



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 452/21 - ACALASIA, UNA CAUSA DE DISFAGIA

N. Lanau Bellosta<sup>1</sup>, C. Izquierdo Rodríguez<sup>1</sup>, B. Valle Salazar<sup>1</sup>, P. Coomonte Túnez<sup>1</sup>, L. Val Gil<sup>2</sup>, A. Moreno Juste<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>3</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sector III. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 48 años de edad con antecedentes médicos de hipercolesterolemia. No intervenciones quirúrgicas. No medicación habitual. No alergias medicamentosas conocidas. Desde hace unos meses presenta disfagia para sólidos y sensación de detención del alimento en mitad del pecho “como si se quedará la comida” que le produce dolor centrotorácico de tipo opresivo sin irradiación. No le ocurre en todas las comidas pero ha ido aumentando su frecuencia. Regurgitación espontánea durante la comida. No náuseas ni vómitos. No dolor abdominal. Pérdida ponderal sin cuantificar. No síntomas tiroideos, disfonía, tos o atragantamiento. No sialorrea ni halitosis. No síntomas dermatológicos, reumatológicos ni neurológicos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente consciente, orientado y colaborador. Buen estado general. Normocoloreado y normohidratado. Eupneico en reposo. AC: rítmico, no ausculto soplos. AP: normoventilación pulmonar. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. EEII: No edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Estudio esofagogastroduodenal con contraste baritado: esófago con aumento de calibre y afilamiento a nivel distal de contornos lisos en la unión esofagogástrica. En decúbito se evidencia ausencia de ondas propulsivas e incapacidad de vaciamiento a cámara gástrica. Afilamiento y escasa apertura del esfínter esofágico inferior con morfología de pico de pájaro. Dinámica gástrica enlentecida con buen vaciamiento a nivel pilórico. Gastroscoopia: esófago dilatado sin peristaltismo y con restos de comida. Mejoría clínica y radiológica tras la dilatación, con recuperación ponderal, aunque refiere disfagia para sólidos 1 vez/semana y pirosis. Se continúa con las revisiones en el servicio de digestivo y se pauta pantoprazol 40 mg 1 comprimido/día.

**Juicio clínico:** Acalasia.

**Diagnóstico diferencial:** Una disfagia puede ser de origen orofaríngeo o esofágico. En caso de ser de origen esofágico el dolor se localiza en la región esternal (no en el cuello), presenta regurgitación tardía, dolor torácico y pirosis (no presentará masticación dificultosa, ni escape de comida por la boca, ni sialorrea, ni disartria, ni regurgitación inmediata...). Entre los diagnósticos diferenciales de la disfagia esofágica debemos pensar en reflujo gastroesofágico, anillo de Schatzki, esofagitis infecciosa, lesión cáustica, escleroterapia, radioterapia, tumores (esofágicos, linfoma, cáncer de pulmón), TBC, espasmo esofágico difuso, esclerodermia, acalasia...

**Comentario final:** La acalasia es una enfermedad poco frecuente cuya etiología es desconocida. Se produce por degeneración de las neuronas del plexo mientérico del esófago, degeneración mielínica del vago y

degeneración de las células nerviosas del núcleo motor dorsal de dicho nervio. Es más frecuente entre los 20-40 años. Se diagnostica con estudios radiológicos y manométricos destacando el estudio gastroduodenal (disminución de la peristalsis esofágica con dilatación esofágica y extremo distal afilado) y la manometría (aperistalsis del cuerpo del esófago e imposibilidad para la relajación del esfínter esofágico inferior). El tratamiento puede ser farmacológico (nitratos y calcioantagonistas), en los casos leves y con alto riesgo quirúrgico, pero el tratamiento de elección es la dilatación neumática. Como método quirúrgico citar la miotomía, dejando la esofaguectomía para megaesófagos avanzados y recurrencia clínica tras la miotomía. Por último, citar que otra opción terapéutica es la toxina botulínica.

## Bibliografía

Herrero Salas B, Gutierrez Sanchez I. Acalasia: un diagnóstico a considerar. SEMERGEN. 2005;31(7):325-8.

Gonzalez Martin B, López Vizcaíno I. Acalasia: a propósito de un caso. SEMERGEN. 2011;37(7):375-8.

Fisterra.com. Atención Primaria en la Red. [sede web]. La Coruña: Fisterra.com; 1990- [actualizada el 23 de noviembre de 2015; acceso el 1 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/acalasia/>

**Palabras clave:** Disfagia. Disfagia esofágica.