

329/151 - DOCTOR, SE ME 'TRABA' LA COMIDA Y SIENTO UN NUDO EN EL ESTÓMAGO

O. Fernández Casares¹; M. Rodríguez Porres²; S. Lisca Pérez³; D. Santana Castillo⁴.

¹Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Cantabria.²Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Cantabria.

⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Barrera. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 67 años asmática, hipertensa y dislipémica en tratamiento con: alprazolam, valsartán/hidroclorotiazida, rosuvastatina, colecalciferol, fluticasona, formoterol/beclometasona y omeprazol. Acude a su médico de Atención Primaria por epigastralgia que se alivia con ventoseo y eructos, dice estar muy ansiosa por un problema económico. Pautamos cleboprida/simeticona pero, ante la falta de mejoría, acude de nuevo a la semana por disfagia mixta y sensación de reflujo. Derivamos a Digestivo que realiza gastroscopia con resultado normal etiquetándose el cuadro como “disfagia de origen somático”, pautan esomeprazol y dan de alta de dicho servicio. A los 5 meses consulta de nuevo por empeoramiento de flatulencia y dolor retro-esternal relacionado con el reflujo que no mejora a pesar del tratamiento por lo que reenviamos a Digestivo. Repiten la gastroscopia en la que se observa un esófago discretamente dilatado con presencia de ondas terciarias sugestivo de trastorno motor esofágico.

Exploración y pruebas complementarias: Abdomen blando, depresible sin signos de irritación peritoneal, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. RHA +. Tras hallazgos encontrados en segunda gastroscopia se realizaron diversas pruebas complementarias: Manometría esofágica: ausencia de peristaltismo con presencia de ondas simultáneas de baja amplitud en el 100% de las degluciones. Tracto gastrointestinal: dilatación significativa del esófago hasta esfínter. Motilidad disminuida con pequeñas ondas no propulsivas. Ante hallazgos compatibles con acalasia iniciamos tratamiento farmacológico con calcioantagonistas y planteamos a la paciente tratamiento quirúrgico (Miotomía de Heller) vs dilatación endoscópica o toxina botulínica. La paciente opta por realizarse dilatación endoscópica con balón con buen resultado de la misma. Actualmente se encuentra en seguimiento y control por el Servicio de Digestivo.

Juicio clínico: Acalasia.

Diagnóstico diferencial: Espasmo esofágico difuso, síndrome de CREST, esofagitis eosinofílica, ERGE.

Comentario final: La acalasia es un desorden primario de la motilidad esofágica caracterizado por ausencia de ondas peristálticas y falta de relajación del EEI. Se presenta con disfagia lenta y progresiva para líquidos y sólidos, puede haber dolor torácico y pérdida de peso. Atendiendo a nuestro caso, la paciente refería dolor retroesternal y disfagia para líquidos y sólidos, hallazgos compatibles con el diagnóstico. Primeramente tratamos con antiácidos pensando en una dispepsia, posteriormente derivamos a Atención Especializada que atribuyó su sintomatología a un cuadro de origen funcional dados los antecedentes. Hubo que realizar una

segunda interconsulta y repetir pruebas diagnósticas para filiar su cuadro. Como médicos de Atención Primaria hemos de realizar una buena historia clínica, apoyarnos en las herramientas diagnósticas y solicitar Atención Especializada nuevamente si lo consideramos preciso.

Bibliografía

- Allaix M.G., Patti M.E. Nuevas tendencias y conceptos en el diagnóstico y tratamiento de la acalasia. Cirugía Española. 2013;91(6):352-57.
- Jimenez Ramos R, Roque González CR, Anido Escobar CV. Estrategias terapéuticas en el tratamiento de la acalasia esofágica. Revista cubana de cirugía. 2015;54(4):318-26.