

disfagia espástica – dysphagia spastica

Authored by
memjavad

January 2, 2026

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2026). *disfagia espástica – dysphagia spastica*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=8035>

Disfagia Espástica

Primary Disciplinary Field(s): Gastroenterología, Neurología, Otorrinolaringología

1. Definición Central

La **disfagia espástica** (*dysphagia spastica*) es un término clínico, históricamente utilizado en la literatura médica, que se refiere a la dificultad para deglutir (disfagia) que surge como consecuencia directa de contracciones musculares involuntarias, descoordinadas o excesivamente vigorosas (espasmos) dentro del esófago o, menos frecuentemente, en la faringe. Esta condición se clasifica dentro del amplio espectro de los [trastornos de la motilidad esofágica](#), diferenciándose de las causas mecánicas de disfagia (como las estenosis o los tumores) por su origen funcional y neuromotor. La espasticidad implica una disfunción en el sistema de control nervioso entérico que regula el músculo liso esofágico, resultando en una peristalsis ineficaz o aberrante.

Aunque el término *disfagia espástica* puede considerarse obsoleto en la nomenclatura diagnóstica moderna, ya que ha sido reemplazado por clasificaciones más precisas basadas en la manometría de alta resolución (MHR), sigue siendo útil como descripción sintomática. En la práctica clínica contemporánea, los cuadros que caen bajo esta descripción se diagnostican típicamente como **Espasmo Esofágico Difuso (EED)** o, en algunos contextos, como esófago hipercontráctil (anteriormente conocido como esófago en cascanueces). La manifestación más característica de esta disfunción es la aparición simultánea de disfagia y dolor torácico no cardíaco, un síntoma opresivo y a menudo severo que resulta de las contracciones de alta amplitud que ocurren de manera no propulsiva en la pared esofágica.

Es fundamental destacar que la patología espástica representa un fallo en la coordinación temporal y espacial de la onda peristáltica. En un esófago sano, la deglución inicia una onda de contracción secuencial que barre el bolo alimenticio hacia el estómago. En la disfagia espástica, esta secuencia rítmica se interrumpe por contracciones simultáneas o prematuras que impiden la progresión eficiente. La utilización de los criterios modernos, como los establecidos en la [Clasificación de Roma IV](#) y el Esquema de Clasificación de Chicago (CCv4.0), permite una categorización más rigurosa de estos trastornos motores, pasando de una descripción sintomática a un diagnóstico basado en métricas fisiológicas objetivas, lo que es esencial para guiar el tratamiento.

2. Etimología y Desarrollo Histórico

La etimología de *dysphagia spastica* se construye a partir de tres componentes griegos: *dys* (dificultad), *phagein* (tragar) y *spastikos* (relativo a la contracción o convulsión). Este término surgió en un periodo de la medicina, a finales del siglo XIX y principios del XX, en el que la

etiología de la disfagia funcional era difícil de determinar sin herramientas de imagen avanzadas. Cualquier dificultad para tragar sin una causa obstructiva evidente (como un cáncer o una estenosis péptica) se atribuía a menudo a un "espasmo" o a una "neurosis esofágica", reflejando una comprensión rudimentaria de la fisiología motora del esófago.

Los avances iniciales en la radiología con bario permitieron la primera visualización dinámica de la motilidad esofágica. El descubrimiento de patrones radiográficos aberrantes, como el famoso "esófago en sacacorchos" o "esófago en tirabuzón", se convirtió en el sello distintivo de la disfagia espástica. Estos hallazgos morfológicos, que representan contracciones terciarias desorganizadas, proporcionaron la primera evidencia objetiva de que la dificultad para tragar podía ser causada por una disfunción muscular primaria. Durante gran parte del siglo XX, esta imagen radiológica fue el principal criterio diagnóstico, diferenciando la condición de la acalasia, que se caracterizaba por la ausencia total de peristalsis y la dilatación esofágica.

