



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-099 - ACALASIA CRICOFARÍNGEA. REVISIÓN TÉCNICA A PROPÓSITO DE UN CASO

Echenagusia, Victor; Gastón, Alberto; Sierra, Valentin; Reka, Lorena; Vitores, Jose María; Martínez de Aragón, Gabriel; Soeda, Isami; Merino, Elena

Hospital Txagorritxu, Vitoria.

Resumen

Introducción: La acalasia cricofaríngea es una rara causa de disfagia orofaríngea producida por una relajación retardada o incompleta de la musculatura cricofaríngea. Su etiología es multifactorial. Los síntomas habituales son disfagia, odinofagia, halitosis, tos y regurgitación nasal. La desnutrición y la neumonía aspirativa menos frecuentes, son síntomas graves. El tratamiento de la disfunción del músculo cricofaríngeo incluye terapia deglutoria, dilatación, inyección de toxina botulínica, miotomía transcervical del cricofaríngeo y cirugía endoscópica con láser. La miotomía del cricofaríngeo es la técnica quirúrgica de elección.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 74 años sin antecedentes de interés remitida desde Otorrinolaringología por disfagia orofaríngea en relación con una acalasia del cricofaríngeo. El esofagograma revela una impronta extrínseca en la pared posterior del esófago a la altura de C5-C6 compatible con acalasia cricofaríngea, con diámetro máximo de la luz de 6 mm. Asimismo se observa importante residuo post deglutorio con aspiración en fase post deglutoria al árbol traqueobronquial sin presentar reflejo tusígeno. Ante estos hallazgos se indica miotomía del cricofaríngeo mediante abordaje cervical izquierdo. Tras la disección y apertura del platismo se secciona el músculo omohioideo, accediendo por disección roma hasta la celda esofágica. Se expone el margen lateral de tiroides, se liga la arteria tiroidea media, preservando el nervio recurrente. Se disecciona y secciona el músculo cricofaríngeo inferior continuándose la miotomía longitudinal 4 cm. Se realiza una endoscopia intraoperatoria que objetiva una microperforación desapercibida, en la vertiente inferior de la miotomía tratándose mediante sutura directa. Se coloca un drenaje no aspirativo y se cierra por planos. La paciente evoluciona favorablemente, realizándose prueba con azul de metileno sin objetivar salida del mismo por el drenaje. Se reinicia la dieta sin presentar alteraciones en la deglución. Es dada de alta en el cuarto día posoperatorio, reingresando esa misma noche por un gran absceso cervical junto con disnea y disfagia. La TAC urgente presenta neumomediastino y abundante aire ectópico en los espacios cervicales y fasciales profundos con presencia de colecciones en el mediastino superior en la proximidad del esófago cervical junto con desplazamiento traqueal. A pesar de no visualizarse fuga de contraste baritado, la sospecha es de fístula esofágica. Se reinterviene urgentemente, realizándose un drenaje con salida de más de 1 litro de material purulento y colocando un drenaje mediastínico. No se objetiva el punto de fuga. La paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta de la UCI. Se realiza un esofagograma que no objetiva ningún defecto en la integridad del esófago. Se reintroduce la dieta y la paciente fue dada de alta.

Discusión: La acalasia del cricofaríngeo es una rara causa de disfagia orofaríngea. Su tratamiento definitivo es quirúrgico, mediante una miotomía. El uso de la endoscopia intraoperatoria puede ser de gran utilidad para el control longitudinal de la miotomía así como para la valoración de microfugas, que de otro modo, pasarían desapercibidas. La mediastinitis por fistula esofágica tiene una alta mortalidad y debe de ser diagnóstica y tratada sin demora.