

Barra cricofaríngea (acalasia cricofaríngea)

Informe de un caso

Cricopharyngeal bar. Case report

Julián David Martínez Marín, MD¹

RESUMEN

Se presenta el caso de una anciana con disfagia orofaríngea secundaria a una barra cricofaríngea; se hace una revisión de esta patología.

Palabras clave

Disfagia, músculo cricofaríngeo, edad.

SUMMARY

This is a report about Cricopharyngeal dysphagia related to a Cricopharyngeal bar.

Key words

Dysphagia, cricopharyngeus muscle, aging.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 82 años, quien consulta en junio de 2006 por disfagia para alimentos sólidos, de dos años de evolución. La disfagia se acompaña de sofocamiento, tos y episodios de cianosis, que cedían parcialmente con cambios de posición (extensión del cuello y de brazos). Inicialmente, la paciente manejó su problema con dieta blanda y líquida con alguna mejoría, informó una pérdida de peso del 5% de su peso habitual. Consultó a varios médicos quienes prescribieron alginatos, omeprazol, sin ningún resultado.

Seis meses antes de su consulta, fue sometida a una esofagogastroduodenoscopia, que mostró una gastritis crónica del cuerpo y el antro.

La paciente no informó antecedentes patológicos relevantes, tampoco consumo de medicamentos diferentes a los ya señalados.

El examen físico mostró una paciente sin signos de desnutrición, constantes vitales dentro del rango de la normalidad, voz de tono normal, sin masas en el

cuello, auscultación pulmonar normal y sin déficit neurológico alguno.

Se practicó Rx de esófago (esófago baritado) que mostró un espasmo del músculo cricofaríngeo con compresión extrínseca secundaria del esófago a este nivel. (Ver figura 1).

Posteriormente se realizó una cineradiografía de la deglución, que fue informada como normal, pero en posterior revisión permitió observar una zona de espasmo persistente en la pared posterior de la región cricofaríngea, consistente con el diagnóstico de barra cricofaríngea. No se observaron imágenes de broncoaspiración. Se recomendó a la paciente el manejo quirúrgico (miotomía) de esta patología.

COMENTARIOS

La disfagia cricofaríngea es una importante causa de morbilidad y mortalidad, que puede ocasionar deshidratación, desnutrición, neumonía por aspiración y obstrucción de la vía aérea (1).

¹ Gastroenterólogo, Profesor Asociado Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

E-mail: jdmartinezma@unal.edu.co
Fecha recibido: 17-10-06 / Fecha aceptado: 14-11-06



Figura 1. Rx de esófago (esófago baritado)

La broncoaspiración y las infecciones pulmonares secundarias son causas de muerte en los paciente hospitalizados (2, 3).

Es frecuente en los ancianos y se presenta entre el 7 y 10% de los mayores de 50 años. Más del 25% de los ancianos hospitalizados y cerca del 40% de los recluidos en hogares geriátricos presentan problemas de la deglución.

Cuando se altera la fase oral y faríngea de la deglución, el paso normal de los alimentos hacia el esófago es impedida y éstos son retenidos en la faringe e ingresan a las vías respiratorias con cada deglución. Si la depuración faríngea está severamente alterada, el consumo de agua y alimentos disminuye peligrosamente, comprometiendo la vida del paciente (4).

Son causas de disfagia orofaríngea, enfermedades neurológicas (accidente cerebro vascular, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, miastenia gravis, demencia), lesiones estructurales (tumores, divertículo de Zenker, bocio, hiperostosis cervical), enfermedades del colágeno (polimiositis) y la iatrogénica (radioterapia, cirugías, medicamentos) (5).

En los ancianos se ha observado la presencia de trastornos de la deglución, sin poderse demostrar patologías subyacentes. Existen informes en los cuales se

han demostrado alteraciones funcionales, tales como disminución en la presión basal, en el tiempo de apertura del esfínter cricofaríngeo y disminución en la amplitud y velocidad de la peristalsis en el esfínter esofágico superior (6, 7).

El esfínter esofágico superior (EES) es una zona de alta presión localizada entre la hipofaringe y el esófago cervical, el papel de este esfínter es el de evitar el reflujo de los alimentos a la vías aéreas y el de disminuir la entrada de aire a tracto digestivo.

El EES es una estructura muscular y cartilaginosa, cuya pared anterior está formada por la pared posterior del cartílago cricoides y en la porción anterosuperior por los músculos aritenoideos e interaritenoideo. Las paredes laterales y posterior las forma el músculo cricofaríngeo; este músculo contribuye con la tercera parte de la zona de alta presión y los 2/3 restantes del esfínter los forman el músculo tirofaríngeo.

La apertura de EES involucra la relajación de los músculos crico y tiro faríngeos y el movimiento hacia delante de la laringe secundaria a la contracción del músculo hiodeo (8).

Tradicionalmente la barra cricofaríngea, ha sido considerada una alteración de tipo funcional, secundaria a la apertura del EES y la disminución en la relajación del músculo cricofaríngeo el cual no se distiende de manera normal durante la deglución. Esta idea prevaleció y se reforzó por estudios de manometría que mostraron una debilidad en la contracción del músculo cricofaríngeo en pacientes con barra cricofaríngea en comparación con pacientes con disfagia de otras causas (8-10).