La verdadera revolución diagnóstica y conceptual se produjo con el desarrollo de la manometría esofágica en la década de 1960 y su perfeccionamiento en la manometría de alta resolución (MHR) en el siglo XXI. La MHR permitió medir con precisión la amplitud, velocidad y coordinación de las ondas peristálticas, revelando que la "disfagia espástica" no era una entidad única, sino un conjunto de trastornos que compartían la hipercontractilidad o la descoordinación. El **Esquema de Clasificación de Chicago** formalizó esta distinción, categorizando los trastornos de motilidad basados en parámetros como la Integral de Contracción Distal (DCI) y la latencia distal, permitiendo un diagnóstico más preciso (EED, Esófago Hipercontráctil, Trastorno de la Peristalsis Mayor) y haciendo que el término *disfagia espástica* se retirara gradualmente del uso diagnóstico primario en favor de la nomenclatura basada en la fisiología.

3. Manifestaciones Clínicas y Síntomas

La presentación clínica de la disfagia espástica es típicamente aguda y paroxística, lo que la distingue de la disfagia obstructiva, que es progresiva. El síntoma principal, la **disfagia**, se caracteriza por ser intermitente y a menudo paradójica, afectando tanto a sólidos como a líquidos. Los pacientes a menudo describen la sensación de que el alimento o la bebida se detiene en el área retroesternal. La intermitencia de los síntomas es una clave diagnóstica, ya que los espasmos pueden ser desencadenados por factores específicos, como la ingesta de alimentos a temperaturas extremas (muy fríos o muy calientes) o el estrés emocional, que modula la actividad del sistema nervioso autónomo sobre el esófago.

El síntoma más angustiante y definitorio de la espasticidad es el **dolor torácico no cardíaco (DTNC)**. Este dolor es frecuentemente intenso, opresivo, y puede ser indistinguible de la angina de pecho, lo que lleva a la evaluación inicial en el ámbito cardiológico. El dolor surge de las contracciones musculares esofágicas de alta amplitud que generan una presión intraluminal

excesiva. La irradiación del dolor hacia la espalda, el cuello, los hombros o los brazos es común, lo que refuerza la necesidad de descartar patología coronaria mediante electrocardiograma y enzimas cardíacas antes de enfocar el diagnóstico hacia el esófago. La correlación temporal entre la deglución y el inicio del dolor es altamente sugestiva de un origen espástico.

Otros síntomas asociados incluyen la regurgitación de alimentos no digeridos, especialmente si los espasmos son lo suficientemente severos como para impedir el vaciamiento esofágico. Aunque la pirosis (sensación de ardor) no es un síntoma primario de la espasticidad, puede estar presente, indicando una posible coexistencia de **Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE)**, que puede tanto exacerbar como ser la causa subyacente de la dismotilidad. La naturaleza impredecible y dolorosa de los episodios espásticos puede tener un impacto psicológico significativo, llevando a la ansiedad relacionada con la alimentación (fagofobia) y, en casos crónicos, a una reducción en la ingesta calórica y la pérdida de peso.

4. Fisiopatología y Etiología

La base fisiopatológica de la disfagia espástica reside en una alteración en la neurotransmisión y la función del músculo liso esofágico distal. El control motor esofágico depende de la liberación coordinada de neurotransmisores excitatorios (principalmente acetilcolina) e inhibitorios (óxido nítrico y péptido intestinal vasoactivo, VIP) desde el plexo mientérico. En los trastornos espásticos, se postula que existe un déficit en la señalización inhibitoria, particularmente la mediada por el óxido nítrico, lo que resulta en una contracción muscular exagerada y descontrolada.

En el contexto del **Espasmo Esofágico Difuso (EED)**, la manifestación más representativa, la disfunción se caracteriza por la presencia de contracciones simultáneas. Esto significa que la señal excitatoria se propaga a lo largo del esófago sin la inhibición secuencial necesaria, haciendo que grandes segmentos del músculo se contraigan a la vez, lo que es ineficaz para propulsar el bolo y genera una presión excesiva. Aunque la etiología primaria del EED sigue siendo en gran medida idiopática, la investigación sugiere una neuropatía intrínseca sutil que afecta el plexo mientérico, diferenciándola de la destrucción neuronal casi completa observada en la acalasia.

