

DISFONÍA DE ORIGEN ESOFÁGICO

DYSPHONIA OF ESOPHAGEAL ORIGIN

Hervás Molina AJ, Serrano Ruiz FJ

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Caso Clínico

Se trata de una adolescente de 14 años de edad que refiere disfonía de más de 2 años de evolución. La paciente no padece enfermedades crónicas ni está ni ha estado recientemente en tratamiento por alguna enfermedad. No refiere antecedentes personales ni familiares relevantes.

Ha estado en seguimiento por Pediatría hasta cumplir los 14 años y al pasar a ORL de adultos es reevaluada. En consulta se realiza exploración apreciando a la visualización de la orofaringe: no trismus, amígdalas hipertróficas, velos palatinos y úvula normales y centralizados. En la fibrolaringoscopia el cavum presenta vegetaciones adenoideas; se observa leve abombamiento de pared lateral izquierda de la faringe; valéculas, epiglotis y senos piriformes normales; correcta movilidad de cuerdas vocales con hiato a la fonación; vía aérea permeable, sin compromiso de ningún tipo. A la exploración del

cuello no se palpan adenopatías significativas; a nivel del ángulo de la mandíbula izquierda se palpa crepitación cutánea.

Por los hallazgos se solicita TC cuello con los siguientes hallazgos: gran magma inflamatorio centrado en esófago cervical de C5 a T1; esófago cervical muy engrosado, con la luz disminuida y con varias imágenes hidroaéreas que parecen depender del mismo, la mayor de 2 cm (¿divertículos?). La afectación inflamatoria se extiende al espacio prevertebral (con engrosamiento del músculo largo del cuello izquierdo), al espacio vascular laterocervical izquierdo, engloba a la arteria carotídea izquierda y a la vena yugular izquierda, al espacio traqueoesofágico, desplazando la tráquea hacia la derecha y anteriormente al compartimento tiroideo, el cual muestra sus bordes deflecados, sobre todo el lóbulo tiroideo izquierdo. En mediastino alto izquierdo también se aprecia pequeña cantidad de líquido. No se observan ganglios laterocervicales de tamaño reseñable. Persistencia de timo.

Se continúa el estudio con una ecografía de cuello, apreciando justo posterior y medial al esófago cervical, en íntimo contacto con éste y con aparente comunicación con la luz, se visualiza una estructura sacular de unos 50x24x23 mm, con aire, líquido y detritus en su interior. Ecográficamente estos hallazgos sugieren que podría tratarse de un divertículo de Zenker gigante.

CORRESPONDENCIA

Antonio José Hervás Molina
Hospital Universitario Reina Sofía
14004 Córdoba
ahervasm@live.com

Fecha de envío: 26/10/2021

Fecha de aceptación: 15/12/2021

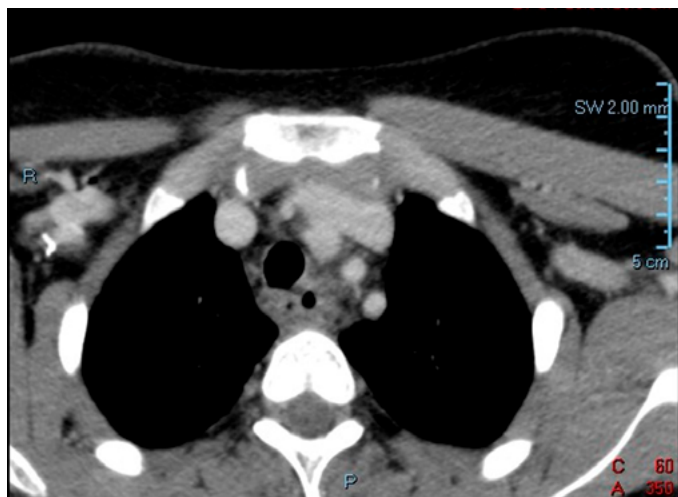


Figura 1
TC Cuello.

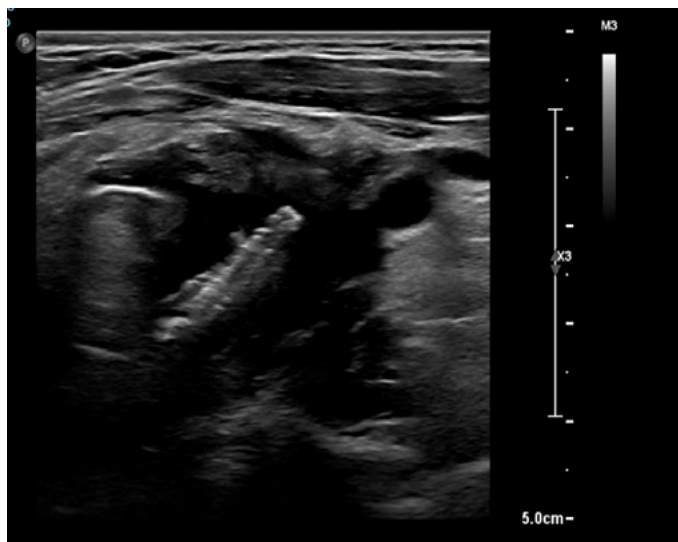


Figura 2
Ecografía de cuello.



