



Clínica cotidiana

Anillo de Schatzki

Laura Morales Blasco^{a,*}, Carlos Moreno Gálvez^b, Blanca Ascaso Adiego^a,
 María Isabel Funes Julián^a, Cristina Álvarez Sanagustín^a, Flavia Sorge^c

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Sector Zaragoza II. Zaragoza. ^bEndocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

^cMedicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de agosto de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Trastornos de deglución

Estenosis esofágica

Anillo de Schatzki

Reflujo gastroesofágico

Atención primaria

Keywords:

Deglutition disorders

Esophageal stenosis

Schatzki ring

Gastroesophageal reflux

Primary Health Care

R E S U M E N

La disfagia es un síntoma frecuente en atención primaria, cuya etiología abarca desde alteraciones funcionales benignas hasta procesos estructurales o neoplásicos. La identificación precisa del tipo y la causa es esencial para orientar su diagnóstico y tratamiento. Presentamos el caso de una mujer de 64 años con antecedentes de hernia de hiato y enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), que consultó por disfagia orofaríngea de un mes de evolución. El estudio radiológico reveló la presencia de un anillo esofágico inferior, hallazgo compatible con anillo de Schatzki. Este caso permite revisar el enfoque clínico y diagnóstico de la disfagia desde atención primaria, y destacar la importancia de derivar selectivamente para estudios endoscópicos. La actuación precoz y ordenada evita complicaciones, mejora el pronóstico y optimiza el uso de recursos.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Schatzki's ring

A B S T R A C T

Dysphagia is a common symptom in primary care, with etiologies ranging from benign functional disorders to structural or neoplastic processes. Accurate identification of the type and cause is essential to guide diagnosis and treatment. We present the case of a 64-year-old woman with a history of hiatal hernia and gastroesophageal reflux disease (GERD), who presented with oropharyngeal dysphagia of one month's duration. Radiological examination revealed the presence of a lower esophageal ring, a finding consistent with a Schatzki ring. This case allows us to review the clinical and diagnostic approach to dysphagia in primary care and to highlight the importance of selective referral for endoscopic studies. Early and systematic intervention prevents complications, improves prognosis, and optimizes resource use.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: moralesblascolaura@gmail.com (L. Morales Blasco).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.026>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Descripción del caso clínico

Se presenta el caso de una paciente mujer de 64 años, con antecedentes de ERGE por hernia de hiato, en tratamiento con omeprazol 20 mg desde hacía tres años, e hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 50 µg diarios, con función tiroidea controlada.

La paciente consulta por disfagia orofaríngea con alimentos sólidos, descrita como “sensación de stop faríngeo”, de un mes de evolución, con empeoramiento en las últimas dos semanas. Refería también aumento de pirosis. No presentaba pérdida de peso, odinofagia, fiebre ni anorexia. No era fumadora.

En la exploración física se objetiva buen estado general. Auscultación cardiopulmonar normal. Orofaringe sin hallazgos patológicos. Tiroides sin bocio ni nódulos palpables. El abdomen es blando, depresible y no doloroso. No hay signos de irritación peritoneal.

Se solicita un tránsito esófago-gastro-duodenal con bario, donde se identifica un anillo desconocida. Se indica realización de gastroscopia para confirmación del hallazgo y posible tratamiento.

Comentario

La disfagia, definida como la dificultad o anomalía en el paso del bolo alimenticio desde la cavidad oral hasta el estómago, constituye un motivo relativamente frecuente de consulta en atención primaria, especialmente en pacientes de edad avanzada¹. Puede clasificarse de forma general en disfagia orofaríngea y esofágica, distinción que permite orientar el diagnóstico y la actitud clínica. En atención primaria, esta clasificación inicial es fundamental para establecer un manejo adecuado y priorizar pruebas o derivaciones especializadas².

La disfagia orofaríngea, como en el caso presentado, suele producirse al inicio de la deglución y se describe como una dificultad para iniciar el paso del alimento. Se asocia a veces con tos, voz húmeda, regurgitación nasal o aspiración, y es más frecuente en patologías neuromusculares o estructurales del tracto digestivo superior. Por el contrario, la disfagia esofágica se localiza habitualmente como una sensación de detención del bolo en la región retroesternal, suele afectar primero a los sólidos y puede progresar hacia los líquidos en casos de estenosis significativa o neoplasias³.

