

## 424/1688 - ACALASIA

A. Ardanza Cuevas<sup>1</sup>, A. Alberdi Luengo<sup>1</sup>, M. Monasterio Conde<sup>2</sup> y P. Cuadros Tito<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Alto Deba Mondragón. Guipúzcoa. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Alto Deba. Mondragón. Guipúzcoa. <sup>3</sup>Médico de Medicina Interna. Hospital Alto Deba. Mondragón. Guipúzcoa.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 96 años. Antecedentes: acalasia grave y esófago sigmoide. Tras la ingesta de pescado y marisco, presentó disfagia a sólidos y líquidos y sensación de “stop” centro torácico. Epigastralgia, náuseas y sialorrea. Dos episodios previos de taponamiento esofágico resueltos con gastroscopia. Dieta blanda, adherencia irregular.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes vitales en rango. Normocoloreada, normoperfundida y eupneica. Halitosis franca. Auscultación: soplo sistólico aórtico conocido. Abdomen doloroso en epigastrio, resto: anodino. Electrocardiograma, radiografía de tórax y analítica: normales. Gastroscopia (inicial): ocupación total del esófago desde proximal por un molde alimenticio fibroso con restos sólidos, fibroso, un langostino y medicación. Fue imposible su extracción tras ocho pases con gastroscopio, procediéndose a la fragmentación del bolo por cardias estenótico y esófago sigmoide que impedían la progresión. Dilatación neumática.

**Orientación diagnóstica:** Disfagia esofágica funcional en paciente con antecedentes de acalasia severa no cumplidora de restricción dietética.

**Diagnóstico diferencial:** Debemos diferenciar la disfagia orofaríngea y esofágica, distinguibles por la localización y síntomas acompañantes. En nuestra paciente aparece retroesternalmente y aqueja regurgitación y pirosis, sugiriendo disfagia esofágica. Estas pueden ser de causa orgánica o funcional. En la disfagia orgánica aparece inicialmente disfagia para sólidos de localización fija y con presentación constante. El origen puede ser benigno (progresión media, repercusión escasa: estenosis péptica), o maligno (curso rápido, importante repercusión: carcinoma de esófago). En nuestro caso la disfagia afecta a sólidos y líquidos indistintamente, con localización variable, presentación intermitente, progresión lenta y repercusión nula o escasa sugiriendo disfagia funcional, cuya causa más representativa es la acalasia.

**Comentario final:** Este caso se manejó de forma conservadora, respetando la voluntad de la paciente, y descartando su derivación. Tras la primera gastroscopia, precisó analgesia, bebidas gaseosas y enzimas proteolíticas (Kreon). La gastroscopia de control mostró finalmente ausencia de restos alimentarios en la cavidad, y se realizó inyección de 100 UI de toxina botulínica en cardias de forma preventiva. Se deprescribió simvastatina y pantoprazol y la paciente fue dada de alta con indicación de dieta líquida y medicación pulverizada.

### Bibliografía

1. Ortiz Bellver, V. Disfagia Orofaríngea y trastornos motores esofágicos. En: Ponce J. Tratamiento de enfermedades gastroenterológicas, 3<sup>a</sup> ed. Elsevier; 2011. pp. 3-17.

**Palabras clave:** Esófago. Acalasia.