

LA ENDOSCOPIA Y EL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN EN GATOS ESTUDIO RETROSPECTIVO

APREA AN¹, GIORDANO AL¹, BLASCO AM²,
CRESPO M¹, BASCHAR H², BONZO E³

¹Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Área Endoscopia

²Servicio de Cirugía, ³Epidemiología Básica.

Facultad de Ciencias Veterinarias. Universidad Nacional de La Plata.

Resumen: Se presenta un informe retrospectivo sobre estudios endoscópicos realizados en gatos con trastornos de la deglución (disfagia y/o regurgitación) y una revisión sobre el tema. *Materiales y Métodos.* Se identificaron todos los felinos derivados al Servicio de Endoscopia por presentar trastornos de la deglución entre los años 2006 y 2010. Se analizaron los siguientes datos: edad, sexo, raza, signos clínicos asociados, evolución y hallazgos endoscópicos. *Resultados.* Sobre 78 endoscopias realizadas en felinos, se analizaron aquellas cuyo signo motivo de la derivación era disfagia y/o regurgitación. El 45 % (35/78) fueron digestivas altas y los problemas en la deglución se presentaban en el 34% (12/35). Los hallazgos endoscópicos fueron: estomatitis 8%, masa en orofaringe 17%, cuerpos extraños 17%, tonsilitis 8%, estenosis esofágica 17%, esofagitis 17 %, sin particularidades 17%. En el 34 % de los casos la endoscopia fue diagnóstica y terapéutica. *Discusión y conclusiones.* En 75% de los casos se encontraron alteraciones, lo que indicaría que el estudio endoscópico resulta indispensable para el reconocimiento de lesiones en pacientes con esos signos. Por otro lado, en 34% de los casos la endoscopia tuvo una función diagnóstica y al mismo tiempo terapéutica evitando al paciente sufrimientos y tratamientos prolongados.

Palabras Clave: Disfagia, gatos, endoscopia

ENDOSCOPY AND DIAGNOSIS OF SWALLOWING DISORDERS IN CATS. RETROSPECTIVE STUDY

Abstract: We present a retrospective study of endoscopies performed in cats with swallowing disorders and a review of the subject. *Materials and Methods.* All cats referred to the Department of Endoscopy for swallowing disorders between 2006 and 2010, were identified. The following data were analyzed: age, sex, race, associated clinical signs, course and endoscopic findings. *Results.* Out of 78 endoscopies performed in cats, we analyzed those in which dysphagia / regurgitation was the reason for referral. 45% of them (35/78) were upper gastrointestinal endoscopies and swallowing disorders was observed in 34% of them (12/35). Endoscopic findings were: stomatitis 8%, mass in oropharynx 17%, foreign bodies 17%, tonsillitis 8%, esophageal stricture 17%, esophagitis 17%, unremarkable 17%. In 34% of the cases, the endoscopy was diagnostic and therapeutic. *Discussion and conclusions.* In 75% of the cases, changes were found. This would indicate that the endoscopy is essential for the recognition of lesions in patients presenting these signs. Moreover, in 34% of the cases, endoscopy had a diagnostic function as well as a therapeutic one, thus preventing the patient from suffering and undergoing long-term treatments.

Key Words: Dysphagia, cats, endoscopy.

Fecha de recepción: 01/08/12

Fecha de aprobación: 10/12/12

Dirección para correspondencia: Aprea A., Servicio de Diagnóstico por Imágenes- Área Endoscopia. Facultad de Ciencias Veterinarias. Universidad Nacional de La Plata. CC 296, (B1900AVW) La Plata. Argentina.

E-mail: endoscopia@fcv.unlp.edu.ar

INTRODUCCIÓN

TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN

La disfagia y la regurgitación son dos signos clínicos asociados a los trastornos de la deglución. Se define a la disfagia como la deglución dolorosa y/o dificultosa, y a la regurgitación como la evacuación pasiva de alimento sin digerir desde el esófago. La diferenciación entre estos dos signos puede ayudar a ubicar anatómicamente el lugar de la lesión debido a que la disfagia es el principal signo asociado con enfermedades de la cavidad oral y faringe, mientras que la regurgitación es la principal manifestación de enfermedad esofágica. En la mayoría de los pacientes con problemas en la deglución tiende a predominar uno de los dos signos, aunque a veces pueden coexistir, en cuyo caso otros signos clínicos pueden ser de utilidad para ubicar la lesión. Tabla 1.