Figura 3
Tránsito esofágico con Gastrografin®.

Llegado a este punto se consulta con la unidad de exploraciones de aparato digestivo y se solicita la realización de una endoscopia digestiva alta. Por los hallazgos referidos y ante la sospecha de una perforación contenida de esófago cervical de etiología no aclarada se indica realizar, previo a la endoscopia, un esofagograma con Gastrografin®, que es informado en los siguientes términos: se observa buen paso de contraste a través del esófago. El esófago superior se observa estenosado y comprimido posteriormente por una masa ovalada de aspecto quístico en la que parcialmente se introduce el contraste, de unos 5 cm de diámetro máximo craneocaudal. En su interior parece haber una imagen lineal de unos 3 cm que pudiera corresponder a un cuerpo extraño (se visualiza tras el contraste). Pudiera tratarse de quiste de duplicación esofágico.

Por los hallazgos y diferentes diagnósticos diferenciales se reevalúa la historia clínica: la paciente no refiere síndrome febril,

actual ni en el pasado; tampoco presenta ni ha presentado síntomas digestivos, y de forma dirigida no refiere disfagia, odinofagia ni regurgitación. Tampoco recuerda ingesta de cuerpo extraño.

Finalmente se planifica la realización de la endoscopia digestiva alta, por lo que se contacta con el servicio de Anestesia para valoración de anestesia general e intubación orotraqueal. El procedimiento se realiza en la sala radiológica de la unidad de exploraciones con los siguientes hallazgos: pasamos en un primer tiempo con un gastroscopio de 9,2 mm evidenciándose nada más franquear esfínter esofágico superior un cuerpo extraño impactado a a 16 cm de arcada dentaria. El borde del mismo es liso y cóncavo sin ser posible determinar con exactitud el tipo de material. Con un diente de ratón se atrapa el borde consiguiendo extraerlo mediante suaves movimientos de rotación. Al examen exterior del cuerpo extraño se trata de una moneda de 2 euros, de consistencia plástica (parece

tratarse de un juguete). En un segundo tiempo volvemos a pasar con el gastroscopio identificando a 16 cm de arcadas dentarias un tabique que divide dos luces: por una de ellas accedemos a una cavidad anfractuosa y con tejido de granulación y por la otra se continúa con esófago. No se puede avanzar por luz esofágica por disminución progresiva del calibre del esófago secundaria a compresión extrínseca por lo que se decide cambiar a un endoscopio ultrafino. Con el endoscopio ultrafino se completa la exploración hasta segunda porción duodenal y se vuelve a examinar la cavidad situada en la cara anterior esofágica que tiene una profundidad de unos 4 cm aproximadamente y que está fistulizada a la luz del esófago (con el endoscopio de 4,9 mm se puede pasar desde la cavidad a luz esofágica desembocando a 18 cm de arcadas). El tejido de granulación de la cavidad protruye en esófago y lo estenosa parcialmente (afectación entre los 17 y 19 cm de arcadas). Tras finalizar la exploración no vemos que haya aparecido ninguna complicación tras el examen físico.

La paciente queda en dieta absoluta durante 24 horas. Se continúa la antibioterapia con Amoxicilina + ácido clavulánico, iniciada al ingreso y que es mantenida hasta el alta, 96 horas después de la extracción del cuerpo extraño. Se aprecia una rápida mejoría de disfonía que casi ha desaparecido al alta. Se planifica revisión en consultas externas.

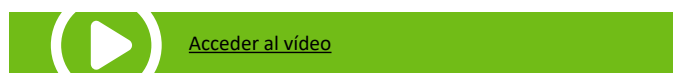


Figura 4

Endoscopia digestiva alta.

Una vez resuelto el desafío diagnóstico, se muestra a la paciente y la familia la moneda extraída. La familia recuerda que con 1-2 años jugó con monedas de plástico, pero la paciente no lo recuerda.

Las guías de práctica clínica nos dan indicaciones de qué exploraciones deben realizarse, así como los tiempos en los que se debe actuar para garantizar la seguridad del paciente. Sin embargo, ante hallazgos inesperados es recomendable el estudio detallado y la planificación minuciosa del procedimiento endoscópico sin olvidar que la protección de la vía aérea debe contemplarse siempre que exista riesgo de broncoaspiración.



Bibliografía

1. Birk M, Bauerfeind P, Deprez PH et al. Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy* 2016;48:1–8
2. Law R, Katzka DA, Baron TH. Zenker's Diverticulum. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2014;12:1773-82.
3. Liu Y, Zhou L, Li S et al. Esophageal duplication cyst with hemivertebrae: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore).* 2017;96;46(e8398)