

# «Doctor, ¡con lo que a mí me gusta comer y no puedo!»

“Doctor, I love to eat, but I can’t!”

Lorena Vallejo Puntero<sup>a</sup>, Francisco José Román Pérez<sup>b</sup>, Elena María Pérez Guerra<sup>c</sup> y Miguel Ballesteros Corrales<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Bárbara. Toledo (España)

<sup>b</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Bárbara. Toledo (España).

<sup>c</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sonseca. Toledo (España).

<sup>d</sup>Residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María de Benquerencia. Toledo (España).

## Correo electrónico:

Lorena Vallejo Puntero.

lore9\_10\_11@hotmail.com

Recibido el 23 de noviembre de 2023.  
Aceptado para su publicación el 20 de marzo de 2024.

## RESUMEN

Dentro de los trastornos de la motilidad del esófago, una de las principales patologías clínicas que debemos sospechar, tanto por su importancia como por sus repercusiones clínicas y pronósticas, es el espasmo esofágico difuso. Este es un trastorno motor primario ocasionado por una hipercontractilidad esofágica. El diagnóstico se fundamenta básicamente en la sospecha clínica, así como en la detección de la contractilidad espástica a través del tránsito gastroesofágico y la manometría esofágica. Su tratamiento es controvertido dada la baja eficacia de los medicamentos empleados. Disponemos de diferentes opciones de tratamiento médico, que incluyen calcioantagonistas, nitratos, procinéticos, inhibidores de la 5-fosfodiesterasa y antidepresivos. La inyección esofágica de toxina botulínica y la cirugía quedan relegadas para casos refractarios al tratamiento médico.

Exponemos el caso de nuestro paciente, que presentaba episodios de disfagia para alimentos sólidos. En las pruebas complementarias realizadas, destacó, en el tránsito gastroesofágico, la presencia de un esófago con morfología en sacacorchos, sugestivo de espasmo esofágico difuso. Se pautó dieta blanda, así como procinéticos, y en la actualidad mantiene un buen control de la sintomatología.

**Palabras clave:** esófago, manometría, espasmo, deglución.

## ABSTRACT

Within the scope of oesophagus motility disorders, one of the main clinical pathologies that must be suspected both for its importance and its clinical and prognostic impact, is diffuse oesophageal spasm. This is a primary motor disorder caused by oesophageal hypercontractility. The diagnosis is basically based on clinical suspicion, as well as on spastic contractility detection through oesophageal manometry. Its treatment is controversial due to the low effectiveness of the medications employed. Several medical treatment options are available, which include calcium antagonists, nitrates, prokinetics, 5-phosphodiesterase inhibitors and antidepressants. Oesophageal botulinum toxin injection and surgery remain relegated to cases refractory to medical treatment.

We report the case of our patient, who presented episodes of dysphagia for solid foods. In the complementary tests performed, the presence of an oesophagus with corkscrew morphology, suggestive of diffuse spasm was highlighted. A soft diet was prescribed, as well as prokinetics, currently maintaining good symptom control.

**Keywords:** deglutition, manometry, oesophagus, spasm.

## INTRODUCCIÓN

Se denomina disfagia a la sensación subjetiva de dificultad de paso del bolo alimenticio durante la deglución debida a una mala progresión de lo ingerido desde la orofaringe hasta el estómago. Su prevalencia se sitúa en torno al 3% de la población general, sin diferencia de sexo. Su incidencia aumenta con la edad, ya que el 10-30% de las personas mayores de 65 años presenta alguna dificultad para la deglución<sup>1</sup>. Según la localización de la alteración, se clasifica en disfagia orofaríngea o



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

Tabla 1. Clasificación de la disfagia según su etiología

	OROFARÍNGEA	ESOFÁGICA
Motora	<ul style="list-style-type: none"><li>• Parálisis lengua, síndrome Sjögren</li><li>• Alteración pares craneales V, VII, IX, X y XII</li><li>• Accidente cerebrovascular, párkinson, esclerosis múltiple, ELA, tumores cerebrales</li><li>• Miastenia gravis, miopatías metabólicas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trastornos primarios: acalasia, espasmo esofágico difuso, esfínter esofágico inferior hipertenso</li><li>• Trastornos secundarios: esclerodermia, diabetes, enfermedades tiroideas, alcoholismo, reflujo gastroesofágico</li></ul>
Mecánica	<ul style="list-style-type: none"><li>a. Intrínsecas: cuerpo extraño, membranas y anillos faríngeos, neoplasias, faringoamigdalitis</li><li>b. Extrínsecas: osteofitos vertebrales, abscesos retrofaríngeos, divertículo de Zencker, tiromegalia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>a. Intrínsecas: esofagitis infecciosas, estenosis benignas (péptica, cáustica, postirradiación), neoplasias</li><li>b. Extrínsecas: osteofitos vertebrales, masas mediastínicas, aneurisma aórtico</li></ul>