La disfagia puede ser provocada por obstrucciones, disturbios de la motilidad o dolor en procesos inflamatorios. Por la localización de la causa se la clasifica en oro - faríngea y/o esofágica. La disfagia oral se caracteriza por dificultad para la prensión de alimento, del agua, y por la caída de los mismos de la boca; en la de origen faríngeo se observa presencia de arcadas, movimientos deglutorios exagerados y frecuentes; caída de alimento de la boca segundos posteriores a su prensión; puede haber descarga nasal y tos por ingreso de alimento en nasofaringe y/laringe. Por el contrario en la disfagia de origen esofágico (con esofagitis u obstrucción) no hay movimientos exagerados ni caída de comida, puede haber tos, secundaria a la aspiración de alimentos. Pueden ser causa de disfagia oro faríngea: el dolor en cavidad bucal (estomatitis, glositis, enfermedades dentales y periodontales, tonsilitis, cuerpos extraños, fracturas, absceso retro bulbar), la presencia de masas (neoplasias, granuloma eosinofílico, obstrucción por cuerpo

extraño, sialocele); enfermedades neuromusculares (miastenia gravis, polimiositis, enfermedades de la articulación témporo-mandibular); enfermedades neurológicas (rabia, parálisis del trigémino, neuropatías de los pares craneales VII, IX, X, XII) entre otras. Causas de disfagia esofágica: cuerpos extraños, masas, procesos inflamatorios, trastornos neuromusculares Fig.1. Algunos autores clasifican en funcional (muscular, neurológica) y estructural (trauma, estenosis, cuerpos extraños) (1, 2, 3, 4).

Durante el examen físico se pueden identificar muchas de las causas, como por ejemplo traumas, masas, cuerpos extraños orales, entre otras. En los pacientes con desórdenes neuromusculares el examen físico no brinda muchos datos. En algunos casos puede haber atrofia muscular local o generalizada, ausencia o disminución del reflejo deglutorio. Dentro de la planificación diagnóstica, la endoscopia se utiliza para la exploración de la oro faringe y el esófago cuando con el examen físico, las pruebas de laboratorio y los estudios radiológicos no se llega a un diagnóstico. También se la utiliza en algunos casos como terapéutica (extracción de cuerpos extraños, dilatación de estenosis).

ENDOSCOPIA: PREPARACIÓN Y TÉCNICA

La endoscopia digestiva alta o anterior comprende la exploración de la faringe, esófago, estómago y duodeno. El paciente se prepara con un ayuno de sólidos de 12 a 24 horas y 6 a 4 hs de ayuno de líquidos. Los estudios endoscópicos se realizan bajo anestesia general. El protocolo anestésico se establece en base al estado general del paciente y examen clínico, teniendo en cuenta otras patologías preexistentes además del cuadro digestivo, resultados de laboratorio (hematocrito, perfil renal, nivel de proteínas en sangre, coa-

Tabla 1- Signos clínicos asociados a enfermedad oro faríngea y esofágica (1).

SIGNO CLINICO	ENFERMEDAD. OROFARÍNGEA	ENFERMEDAD. ESOFÁGICA
Disfagia	siempre presente	a veces presente
Regurgitación	ausente	presente
Vómito	ausente	ausente
Hipersalivación	usualmente presente	puede estar presente
Nauseas	a veces presente	usualmente ausente
Habilidad para ingerir líquidos	anormal	normal
Ingesta de sólidos	anormal	normal
Goteo de alimento desde la boca	presente	ausente
Tiempo de eliminación	inmediato	inmediato o no
Número de intentos de deglución	múltiples	uno o muchos
Signos asociados	descarga nasal	disnea, tos

