

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:

V.F. Moreira, E. Garrido

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Espasmo esofágico

Junto a la acalasia espástica y al esófago hipercontráctil, el espasmo esofágico forma parte de los trastornos esofágicos motores espásticos, caracterizados por la presencia de una contractilidad hiperactiva o de gran vigor. El espasmo esofágico consiste en la aparición de contracciones esofágicas prematuras durante la deglución. A su vez, se define como prematura aquella contracción esofágica que aparece brevemente tras la primera fase de la deglución, que es la relajación del esfínter esofágico superior. Aunque durante décadas la terminología aceptada para este trastorno era “espasmo esofágico difuso”, desde hace varios años se prefiere su denominación como “espasmo esofágico distal” ya que la porción esofágica afectada es la región distal o inferior del esófago, y no la que forma parte del esfínter esofágico superior y de la porción proximal o superior del cuerpo esofágico.

Los síntomas del espasmo esofágico son muy inespecíficos, ya que son comunes a otras enfermedades esofágicas, espásticas o no. Los más frecuentes son el dolor torácico y la disfagia o dificultad para la deglución alimentaria, pero también pueden aparecer pirosis o ardor retroesternal y regurgitación alimentaria. Característicamente la aparición de síntomas es intermitente. Suele aparecer en la edad adulta y afecta más al sexo femenino. Se la considera una enfermedad muy ligada a ciertas condiciones psiquiátricas, como son la depresión y la ansiedad; no obstante la mayor cohorte publicada de pacientes con espasmo esofágico muestra que sólo afecta a un 30 % de estos enfermos. El espasmo esofágico, al igual que los otros trastornos esofágicos espásticos, es una enfermedad rara: sólo de un 2 % a un 5 % de los pacientes remitidos a estudio manométrico son diagnosticados de una enfermedad espástica del esófago.

En los últimos años se han hecho importantes avances en el conocimiento de la causa del espasmo esofágico. A diferencia de la porción esofágica superior, cuya capa muscular es de tipo estriado y voluntaria, la porción inferior, que es la implicada en esta enfermedad, presenta una capa muscular de tipo liso e involuntaria bajo control inconsciente dependiente de una red neuronal inserta en la propia pared muscular. Este plexo neuronal regula la contractilidad gracias a una vía excitatoria, mediada por la acetilcolina, un neurotransmisor que favorece la contracción muscular, y a una vía inhibitoria, mediada por el óxido nítrico, una sustancia que favorece la dilatación de los vasos sanguíneos. Según parece, el espasmo esofágico se produciría por un defecto de dicha vía inhibitoria, dando lugar a un predominio de la vía excitatoria, a una vasoconstricción local que desencadenaría el espasmo muscular, e incluso a un engrosamiento de la capa muscular, alteración anatómica observada en esta enfermedad. Finalmente, y al margen de alteraciones del sistema autónomo de la porción esofágica inferior, se ha comprobado que el reflujo gastroesofágico, que es una enfermedad muy frecuente y que se caracteriza por el paso de contenido, generalmente ácido, desde el estómago hacia el esófago, puede producir un espasmo esofágico. De hecho, hasta un 40 % de los pacientes diagnosticados de espasmo esofágico presentan además reflujo gastroesofágico.

Ante la presencia de dolor torácico es conveniente descartar en primer lugar una enfermedad cardíaca, dada su implicación pro-

nóstica. Una vez excluida esta posibilidad, para el diagnóstico de espasmo esofágico es importante, además de una adecuada historia clínica, descartar otras enfermedades de esófago y estómago, para lo cual es muy útil la gastroscopia, y la comprobación de una contractilidad esofágica espástica compatible. Sin embargo, dado el carácter intermitente de su presentación clínica, puede ser difícil su detección.

La prueba diagnóstica fundamental para la detección de una contractilidad espástica es la manometría esofágica. Esta prueba consiste en el estudio de la motilidad esofágica mediante la colocación, a través de la nariz y en el interior del esófago, de una sonda con unos detectores sensibles a los cambios de presión que acontecen durante la deglución. Con este procedimiento se define como espasmo esofágico a la aparición de contracciones esofágicas prematuras, esto es, de breve aparición tras la relajación del esfínter esofágico superior.

Aunque la radiografía baritada tiene un papel muy secundario por su baja rentabilidad diagnóstica, puede mostrar una contractilidad aperistáltica o desordenada y la clásica pero inhabitual imagen de “esófago en sacacorchos”. Finalmente, si se sospecha la presencia de reflujo gastroesofágico conviene descartarlo. Para ello puede ser necesaria una pH-metría esofágica, procedimiento similar al de una manometría pero con sensores sensibles al pH ácido.

Para su tratamiento se han empleado fármacos con diferentes mecanismos de acción: calcioantagonistas (relajantes musculares), nitratos (vasodilatadores), inhibidores de la 5-fosfodiesterasa como es el sildenafil (donadores de óxido nítrico) y antidepresivos (analgésicos viscerales). Dado que el espasmo esofágico es una enfermedad infrecuente, los estudios acerca de su tratamiento son escasos, de baja calidad, con pocos pacientes y muchas veces entremezclados con casos de otros trastornos espásticos, por lo que no se conoce con exactitud cuál es la mejor medicación y su eficacia. No obstante, se considera que con estos fármacos una parte importante de los pacientes pueden mejorar sin efectos secundarios relevantes. Al menos en aquellos casos en los que se identifique reflujo gastroesofágico está indicada la toma de inhibidores de la bomba de protones, como es el omeprazol, dada su alta eficacia en paliar esta enfermedad.

Sólo en casos refractarios al tratamiento médico se emplean alternativas más invasivas. Estas son la inyección esofágica de toxina botulínica y la cirugía, que consiste en realizar un corte sobre la capa muscular del esófago distal. Ambas parecen ser muy efectivas en casos seleccionados, presentando tasas de éxito clínico superiores al 70 %. La primera es mínimamente invasiva y aunque efectiva puede requerir reinyecciones cada pocos meses ya que su efecto es temporal, y ambas pueden propiciar la aparición de reflujo gastroesofágico.

Jorge Pérez Lasala y Norberto Mañas Gallardo

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Madrid
Sanchinarro. Madrid