esofágica. Igualmente, según su etiología, se puede clasificar en disfagia mecánica (afectación de la orofaringe y/o estenosis de la luz esofágica, ya sea intrínseca o extrínseca) o disfagia motora (alteración o incoordinación de los mecanismos de deglución por una alteración funcional) (tabla 1). En este último grupo de disfagia motora se engloba el espasmo esofágico difuso<sup>1,2</sup>.

El espasmo esofágico difuso es un trastorno motor primario que se caracteriza por la aparición de contracciones esofágicas prematuras durante la deglución, de causa desconocida<sup>2</sup>. Afecta más frecuentemente al sexo femenino y, aunque suele aparecer en pacientes mayores de 40 años, no es nada infrecuente que se observe en edades más tempranas<sup>3</sup>. Los espasmos esofágicos suelen ser difíciles de tratar, pero, por lo general, suele ser suficiente con el tratamiento médico, siendo en muy pocos casos necesario el tratamiento quirúrgico<sup>4</sup>.

CASO CLÍNICO

Hombre de 77 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipemia, así como accidente cerebrovascular hace 30 años, sin repercusión clínica en la actualidad. Acudió a nuestra consulta del centro de salud refiriendo, por primera vez, episodios de disfagia de 1 año de evolución, más acentuada con alimentos sólidos, junto con expectoración y expulsión de alimentos ocasionalmente. Tras anamnesis y exploración, en consulta no se evidenció patología otorrinolaringológica, torácica ni abdominal, por lo que se decidió ampliar estudio con pruebas complementarias.

Se hizo una analítica completa consistente en un hemograma, glucemia, perfil renal, perfil hepático, perfil tiroideo y reactantes de fase aguda, siendo, en su conjunto, rigurosamente normal. La radiografía de tórax fue compatible con la normalidad, salvo signos artrósicos en columna dorsal. Posteriormente, se solicitó desde nuestra consulta un estudio esofagogastroduodenal (figura 1) para descartar posible causa mecánica o disfunción motora, en el que se evidenció un esófago con morfología en sacacorchos, sin claros signos de acalasia, sugestivo de espasmo esofágico difuso. Ante este último hallazgo y lo sintomático que estaba el paciente, se decidió su derivación a la consulta de digestivo. En dicha consulta, se confirmó el diagnóstico mediante manometría esofágica de alta resolución, donde se objetivó una peristalsis fallida en el tercio proximal con las degluciones líquidas.

Se pautó tratamiento consistente en dieta blanda, así como omeprazol 20 mg en desayuno, y domperidona cada 24 horas. En la actualidad presenta una buena respuesta al tratamiento prescrito, aunque en momentos puntuales coincidentes, sobre todo, en transgresiones dietéticas, precisa un aumento de la frecuencia de las dosis de domperidona cada 8 o 12 horas. El paciente se encuentra correctamente controlado de su sintomatología en nuestra consulta de Atención Primaria y no necesita revisiones en la consulta de digestivo.

DISCUSIÓN

El espasmo esofágico difuso o distal es un trastorno motor primario caracterizado por la presencia de una contractilidad hiperactiva, con la aparición de contracciones esofágicas prematuras durante la deglución, tanto para sólidos como para líquidos<sup>1,2</sup>. Se trata de una enfermedad infrecuente, más común en el sexo femenino y que suele aparecer en la edad adulta<sup>3</sup>. Los síntomas del espasmo esofá-

Figura 1. Imagen en «sacacorchos» compatible con espasmo esofágico difuso



gico son muy inespecíficos, siendo los más frecuentes el dolor torácico y la disfagia<sup>4</sup>, este último muy común en el caso que nos atañe.