Existen varios factores etiológicos que pueden contribuir a la aparición de la disfagia espástica. La **Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE)** es un factor secundario crucial; la exposición crónica al ácido puede inducir inflamación de la mucosa (esofagitis), lo que, a su vez, afecta la función nerviosa y muscular, promoviendo la hipercontractilidad como un mecanismo de limpieza alterado. Otros factores incluyen ciertos trastornos sistémicos que afectan el músculo liso (aunque menos comunes), y la influencia de factores psicológicos. El eje cerebro-intestino juega un papel significativo; el estrés y la ansiedad pueden modular el umbral de dolor visceral y exacerbar la hipercontractilidad esofágica, aunque no son la causa orgánica inicial, sí intensifican la sintomatología.

5. Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial de la disfagia espástica es un proceso de exclusión riguroso que comienza con el descarte de causas potencialmente mortales, como la enfermedad coronaria, debido a la similitud del dolor torácico. Una vez que se establece un origen esofágico, la tarea es diferenciar la espasticidad de otras causas de disfagia mecánicas, inflamatorias y motoras.

La distinción con otras disfunciones motoras es crucial. La **Acalasia**, un trastorno caracterizado por la aperistalsis y el fallo en la relajación del esfínter esofágico inferior (EEI), se distingue de la espasticidad por la hipomotilidad en el cuerpo esofágico. Sin embargo, la acalasia vigorosa puede presentar contracciones de alta amplitud que se asemejan al espasmo, requiriendo la Manometría de Alta Resolución (MHR) para medir el IRP (Presión de Relajación Integrada) y confirmar el fallo de relajación del EEI, que es diagnóstico de acalasia. El **Esófago Hipercontráctil** (anteriormente en cascanueces) se diferencia del EED en que presenta una peristalsis propagada, pero con una amplitud de contracción excesivamente alta (DCI elevada), mientras que el EED presenta contracciones simultáneas.

En el ámbito de las causas no motoras, la **Estenosis Esofágica** (péptica o neoplásica) se distingue por causar una disfagia progresiva, principalmente para sólidos, que se diagnostica mediante endoscopia y esofagograma. La **Esofagitis Eosinofílica (EoE)**, una causa inflamatoria creciente, puede presentar disfagia y dismotilidad. Aunque la EoE puede causar espasmos secundarios, su diagnóstico se confirma mediante la biopsia endoscópica que revela la infiltración de eosinófilos. Finalmente, la disfagia asociada a enfermedades sistémicas del tejido conectivo, como la **Esclerodermia**, que típicamente causa hipomotilidad y atrofia muscular, también debe ser considerada y excluida mediante la historia clínica y pruebas serológicas.

6. Procedimientos Diagnósticos

El diagnóstico de la disfagia espástica requiere una integración de hallazgos clínicos y pruebas funcionales, siendo la Manometría Esofágica de Alta Resolución (MHR) la herramienta definitiva para la clasificación precisa del trastorno motor.

Endoscopia Superior (EGD): Es la prueba inicial para descartar patología estructural. La EGD evalúa la mucosa en busca de esofagitis (que podría ser una causa secundaria de espasmo), estenosis, anillos, membranas o neoplasias. En los trastornos puramente espásticos, la EGD suele ser normal, aunque es fundamental para la exclusión.

Esofagograma con Bario: Este estudio radiológico dinámico es crucial para visualizar el tránsito del bolo. En los casos de Espasmo Esofágico Difuso, el esofagograma revela el patrón clásico de "esófago en sacacorchos" o "esófago en tirabuzón", que son las contracciones terciarias visibles. También ayuda a evaluar el vaciamiento del esófago y la posible presencia de una obstrucción funcional o mecánica.

Manometría Esofágica de Alta Resolución (MHR): Es el estándar de oro. Utilizando el Esquema de Clasificación de Chicago (CCv4.0), la MHR permite medir la presión, duración y propagación de las contracciones. El diagnóstico de EED se establece al identificar un porcentaje significativo de contracciones simultáneas o prematuras. La MHR es indispensable para diferenciar el EED de otras condiciones hipercontráctiles (como el esófago hipercontráctil) y de la acalasia vigorosa, basándose en mediciones objetivas como la Integral de Contracción Distal (DCI) y la latencia distal.

Monitoreo del pH/Impedancia: Se utiliza para evaluar la presencia de reflujo gastroesofágico ácido o no ácido y para correlacionar los episodios de dolor torácico o disfagia con eventos de reflujo. Si el reflujo es el desencadenante de la espasticidad, el tratamiento dirigido al ERGE puede resolver los síntomas motores.