Entre las causas más frecuentes de disfagia esofágica benigna se incluyen la ERGE complicada con estenosis péptica, los anillos esofágicos como el de Schatzki, las membranas esofágicas y los trastornos motores como la acalasia⁴. En este contexto, el anillo de Schatzki se define como una banda mucosa circunferencial localizada en la unión escamo-columnar del esófago distal, habitualmente asociada a hernia de hiato y ERGE crónica. Suele manifestarse clínicamente en mujeres mayores de 40 años, con disfagia intermitente a sólidos, ocasionalmente acompañada de pirosis⁵.

Su diagnóstico puede realizarse mediante tránsito baritado o gastroscopia. El tránsito esófago-gastro-duodenal con bario suele mostrar una imagen clásica en forma de “anillo” o “estrechamiento en diafragma” en el esófago distal. La gastroscopia permite confirmar el hallazgo y, en muchos casos, realizar tratamiento mediante dilatación esofágica⁶. En pacientes con

síntomas leves o intermitentes, puede indicarse tratamiento con inhibidores de la bomba de protones y vigilancia clínica, mientras que en casos sintomáticos persistentes o con disfagia significativa se recomienda la dilatación endoscópica como tratamiento de elección⁷.

Desde atención primaria, resulta esencial identificar signos de alarma que obligan a una derivación preferente: pérdida de peso, odinofagia, anemia, hemorragia digestiva, disfagia progresiva o síntomas constitucionales. En ausencia de estos signos, puede realizarse un abordaje escalonado que incluya pruebas radiológicas simples, valoración del tratamiento anti-secretor y seguimiento clínico⁸.

En el caso presentado, la localización alta de la disfagia, la estabilidad clínica de la paciente y la ausencia de signos de alarma permitieron realizar un estudio ambulatorio y orientar correctamente el diagnóstico. El hallazgo del anillo de Schatzki y su asociación con hernia de hiato y ERGE refuerzan la hipótesis de una causa estructural benigna de evolución crónica. La derivación para gastroscopia se consideró apropiada para confirmación diagnóstica y eventual tratamiento, según la evolución.

La disfagia es un síntoma complejo que requiere una valoración sistemática desde atención primaria. El primer paso diagnóstico debe consistir en una adecuada caracterización clínica del tipo de disfagia, diferenciando entre orofaríngea y esofágica, ya que esta distinción orienta el estudio y manejo posterior. Es imprescindible la detección precoz de signos de alarma, que indican necesidad de derivación urgente o preferente.

En los casos sin signos de alarma y con síntomas leves o intermitentes, puede iniciarse un manejo ambulatorio que incluya tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, estudios radiológicos simples y seguimiento clínico. El tránsito baritado sigue siendo una herramienta útil en la evaluación inicial, sobre todo en pacientes con sospecha de alteraciones estructurales benignas como anillos o membranas. La gastroscopia es la prueba de elección para confirmar el diagnóstico y permitir un tratamiento dirigido.

El médico de familia tiene un papel clave en la identificación, orientación y seguimiento del paciente con disfagia. Una estrategia clínica estructurada basada en la evaluación detallada de los síntomas, la estratificación del riesgo y la coordinación con atención especializada permite mejorar el pronóstico del paciente, prevenir complicaciones y optimizar el uso de recursos sanitarios.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rommel N, Hamdy S. Oropharyngeal dysphagia: Manifestations and diagnosis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2016;13(1):49059.
2. Speyer R, Cordier R, Kertscher B, Heijnen BJ. Oropharyngeal dysphagia in different patient populations: A systematic review and meta-analyses. *Dysphagia.* 2015;30(1):114026.
3. Park W, Vaezi MF. Etiology and pathogenesis of achalasia: The current understanding. *Am J Gastroenterol.* 2005;100(6):1404014.

4. Gyawali CP, Patel A, Homan M, Carlson DA, Craft J, Wagh MS, et al. Evaluation of esophageal symptoms: Emphasis on esophageal motility testing. *Am J Gastroenterol.* 2018;113(12):1798-810.
5. Wolf WA, Castell DO. Schatzki ring: a review of pathophysiology and management. *Dis Esophagus.* 2016;29(7):703-8.
6. Rasool S, Kiran Z, Waqar AB, Hanif FM. Role of barium swallow in the evaluation of dysphagia. *Pak J Med Sci.* 2013;29(1):187-90.
7. Peery AF, Shaheen NJ. Current diagnosis and management of esophageal disorders. *Gastroenterology.* 2018;154(2):346-60.
8. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol.* 2013;108(3):308-28.