Un estudio radiológico de esofagogramas con bario, comparó 88 ancianos y 84 pacientes control y encontró la presencia de barras cricofaríngeas en el 30 % de los ancianos y en este subgrupo de pacientes la apertura del esfínter cricofaríngeo era menor en comparación con los paciente sin barras, ancianos o no (11).

Recientemente, dos estudios de 94 cadáveres humanos, han informado que el 30% de los ancianos presentan cambios estructurales de la pared posterior de la hipofaringe y el esófago cervical, consistente en el engrosamiento del músculo cricofaríngeo con protrusión de éste hacia la luz. Estos cambios ana-

tómicos pueden alterar la deglución normal en las personas vivas (12, 13).

El diagnóstico de la barra cricofaríngea se realiza mediante los Rx de esófago convencionales y la cine-radiografía. Estos, además de permitir el diagnóstico diferencial con otras patologías (tumores, divertículos, etc.), ayudan a observar el paso del medio de contraste a la vía aérea. Sin embargo, la concordancia entre observadores para el diagnóstico de la barra cricofaríngea es inferior al 50%, situación que debe hacer revisar estas imágenes por varios médicos para descartar o confirmar esta patología, tal como sucedió en el caso informado.

La esofagoscopia es útil dentro del diagnóstico diferencial en especial de neoplasias, la manometría no muestran un patrón característico que permita recomendarla como prueba diagnóstica estándar (14, 15).

El tratamiento quirúrgico mediante la realización de una miotomía, se ha considerado como el tratamiento de elección en estos pacientes. Recientemente la miotomía transmucosa mediante cirugía endoscópica con láser CO₂ se presenta como una alternativa en los pacientes con disfagia y broncoaspiración severas, se informan buenos resultados (16-18).

La inyección transcutánea de toxina botulínica (Botox A) en el esfínter esofágico superior (previa identificación de este por electromiografía) ha demostrado ser un procedimiento seguro y con buenos resultados (mejoría de la disfagia, disminución de episodios de aspiración) en los pacientes con esta patología (19).

REFERENCIAS

- Palmer J, Drennan J, Baba M. Evaluation and treatment of swallowing impairments. *Am Fam Physician* 2000; 61: 2453-2462.
- Lindgren S, Janzon L. Prevalence of swallowing complaints and clinical findings among 50-79-year-old men and women in an urban population. *Dysphagia* 1991; 6: 187-192.
- Tribbling L, Gustafsson B. Dysphagia and consequences in the elderly. *Dysphagia* 1991; 6: 200-202.
- Goyal RK. Disorders of the cricopharyngeus muscle. *Otolaryngol Clin North Am* 1984; 17: 115-30.
- Castell D, Donner MW. Evaluation of dysphagia. *Dysphagia* 1987; 2: 65-71.
- Tracy J, Logeman J, Kahrilas P, Jacob P, Koba M, Krugler C. Preliminary observations on the effects of age on oropharyngeal deglutition. *Dysphagia* 1989; 4: 90-94.
- Fulp SR, Dalton CB, Castell JD, Castell DO. Aging-related alterations in human upper esophageal sphincter function. *Am J Gastroenterol* 1990; 85: 1569-1572.
- Sivarao DV, Goyal RK. Functional anatomy and physiology of the upper esophageal sphincter. *Am J Med* 2000; 108 Suppl 4a: 27S-37S.
- Dantas RO, Cook IJ, Dodds WJ, Kern MK, Lang IM, Brasseur JG. Biomechanics of cricopharyngeal bars. *Gastroenterology* 1990; 99: 1269-1274.
- Olsson R, Ekberg O. Videomanometry of the pharynx in dysphagic patients with a posterior cricopharyngeal indectation. *Acad Radiol* 1995; 2: 597-601.
- Leonard R, Kendall K, Mc Kenzie S. UES opening and Cricopharyngeal Bar in nondysphagic elderly and nonelderly Adults. *Dysphagia* 2004; 19: 182-191.
- Zhang M, Dannes PJD. An Anatomical protrusion exists on the posterior hypopharyngeal wall in some elderly cadavers. *Dysphagia* 2005; 20: 8-14.
- Xu S, Tu L, Wang Q, Zhang M. In the Anatomical protrusion on the posterior hypopharyngeal Wall associated with Cadavers of only the Elderly? *Dysphagia* 2006; 21: 1-4.
- Ekberg O, Nylander G, Fork FT, Sjober S, Birch-Iensen M, Hillarp B. Interobserver variability in cineradiographic assessment of pharyngeal function during swallow. *Dysphagia* 1988; 3: 46-48.
- Frederick MG, Ott DJ, Grishaw EK, Gelfand DW, Chen MY. Functional abnormalities of the pharynx: a prospective analysis of radiographic abnormalities relative to age and symptoms. *AJR* 1996; 166: 353-357.
- McKenna JA, Dedo HH. Cricopharyngeal myotomy: indications and technique. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1992; 101: 216-221.
- Rohan BH, Williams B, Galib NA, Hunt D, Wallace K, Cook I. Cricopharyngeal myotomy does not increase the risk of esophagopharyngeal acid regurgitation. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 348-350.
- Takes RP, van den Hoogen FJ, Marres HA. Endoscopy myotomy of the cricopharyngeal muscle with CO₂ laser surgery. *Head Neck* 2005; 27: 703-709.
- Murry T, Wasserman T, Carrau RL, Castillo B. Injection of botulinum tixin A for the treatment of dysfunction of the upper esophageal sphincter. *Am J Otolaryngol* 2005; 26: 157-162.