Para el diagnóstico, conviene tener en cuenta los antecedentes personales de la persona (edad, tabaquismo, enolismo, diabetes, enfermedades sistémicas, neumonías recurrentes, tratamiento farmacológico actual, ingestión de cáusticos, intubación orotraqueal, radioterapia previa, infección por virus de inmunodeficiencia humana, enfermedades del sistema nervioso central, accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, demencia, esclerosis múltiple...), los antecedentes familiares (diabetes, enfermedades neuromusculares y neoplasias) y la enfermedad actual (disfagia al tragar sólidos, líquidos o ambos, con o sin odinofagia, localización, duración, evolución, síntomas acompañantes...)<sup>3</sup>. En nuestro caso, conviene destacar las patologías de diabetes mellitus y el accidente cerebrovascular sufrido hace 30 años como factores posibles desencadenantes de su disfagia.

En cuanto a la exploración física, se debe observar el estado general de la persona. Hay que inspeccionar la boca y la faringe (dentadura, lesiones en mucosa, aftas, masas o indicios de infección local), así como hacer un examen del cuello (tiromegalias, anomalías cervicales, aumento de la presión venosa yugular...). Hay que valorar adenopatías y hacer una exploración hepática para descartar metástasis, así como una adecuada auscultación respiratoria para descartar complicaciones neumónicas por aspiración. Todo esto fue compatible con la normalidad en nuestro paciente.

La radiografía baritada puede jugar un importante papel para el diagnóstico de esta patología en nuestra consulta de Atención Primaria, dada la fácil accesibilidad y la casi inocuidad de la misma. Esta prueba puede mostrar una contractilidad desordenada o la clásica pero inhabitual imagen de «esófago en sacacorchos»<sup>4,5</sup>, como así fue en nuestro caso.

Conviene hacer un diagnóstico diferencial entre distintas entidades causantes de disfagia, ya descritas anteriormente en la **tabla 1**.

Para su tratamiento, son de especial importancia las recomendaciones nutricionales, las cuales varían en función del diagnóstico y la caracterización del mecanismo causante de la disfagia<sup>6</sup>. Se han empleado fármacos con diferentes mecanismos de acción: calcioantagonistas, procinéticos, nitratos, inhibidores de la 5-fosfodiesterasa y antidepresivos, todos ellos con baja eficacia. Solo en casos refractarios al tratamiento médico se emplean alternativas más invasivas como la inyección esofágica de toxina botulínica y la cirugía, siendo ambas muy efectivas en casos seleccionados<sup>7</sup>. Sin embargo, en nuestro paciente, la sintomatología mejoró ostensiblemente con recomendaciones nutricionales y procinéticos a dosis bajas.

Cabe destacar el papel del médico o la médica de familia en este tipo de patología, puesto que un diagnóstico precoz en Atención Primaria (anamnesis, exploración física y utilización de las pruebas diagnósticas mencionadas anteriormente), al sospechar la posible existencia de espasmo esofágico difuso, supone, en gran medida, la mejoría clínica y de la calidad de vida de la/el paciente.

## AGRADECIMIENTOS

Se obtuvo el consentimiento escrito del paciente para la publicación del manuscrito.

## CONSIDERACIONES

Se han tenido en cuenta las recomendaciones del CARE Statement en la redacción de este caso clínico.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Las autoras y los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con la publicación de este caso clínico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Humet I. Dolor y trastornos de la deglución. En: García G, coordinador. Guía de actuación en Atención Primaria. 5.ª ed. Barcelona: Congresos y Ediciones semFYC; 2023. pp. 295-98.
2. Ribolsi M, Ghisa M, Savarino E. Nonachalasic esophageal motor disorders, from diagnosis to therapy. Expert Rev of Gastroenterol & Hepatol. 2022;16(3): 205-16.
3. Schlottmann F, Patti MG. Espasmo esofágico difuso. Cir Esp. 2019;97:533.
4. Wilkinson J, Halland M. Esophageal Motility Disorders. Am Fam Physician. 2020;102(5):291-6.
5. Quesada N, Sáez J. Alteraciones motoras esofágicas. Medicine. 2016;12(1):31-42.
6. De las Heras M, Martín V, Serrano A. Día mundial de la disfagia. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Berbes Gabinete de prensa. 12 de noviembre de 2022.
7. Vercoe H, Mulla M, Lewis WG, Foliaki A, Chan D. Systematic review and meta-analysis on the treatment of diffuse esophageal spasm. Eur Surg. 2019;51:239-45.