



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 329/11 - ESPASMO ESOFÁGICO DIFUSO

A. Blanco García<sup>1</sup>, P. López Tens<sup>2</sup>, D. Fernández Torre<sup>3</sup>, M. Guerra Hernández<sup>1</sup>, M. González Piñuela<sup>4</sup>, M. Abuhassira<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria.

<sup>2</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ampuero. Cantabria. <sup>4</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria.;

<sup>5</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Dobra. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 70 años, con antecedentes personales de dislipemia, hipotiroidismo y osteoporosis que acude a la consulta por picor esofágico y tos crónica que no mejora a pesar de esomeprazol 40mg cada 12h, y disfagia para sólidos y para líquidos de 3 días de evolución. Sialorrea intermitente.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Consciente y orientada en las 3 esferas. Normocoloreada, normoperfundida, normohidratada. No adenopatías, no soplos carotídeos. AC: rítmico, sin soplos. AP: MVC. Abdomen: blando, depresible, dolor a la palpación epigástrica, no masas o megalias, RHA presentes. EEII: no edemas, no signos de TVP. Endoscopia: a partir de esófago superior se aprecia un esófago tortuoso apreciándose contenido alimentario. Desde 30 cm. de arcada dental, el bolo alimenticio ocluye completamente la luz. A pesar de extracciones repetidas de fragmentos del bolo con cesta de red y pinza de tres patas, no se consigue la extracción completa del bolo. Manometría: esófago en sacacorchos que impide progresar la sonda hasta estómago. El estudio de la motilidad del cuerpo esofágico muestra ondas de progresión normal en el 20% de las degluciones, siendo el resto de ondas simultáneas, con un 10% de degluciones sin respuesta motora.

**Juicio clínico:** Espasmo esofágico difuso severo.

**Diagnóstico diferencial:** Reflujo esofágico difuso, infarto agudo de miocardio.

**Comentario final:** Esta paciente fue derivada a las consultas de Digestivo donde se instauró tratamiento con nifedipino durante unos meses y posteriormente, ante la falta de mejoría, se intentó tratamiento con toxina botulínica sin éxito en 2 ocasiones. El espasmo esofágico difuso es una patología poco frecuente. Suele darse en pacientes mayores de 50 años. Tiene una etiología desconocida. Su principal síntoma es el dolor torácico que se puede confundir con infarto agudo de miocardio o disfagia. Por ello, antes de comenzar tratamiento se deberá descartar patología cardíaca. Se diagnostica por las ondas simultáneas en más del 20% de las degluciones en el estudio manométrico. La RX de tórax puede levantar sospechas diagnósticas cuando se observe un esófago en sacacorchos. La endoscopia alta para descartar otras causas de disfagia como neoplasias. Pero sin duda, la manometría esofágica es el método indispensable para el diagnóstico: hallazgo de más

del 20% de las degluciones de ondas simultáneas esofágicas y con relajación completa del esfínter esofágico inferior. El tratamiento en muchas ocasiones es difícil: IBPs por estar a veces asociado a reflujo gastroesofágico, calcioantagonistas o nitratos como inhibidores de la actividad motora, inhibidores de la serotonina. Además, en casos importantes y cuando el tratamiento farmacológico fracasa, se pueden emplear tratamientos endoscópicos como la dilatación neumática o la inyección de toxina botulínica.

### **Bibliografía**

-Leal-Valdivieso C, Serra J. Espasmo esofágico. Trastornos motores esofágicos. GH Continuada 2010 9(6):281-4.