



Faringocele, un caso raro de manifestación

Pharyngocoele, a rare case of presentation.

Oscar Retama-Baldivia,¹ José Antonio Rodríguez-Martínez,¹ Deisy Johana Roa-Melo,¹ Santiago Buendía-Cal,¹ Beatriz Yesenia Cortés-García,² Talia Nila Chargoy-Loustanau³

¹ Médico residente de segundo año.

² Médico adscrito al servicio de Radiología e Imagen. Curso de alta especialidad en Imagen de cabeza y cuello.

³ Jefa del Departamento de Imagenología Especializada, servicio de Radiología e Imagen.

Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

Recibido: abril 2018

Aceptado: junio 2018

Correspondencia

José Antonio Rodríguez Martínez
resumenespepe@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Retama-Baldivia O, Rodríguez-Martínez JA, Roa-Melo DJ, Buendía-Cal S, et al. Faringocele, un caso raro de manifestación. An Orl Mex. 2018 abril-junio;63(2):82-86.

Resumen

Se comunica un caso de faringocele, afección rara que implica la dilatación de la pared faríngea en áreas de debilidad muscular. Se analizan las características clínicas y radiológicas observadas en un paciente de 26 años de edad, quien permanecía asintomático y tuvo seguimiento con manejo expectante.

PALABRAS CLAVE: Faringe; pared faríngea.

Abstract

A case of pharyngocoele is reported, which is a rare entity that involves dilation of the pharyngeal wall in areas of muscle weakness. This paper analyzes the clinical and radiological characteristics observed in a 26-year-old male patient, who was asymptomatic and had expectant management.

KEYWORDS: Pharynx; Pharyngeal wall.



ANTECEDENTES

El faringocele, también llamado divertículo faríngeo lateral,¹ es una enfermedad rara, principalmente asintomática y diagnosticada como hallazgo incidental al realizar estudios de imagen por otras causas.² Puede ser congénita o adquirida, la segunda es más frecuente.¹ La mayoría de las veces se diagnostica entre la quinta y sexta décadas de la vida, con prevalencia mayor en el sexo masculino, según el estudio realizado la relación hombre:mujer varía desde 3:1 hasta 8:1.³

Esta enfermedad implica la dilatación de la pared faríngea a través de áreas con debilidad muscular y la membrana tiroidea.⁴ La patogenia se encuentra en relación directa con dos principales factores: debilidad de la pared faríngea y aumento en la presión intraluminal, secundaria la mayor parte de las veces a tos crónica o maniobras de Valsalva repetitivas, en algunas profesiones (ejecutantes de instrumentos musicales de viento, sopladores de vidrio, etc.),^{1-3,5} si a esto le agregamos edad avanzada y pérdida de la elasticidad por condiciones patológicas primarias, aumenta el riesgo de faringocele.⁴ La debilidad de la pared faríngea puede ser congénita o adquirida.²

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 26 años de edad, estudiante de licenciatura, religión católica, antecedentes heredofamiliares interrogados y negados, refirió escarlatina en la infancia con alivio sin complicaciones, resto de antecedentes quirúrgicos, traumáticos, crónico-degenerativos interrogados y negados. Inició su padecimiento 10 meses previos (septiembre de 2016) al notar aumento de volumen en la región cervical izquierda tras “sonarse la nariz en frente de un espejo”, posteriormente manifestó que el aumento de volumen era intermitente al taparse la nariz y

soplar. Se agregó obstrucción nasal ocasional desde hacía un año relacionada con el frío. Negó disnea, dolor, rinorrea y disfagia.

Al examen físico a la nasofaringolaringoscopia se observó la mucosa nasal normocrómica, tabique funcional, meatus libres, nasofaringe libre, epiglottis, vallécula sin alteraciones, se realizó maniobra de Valsalva sin encontrar protrusiones, pliegues ariepiglóticos, glosoepiglóticos y aritenoides normales, senos piriformes libres, cuerdas vocales móviles, subglotis sin aparente afectación. La cavidad oral con mucosa normohidratada, orofaringe sin datos de infección o descarga posterior, cuello sin masas ni megalías. Se corroboró aumento de volumen cervical bilateral al realizar la maniobra referida por el paciente como “intentar soplar con la nariz y boca tapadas”, por lo que se decidió de primera instancia realizar un esofagograma (**Figura 1**) y luego una tomografía axial computada de cuello para confirmar el diagnóstico (**Figuras 2 a 4**). Como el paciente no tenía síntomas de obstrucción de la vía aérea o digestiva fue dado de alta para continuar con manejo expectante y cita abierta en caso de alteraciones en la calidad de vida secundaria al faringocele a criterio clínico, control tomográfico o baritado bianual para valorar evolución y crecimiento del saco faríngeo.

DISCUSIÓN

El faringocele se clasifica en superior e inferior, según la zona de debilidad por la que protruye el saco herniario. En la pared lateral faríngea existen dos zonas que carecen de capa muscular situándose entre el músculo constrictor superior e medio, y entre el músculo constrictor medio e inferior.¹ El faringocele superior se origina en la región lateral de la vallécula, siendo de tamaño pequeño y asintomático. En nuestro centro hospitalario no es muy común encontrar este tipo de enfermedad; en la bibliografía mundial existen pocos casos reportados.