gulograma). En los animales con disfagia puede haber aspiración de contenido esofágico en el momento de la pre medicación o inducción por lo que es importante estar atento a esta complicación y evitar drogas que produzcan náuseas o vómitos como es el caso de la xilacina. Esta droga, ampliamente difundida en anestesia para gatos, debe utilizarse con precaución en estos casos. La ketamina se puede administrar a bajas dosis 5-8 mg/kg im o sc para un mejor manejo del paciente, y luego de establecida la vía venosa, administrar diazepam o midazolam y propofol para lograr el plano necesario, realizar intubación endotraqueal y continuar el mantenimiento con anestésicos inhalatorios. Si esto no es posible, y debe mantenerse el plano anestésico con drogas inyectables, puede hacerse con diazepam y ketamina en las dosis convencionales para inducción generalmente con una sola aplicación en bolo es suficiente para el total del procedimiento. En el gato puede producirse espasmo de la laringe al tratar de intubarlo, esto se previene colocando lidocaína en la laringe (spray o solución al 2 %) dejar actuar y colocar el tubo adecuado. El uso de otras drogas que complementen el protocolo anestésico, como ser anticolinérgicos: atropina, se establece en base a las necesidades del caso por ej. para la extracción de cuerpos extraños del esófago, la tracción de los mismos, puede provocar reflejo vagal, por lo que está indicado administrarla en la pre medicación.

En todos los casos debe monitorearse en el paciente, además de los parámetros cardíacos y respiratorios, el nivel de distensión del estómago debido al aire que continuamente se insufla desde el endoscopio. El estómago muy distendido dificulta la respiración y el retorno venoso al corazón, si se detecta esta situación, se debe aspirar el contenido de aire antes de seguir con el estudio.

Los animales se colocan en decúbito lateral izquierdo. Siempre se debe trabajar con tubo endotraqueal y abre bocas (Fig. 2). El tubo endotraqueal es particularmente importante para prevenir la aspiración de material regurgitado durante la maniobra. En primer lugar se procede a la exploración directa de la cavidad oral, observando mucosa, piezas dentales, presencia de masas, cuerpos extraños, úlceras, soluciones de continuidad. El endoscopio flexible (fibro o video endoscopio) se introduce por la boca, a lo largo de la línea media del paladar, ingresando en la faringe. Esta maniobra permite observar, las amígdalas palatinas, faringe, esfínter esofágico superior, que se visualiza en dorsal a la laringe y al tubo endotraqueal. Una vez atravesado el esfínter se ingresa, mediante insuflación, al esófago. La mucosa esofágica normal es de color rosa pálido. En el gato, el esófago distal, presenta una coloración rosa más oscuro, y un anillado que no existe en

Fig. 1 – Clasificación por ubicación anatómica

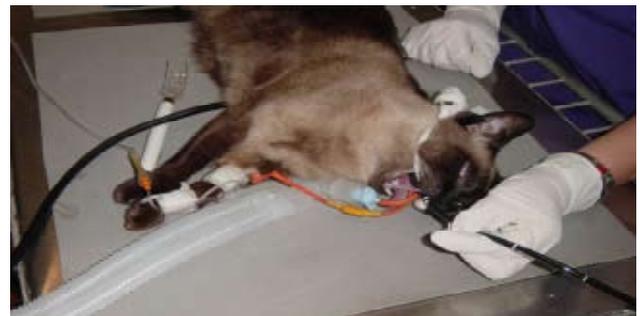
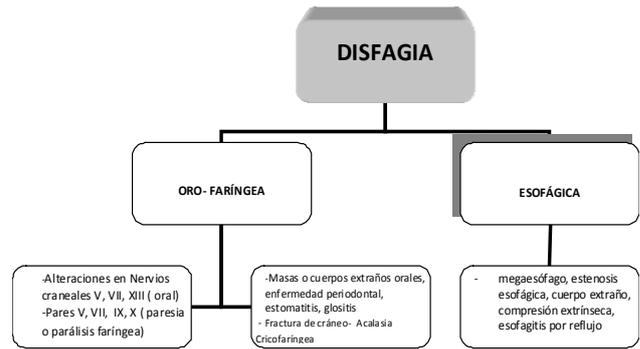


Fig.2. Posicionamiento (decúbito lateral izquierdo).



Fig.3. Masa en faringe.

