



## CARTA CIENTÍFICA

**Disfagia orofaríngea como forma de presentación de acalasia esofágica****Oropharyngeal dysphagia as a form of presentation of esophageal achalasia**

Sr. Editor:

Presentamos el siguiente caso clínico: varón de 91 años con clínica progresiva de tres meses de evolución de dificultad deglutoria, tos húmeda, disfonía, infecciones respiratorias y pérdida de peso no cuantificada, que empeora con dolor retroesternal y regurgitación alimentaria en los días previos a la consulta hospitalaria.

Antecedentes: hipertrofia benigna de próstata, deterioro cognitivo, leve perfil vascular, GDS 3, disautonomía por parkinsonismo, síndrome de Evans.

Tratamiento: ácido acetilsalicílico 100 mg, dutasterida/tamsulosina 0,5/0,4 mg, calcifediol 0,266 mg, omeprazol 20 mg, prednisona 5 mg, ácido fólico 5 mg, paracetamol 650 mg.

Situación basal:

Funcional: Barthel 50/100, deambula trayectos cortos con andador por inestabilidad de la marcha, ayuda en transferencias por miopatía esteroidea. Moderada ayuda en todas las actividades básicas de la vida diaria come con supervisión, incontinencia urinaria mixta y continencia fecal.

Mental: deterioro cognitivo leve GDS 3. Social: institucionalizado, cuatro hijos.

Ante los síntomas iniciales que orientaban al diagnóstico de disfagia orofaríngea (tos húmeda, infecciones respiratorias), se solicita valoración otorrinolaringológica:

- Fibroscopia: obliteración de seno piriforme izquierdo, abundantes secreciones retenidas en región posterior.
- Videoendoscopia con 5 mL de *pudding* que no consigue pasar a través del esfínter esofágico inferior, se queda retenido y penetra en laringe.

Se realiza una TC tóraco-abdominal: marcada dilatación esofágica difusa con contenido hidroaéreo sin distensión de cámara gástrica, con diagnóstico de acalasia como primera posibilidad (fig. 1).

En el estudio endoscópico: gran dificultad para progresar por una luz ampliamente distendida, con un bolsón esofágico con abundantes restos de alimento y mínima luz hacia estómago.

Se plantea el caso en sesión multidisciplinar con cirugía general y digestivo y, considerando la situación basal del paciente y de acuerdo a sus deseos y los de sus hijos, se decide intento de tratamiento médico con calcioantagonistas y nitratos, sin respuesta. Se plantea alimentación artificial definitiva mediante gastrostomía endoscópica percutánea, ejecutada sin complicaciones técnicas.



**Figura 1.** Corte sagital: gran dilatación del cuerpo esofágico. Cardias incompetente.

Durante el ingreso presenta complicaciones infecciosas (neumonía aspirativa, candidiasis orofaríngea), deterioro funcional severo a pesar de la intervención precoz de terapia ocupacional, y síndrome confusional hipoactivo. Recibe antibioterapia de amplio espectro, antifúngico y nutrición parenteral.

La acalasia es un trastorno motor esofágico infrecuente, crónico, progresivo e incurable, que puede ser primario (idiopática) o secundario<sup>1</sup>.

Se caracteriza por la alteración en la relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) tras la deglución y la ausencia de ondas peristálticas, lo que conlleva disminución del aclaramiento esofágico y la dilatación del esófago. Se ha descrito además, la disfunción del esfínter esofágico superior, bien por aumento de la presión de reposo intraesofágica que genera resistencia al flujo del bolo de faringe a esófago, o bien por hipertonía del esfínter superior como mecanismo de defensa frente a aspiraciones<sup>2,3</sup>.