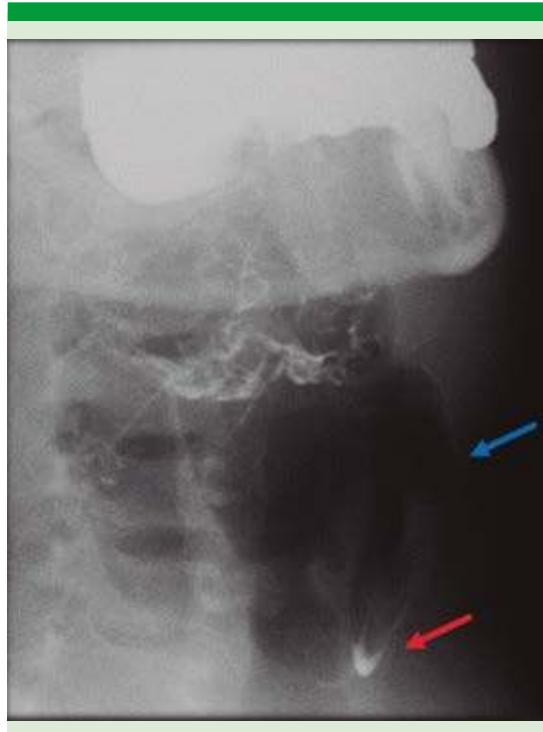


Figura 1. Estudio baritado realizado previamente en el que es evidente el aumento de las dimensiones del espacio visceral de la faringe (flecha azul) con escasa acumulación residual del medio de contraste en el fondo (flecha roja); este hallazgo fue confirmado mediante tomografía computada.

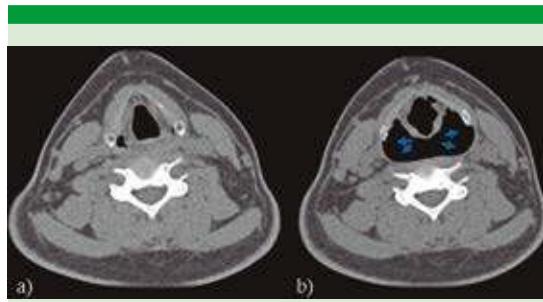


Figura 2. Dilatación del espacio visceral (flechas azules) en paciente con diagnóstico de faringocele. Tomografía computada simple en plano axial, previa (A) y posterior (B) a la insuflación de las mejillas con los labios cerrados.



Figura 3. Tomografía computada, reconstrucción multiplanar en plano sagital (A); vistas lateral y anteroposterior de reconstrucciones tridimensionales (B y C). Paciente con diagnóstico de faringocele previo a la insuflación de las mejillas con los labios cerrados.

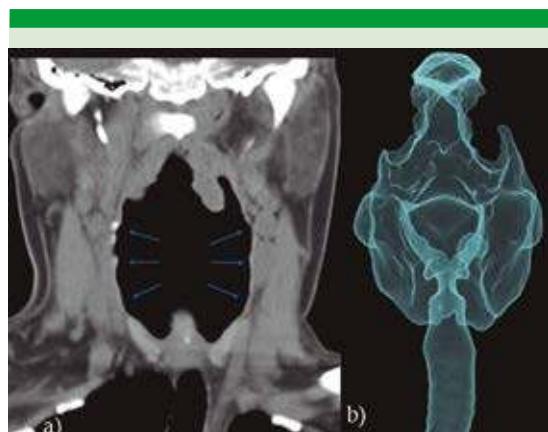


Figura 4. Reconstrucción multiplanar coronal (A) y tridimensional (B). Imágenes adquiridas después de la insuflación de las mejillas con los labios cerrados.

La mayoría de los casos reportados tiene antecedente traumático o de manipulación sobre la vía aérea, lo que hace más rara la existencia de un faringocele espontáneo. En cuanto al diagnóstico, el abordaje debe iniciar con estudios simples o baritados que se confirmarán con una tomografía axial computada tratando de evidenciar el defecto pidiendo la colaboración del paciente. En el caso comunicado, debido a que el paciente no tuvo en ningún momento sín-



tomas, se prefirió el manejo expectante, mismo que está bien documentado en la bibliografía y se optó por el seguimiento del paciente y se dejó a la opción quirúrgica sólo en caso de que el faringocele afectara su calidad de vida. En ese caso los estudios de imagen pueden usarse para el seguimiento de la enfermedad, comparando con el basal para observar si existe aumento en el mismo o algún cambio que justifique el abordaje quirúrgico.