7. Manejo y Tratamiento

El manejo terapéutico de la disfagia espástica se enfoca en reducir la hipercontractilidad, aliviar el dolor torácico y mejorar la disfagia, siendo a menudo un proceso de prueba y error debido a la variabilidad de la respuesta individual. El tratamiento comienza con medidas conservadoras y farmacológicas.

Las modificaciones en el estilo de vida incluyen evitar los desencadenantes conocidos, como las temperaturas extremas en alimentos y bebidas, y la reducción del estrés. El tratamiento farmacológico de primera línea son los **bloqueadores de los canales de calcio** (ej. diltiazem, nifedipino), que actúan relajando el músculo liso esofágico, disminuyendo la amplitud de las contracciones y, por ende, el dolor. Los nitratos (ej. nitroglicerina sublingual) pueden usarse para aliviar el dolor agudo, pero su uso crónico es limitado por los efectos secundarios. Si la espasticidad es secundaria al reflujo, la terapia con **Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP)** a dosis altas es fundamental.

Para pacientes con dolor torácico severo y refractario a los relajantes del músculo liso, se pueden emplear **neuromoduladores**, como los antidepresivos tricíclicos (ej. imipramina) o los ISRS. Estos medicamentos actúan modulando la percepción del dolor visceral a nivel central, aunque no corrigen directamente la dismotilidad. En casos de espasticidad localizada o severa, la inyección endoscópica de **toxina botulínica** en las áreas de mayor espasmo o en el esfínter esofágico inferior puede ofrecer un alivio sintomático temporal al inhibir la liberación de acetilcolina y paralizar el músculo, aunque se requieren inyecciones repetidas.

Las intervenciones endoscópicas o quirúrgicas se reservan para los casos más graves y resistentes. La **Miotomía Endoscópica Peroral (POEM)** ha demostrado ser altamente efectiva. POEM es un procedimiento mínimamente invasivo que permite la sección quirúrgica de las fibras musculares circulares del esófago (miotomía) en la región hipercontráctil. Esta intervención alivia

la obstrucción funcional causada por la hipercontractilidad y ofrece una solución duradera para los pacientes con EED o esófago hipercontráctil que no responden a la medicación.

8. Pronóstico y Complicaciones

El pronóstico de la disfagia espástica es variable, pero generalmente favorable en términos de expectativa de vida. Sin embargo, la condición es típicamente crónica, con fluctuaciones en la intensidad de los síntomas, lo que puede afectar gravemente la calidad de vida. La principal dificultad radica en que el tratamiento farmacológico a menudo solo proporciona un alivio parcial o temporal, requiriendo un manejo sintomático continuo y adaptativo.

Las complicaciones más significativas están relacionadas con la morbilidad. El dolor torácico crónico puede generar ansiedad, depresión y miedo a comer, llevando a la pérdida de peso y al deterioro nutricional. Además, aunque es raro, la espasticidad severa y crónica puede llevar a una fatiga muscular esofágica, resultando en una progresión hacia un patrón de fracaso peristáltico (aperistalsis) o, en casos extremos, a una dilatación esofágica similar a la observada en la acalasia tardía. Por esta razón, el seguimiento clínico y, en ocasiones, la repetición de la MHR son necesarios.

La clave para un buen pronóstico es un diagnóstico preciso mediante la MHR para diferenciar la espasticidad de la acalasia y otros trastornos. Un diagnóstico erróneo o un tratamiento inadecuado (por ejemplo, tratar la hipercontractilidad con cirugía antirreflujo, que podría empeorar la disfagia) puede conducir a complicaciones iatrogénicas y a un sufrimiento prolongado. Con las opciones modernas como POEM, los pacientes refractarios tienen ahora una alta probabilidad de lograr un alivio sintomático sustancial y duradero, mejorando significativamente su calidad de vida.

Further Reading

[Disfagia - Wikipedia](#)

[Rome IV Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders](#)

[Chicago Classification of Esophageal Motility Disorders \(CCv4.0\)](#)

[American Gastroenterological Association: Diffuse Esophageal Spasm](#)