



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/857 - Nudo en la garganta... Achalasia

C.J. Sánchez Aranda^a, C.M. Castillo Martín^b, L. Belalía El Beriri^c, N. Fernández Gervilla^d, I.M. Boullosa Pérez^a, R. Cerezo Molina^d, A. Allés Florit^b, J.R. Vizán Caravaca^e, L. Valle Soriano^b y N. Soto Ponce^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-San Antonio. Granada. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Granada. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril Centro. Granada. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril Este. Granada. ^eMédico Residente de Medicina Interna. Hospital de Motril. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 56 años fumador de 20 cigarrillos/día, dislipémico. Consulta en varias ocasiones a su médico por sensación de “nudo en boca del estómago” con algún episodio de atragantamiento a sólidos y líquidos, náuseas sin vómito ni ardores, de seis meses de evolución. Se deriva a digestivo para estudio tras no mejora con tratamiento sintomático (omeprazol 20 mg), quién realiza endoscopia digestiva alta (EDA), test del aliento; esófago, estómago y duodeno con doble contraste (EED-doble contraste) y manometría.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente. Buen estado general. Abdomen blando, depresible, discretamente doloroso en epigastrio. EDA (año 2014): esófago con resistencia al paso del endoscopio (biopsia 1). Cardias suficiente sin hernia de hiato. Antritis erosiva severa. Úlceras duodeno-bulbares fibrinadas con fondo hemático oscuro (biopsia 2 – test ureasa). Anatomía patológica: (1) moderada inflamación crónica agudizada en lámina propia. (2) Test ureasa positivo. Tratamiento erradicador. Un año después, en revisión, mejoría clínica, control test aliento: negativo. Actualmente refiere empeoramiento clínico, digestivo pide EED-doble contraste: ensanchamiento esófago distal con ondas terciarias y estenosis de esfínter esofágico inferior (pico de flauta) con dificultad de paso contraste a estómago, compatible con achalasia. Se solicita manometría y se prescribe nifedipino 10 mg y omeprazol 40 mg, para control de síntomas.

Juicio clínico: Achalasia esofágica

Diagnóstico diferencial: Cáncer esófago-gástrico, esclerodermia, úlcera gástrica, membranas y anillos esofágicos, espasmo difuso esofágico.

Comentario final: La achalasia se caracteriza por ausencia de peristaltismo primario y ausencia/dificultad para la relajación del esfínter esofágico inferior, originando una dilatación progresiva del esófago. El principal síntoma es la disfagia, que puede ser tanto a sólidos como a líquidos, o a ambos, presentándose de forma lenta, intermitente y progresiva en el tiempo. El gold standard para el diagnóstico es la manometría, aunque la clínica y diagnóstico radiológico, nos ayudan a ello. Es importante garantizar una nutrición adecuada. Las posibilidades de tratamiento son muy variadas, adaptadas a las características de cada paciente: farmacológico (calcio antagonistas, nitritos), endoscópico (toxina botulínica y dilatación con balón) y quirúrgico (miotomía).

Bibliografía

1. Montoro M, García Pagán J. Gastroenterología y hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica, 2ª ed. Barcelona: Jarpyo Editores, 2012.

Palabras clave: Atragantamiento. Disfagia. Manometría. Miotomía.