La disfagia asociada a la acalasia es característicamente esofágica. La mayoría de los pacientes refieren dificultad para «transportar» el alimento por el esófago, una vez que el bolo ha atravesado la faringe y el esfínter esofágico superior. Además de esta localización predominantemente baja, asocian dolor torácico y regurgitación alimentaria tardía<sup>4</sup>. Los tiempos entre la deglución y la presentación de la sintomatología son superiores a 1–2 segundos. Cuando hay afectación tanto para sólidos como para líquidos, es probable que padezcan un trastorno de la motilidad esofágica, tal es el caso de la acalasia.

La disfagia orofaríngea es debida a trastornos neuromusculares que afectan a la hipofaringe y al esófago superior, muy frecuente

en ancianos con patología neurodegenerativa, con predominio para líquidos, asociando tos, regurgitación nasal, voz húmeda, etc. El paciente, a menudo, es incapaz de iniciar la deglución y debe intentarlo de forma reiterada. Con frecuencia percibe que el bolo no ha abandonado la orofaringe y localiza el lugar de los síntomas en la región del esófago cervical.

A pesar de que la forma de presentación clínica habitual en la acalasia es con afectación esofágica, el caso presentado demuestra que, de forma puntual, puede presentarse como una disfagia orofaríngea, con los síntomas característicos de ésta.

La calidad de vida de los pacientes se ve muy afectada a medida que avanza la enfermedad<sup>5</sup>.

Los factores básicos para la elección del tratamiento (médico, endoscópico y quirúrgico), dirigido a disminuir la presión en reposo del EEI, son los deseos del paciente, las opciones disponibles, el riesgo vital y los síntomas<sup>6</sup>.

No hay ningún relajante muscular específico del EEI. Se ha evaluado la acción de los antagonistas de los canales de calcio y los nitratos<sup>7</sup>. Los segundos producen una disminución más marcada y rápida de la presión que los primeros (nifedipino), pero los resultados con ambos son pobres y tienen efectos colaterales, como hipotensión, cefaleas y edemas.

En el caso de nuestro paciente, solamente fue posible el abordaje farmacológico, dada la negativa familiar a otros planteamientos: toxina botulínica, dilatación neumática endoscópica o abordaje quirúrgico mediante miotomía y técnica antireflujo<sup>8</sup>.

La adecuada selección del paciente y la individualización del tratamiento es la base del éxito.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Pandolfino JE, Kahrilas PJ. Presentation Diagnosis, and Management of Achalasia. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2013;11:887–97.
2. Argüelles Arias F, García Montes JM, Herreras Gutiérrez JM. Alteraciones motoras esofágicas Acalasia. Espasmo esofágico. Disfagia orofaríngea. *Medicine*. 2008;10:20–7.
3. Boeckxstaens GE, Zaninotto G, Richter JE. Achalasia. *Lancet*. 2014;383:83–93.
4. Baha S, Sibel E, Duyguy E, Ezgi K, Tayfun K, Serhat B, et al. Oropharyngeal swallowing functions are impaired in patients with naive-achalasia. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2020;277:1219–26.
5. Chen X, Li P, Wang F, Ji G, Miao L, You S. Psychological results of 438 patients with persisting gastroesophageal reflux disease symptoms by symptom checklist 90-revised questionnaire. *Euroasian J Hepatogastroenterol*. 2017;7:117–21.
6. Moonen AJ, Boeckxstaens GE. Management of achalasia. *Gastroenterol Clin North Am*. 2013;42:45–55.
7. Garrigues Gil V, Ortiz Bellver V. Acalasia esofágica. *GH Continuada*. 2010;9:275–80.
8. Menezes MA, Herbella FAM, Patti MG. High-resolution manometry evaluation of the pharynx and upper esophageal sphincter motility in patients with achalasia. *J Gastrointest Surg*. 2015;19:1753–7.

Carolina Palicio Martínez

*Servicio de Geriatría, Unidad de Hospitalización. Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, Madrid, España*  
Correo electrónico: [carolinapalicio302@hotmail.com](mailto:carolinapalicio302@hotmail.com)