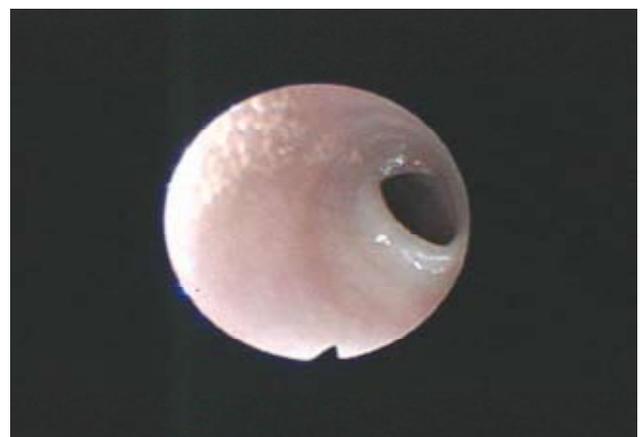


Fig. 4 – Estenosis esofágica anular benigna

A. Aprea y col.

la especie canina (5). Este método permite visualizar estado de mucosas, presencia de contenidos anormales y alteraciones anatómicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo. Se identificaron las historias clínicas de todos los felinos derivados al Servicio de Endoscopia por presentar trastornos de la deglución (disfagia y/o regurgitación) entre los años 2006 y 2010. Se analizaron los siguientes datos edad, sexo, raza, signos clínicos asociados, evolución y hallazgos endoscópicos.

RESULTADOS

Sobre una casuística total de 78 endoscopias realizadas en felinos, se analizaron aquellas cuyo signo motivo de la derivación era disfagia y/o regurgitación. El 45 % (35/78) de las endoscopias fueron digestivas altas y la derivación por trastornos en la deglución se observó en el 34 % (12/35). Presentaban disfagia como único signo el 58 % (7/12), y disfagia asociada a otros signos (sialorrea, regurgitación) el resto de los casos. La edad promedio varió en un rango de 1 a 16 años con una mediana de 8,25. El 67 % de los casos eran machos. El tiempo de evolución osciló entre 3 días y 4 meses. Los hallazgos endoscópicos fueron los siguientes: estomatitis 8 %, masa en oro faringe 17 % (Fig.3), cuerpos extraños 17 %, tonsilitis 8 %, estenosis esofágica 17 % (Fig.4), esofagitis 17 %, sin particularidades 17 %. En el 34 % de los casos la endoscopia fue diagnóstica y terapéutica ya que permitió la extracción de los cuerpos extraños y la dilatación de las estenosis esofágicas.

DISCUSIÓN

En 75 % de los casos a los que se realizó el estudio endoscópico debido a disfagia, se encontraron alteraciones no identificadas por otros métodos complementarios. La posibilidad de observar directamente la mucosa y la luz de la faringe, laringe y esófago permite confirmar o desechar diagnósticos diferenciales. Esto hace que la incorporación de la exploración endoscópica en los protocolos de diagnóstico resulte ser una herramienta indispensable para el reconocimiento de lesiones en pacientes con esos signos. La endoscopia no reemplaza al examen físico, lo complementa, ya que permite una inspección indirecta. Tampoco reemplaza a los estudios radiológicos, como por ejemplo en el diagnóstico de megaesófago y/o de alteraciones en articulación temporomandibular, causas frecuentes de trastornos en la deglución. Destacamos por lo tanto la importancia de respetar los pasos en el protocolo de diagnóstico. Por otro lado en 34% de los casos analizados la endoscopia tuvo una

función diagnóstica y al mismo tiempo terapéutica. Su utilización en el momento adecuado evitará al paciente sufrimientos y tratamientos prolongados.

AGRADECIMIENTOS:

Programa de Incentivos UNLP V11/197

BIBLIOGRAFÍA

1. Washabau RJ. Dysphagia and regurgitation. En: Hall E, Simpson J, Williams D. (ed) BSAVA Manual of Canine and Feline Gastroenterology, Second edition. Ed. Replika Press, India, 2005. pp 69-72.
2. Burrows C. Trastornos gastrointestinales. En: Schaer, M. (ed) Medicina Clínica del perro y el gato. Ed. Masson – Elsevier, Barcelona, 2006.
3. Spillman T. Endoscopy of the upper gastrointestinal tract – when is it really indicated. Proceedings of the 33rd World Small Animal veterinary Congress 2008. Dublin, Ireland, pp 369-370.
4. Venker-van Haagen A. Diseases of the throat (pharynx and larynx). 2006 World Congress. WSAVA/FCAVA/CSAVA <http://www.avis.org/proceedings/wsava/2006/lecture26/Venker1.pdf?LA=1>
5. Lecoindre P. Atlas d'Endoscopie chez les carnivores domestiques. MED'COM éditions. Paris, 2001.