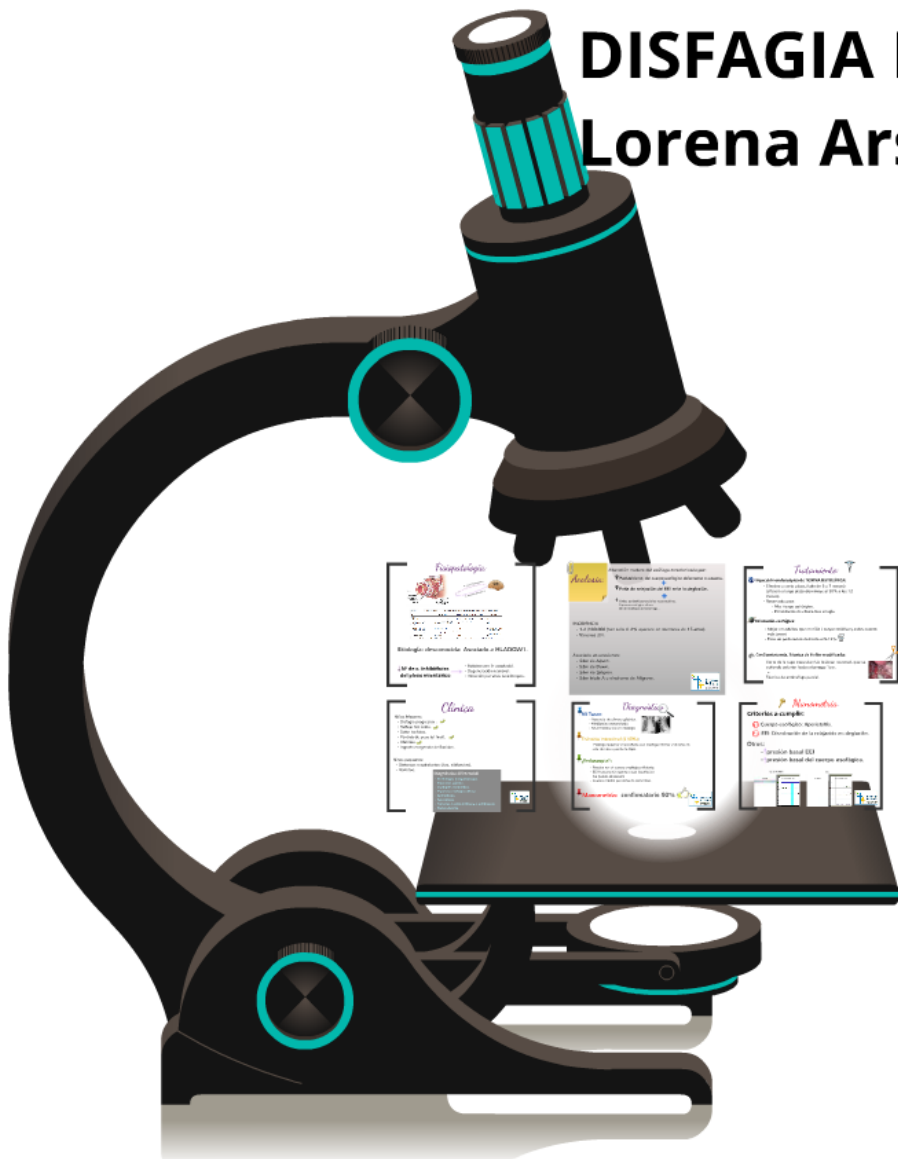
Técnica de antirreflujo parcial.





DISFAGIA EN NIÑO DE 10 AÑOS

Lorena Arsenal cano.



Presentación del caso

10 años, Remitido a DII por:

- Enfermo
- 1º subido
- 2º kg años, todos los días

Objeto:

- Regurgitaciones
- NO dolor
- Alargando las digestión

Factores de peso: 12-13% (0-8 kg)

Antecedentes familiares: Sin antecedentes

Antecedentes personales: Sin antecedentes

Antecedentes: Buen estado general. Buen estado de salud. Antecedentes de gastroenteritis de curso y dolor abdominal. Sin antecedentes de alergias. Sin antecedentes de enfermedades crónicas.



Fisiopatología

Antes

Tratamiento

Clinica

Diagnóstico

Monitoreo

En nuestro hospital:

- 1. Regurgitaciones
- 2. Pérdida de peso
- 3. Pérdida de apetito
- 4. Pérdida de apetito
- 5. Pérdida de apetito
- 6. Pérdida de apetito
- 7. Pérdida de apetito
- 8. Pérdida de apetito
- 9. Pérdida de apetito
- 10. Pérdida de apetito