La mayoría de los casos los pacientes se muestran asintomáticos, en un porcentaje menor pueden manifestar síntomas, que varían desde aumento de volumen cervical uni (66.1%) o bilateral (los casos restantes)⁶ al realizar la maniobra de Valsalva,⁵ que se reduce fácilmente a la digitopresión y se mantiene indoloro. Naunheim y colaboradores,⁶ en una revisión de casos, reportaron como principal síntoma la disfagia (52.5%), precedida por la inflamación del cuello (27.1%), regurgitación (25.4%) y la retención de alimentos (27.1%),^{1,3} residuos en la saculación producida por la debilidad de la pared que posteriormente conducen a la formación de infecciones.⁷

En la bibliografía mundial se encuentran muy pocos casos confirmados y reportados, por lo que podríamos considerar estudio diagnóstico de primera línea un estudio baritado de tubo digestivo, principalmente para la valoración de la mecánica de la deglución y el paso de contraste a través del trayecto faringo-esofágico, porque uno de los principales síntomas referidos por los pacientes al momento de acudir a valoración médica es la disfagia.^{3,5} La ecografía en la que se observa en el área cervical lateral al cartílago tiroideo en la fosa piriforme⁶ una imagen sacular o redondeada de contenido anecoico la mayor parte de las veces o mal delimitada por la existencia de gas intraluminal; el estudio realizado con el paciente en decúbito dorsal o en posición sentada mientras se ejecuta una maniobra de Valsalva sostenida no resulta ser

de gran utilidad. El estudio de elección para diagnosticar esta enfermedad se basa en la toma de una tomografía simple de cuello en la que de realizar dos rastreos (el primero con el paciente en reposo y el segundo durante la maniobra de Valsalva) podremos identificar el aumento de volumen faríngeo uni o bilateral condicionado por la debilidad de la pared y la protrusión de aspecto sacular secundaria a la presión intraluminal ejercida durante la maniobra de Valsalva.

El estudio de endoscopia no siempre resulta el adecuado, porque si el paciente está bajo sedación, al no realizar la maniobra de Valsalva no podrá identificarse la zona de protrusión del faringocele.⁴

El tratamiento de estos pacientes depende de los síntomas generados por el faringocele, la calidad de vida al momento del diagnóstico y los deseos estéticos o de salud percibidos por el paciente; así que puede optarse por un manejo expectante en caso de no haber mayores síntomas y no afectar la calidad de vida del paciente o, en caso contrario, realizar un tratamiento quirúrgico. Los pacientes que se dediquen a tocar instrumentos musicales de viento tendrán que realizar ejercicios establecidos por el médico tratante para evitar el aumento innecesario en la presión intraluminal durante el manejo de tales instrumentos, porque la presión normal de la cavidad oral al momento del habla es de 7 cmH₂O y al momento de tocar un instrumento de viento aumenta considerablemente hasta 124 cmH₂O, lo que significa que puede haber complicaciones del faringocele o, en su defecto, de la cirugía previamente realizada para su reducción.⁴

El principal diagnóstico diferencial se hace con laringocele, en muchas ocasiones diagnosticado erróneamente; los laringoceles suelen ser protrusiones de mayor tamaño que atraviesan completamente la membrana tiroidea extendiéndose en el cuello hasta el área submandibular

y en ocasiones forman niveles hidroaéreos.¹ El siguiente diagnóstico diferencial más común es con el divertículo de Zencker, que no se encuentra a través de la membrana tiroidea.⁶

CONCLUSIONES

Este caso es tan poco común que no mostró ninguno de los factores de riesgo que se relacionan con esta enfermedad. El estudio tomográfico ha demostrado ser el patrón de referencia para el diagnóstico y abordaje de esta enfermedad, la insuflación es importante para que esta afección no pase inadvertida. No siempre el manejo quirúrgico es indispensable, sólo cuando el manejo expectante no ha dado resultado o las repercusiones estéticas lo ameritan. El principal diagnóstico diferencial debe realizarse con laringocele.

REFERENCIAS

1. Leuchter I, Becker M, Dulguerov I. Bilateral pharyngocoele surgery under local anesthesia: let the patient help the surgeon. *Laryngoscope* 2013 Jun;123(6):1444-1447.
2. Oishi KM, Zapater LE, Mosquera LN, Basterri AJ. Pharyngocoele. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2013;64(5):369-370.
3. Katsinelos P, Chatzimavroudis G, Pilipidis I, et al. Congenital bilateral pharyngocoeles: An unusual case of upper dysphagia. *Dysphagia* 2008 Mar;23(1):98-100.
4. Saxby C, Coyle P, Rajaguru K, Mochloulis G. How we do it: the intra-operative identification of a pharyngocoele. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2017 Jul;274(7):2965-2967.
5. Marcotullio D, Di-Celio P, Pietrasanta D, et al. Un caso di faringocele bilaterale recidivato come mediano e rioperato con successo. *G Chir* 2008;29(6/7):285-288.
6. Naunheim M, Langerman A. Pharyngocoeles: A photo-anatomic study and novel management. *Laryngoscope* 2013 Jul;123(7):1632-1638.
7. Sanomiya C, Kemp D, Da Silva P, et al. Pharyngocoele a rare entity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2017 Feb;123(2). e52 DOI: 10.1016/j.oooo.2016.09.093.