



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Acalasia cricofaríngea primaria

Primary cricopharyngeal achalasia

Isabel Casal-Beloy^{a,*}, Miriam García-González^a, Ana Moreno Álvarez^b
y Anselmo Padín Seara^c



^a Servicio de Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

^b Unidad de Gastroenterología Pediátrica, Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

^c Unidad Pediátrica, Servicio de Otorrinolaringología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

Disponible en Internet el 7 de febrero de 2019

Varón de 7 años con antecedentes de retraso global del desarrollo no filiado (asocia facies cuadrangular, frente prominente, raíz nasal amplia e hipertelorismo, vientre en naranja, mamilas invertidas, criptorquidia, sindactilia bilateral del 5.º dedo y escoliosis).

Seguido en consultas de gastroenterología pediátrica por reflujo gastroesofágico (RGE), tratado de forma intermitente desde el nacimiento con ranitidina, omeprazol y domperidona, sin respuesta. Asocia rumiación constante con vuelta de bolo alimenticio a la boca y episodios de atragantamiento repetidos.

Ante la falta de respuesta al tratamiento convencional, se ampliaron las pruebas complementarias para descartar enfermedad por RGE (ERGE) versus síndrome de rumiación:

- Ecografía abdominal: normal
- Endoscopia digestiva alta: esofagitis por reflujo
- pH-metría: ERGE
- Tránsito esófago-gástrico (TEG): déficit de relajación del músculo cricofaríngeo (fig. 1)
- Manometría: limitada ante la falta de colaboración del paciente para su realización



Figura 1 Tránsito esófago-gástrico prequirúrgico: impronta del músculo cricofaríngeo a nivel de la unión faringoesofágica (C4-C5), con paso filiforme del contraste baritado.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isabelcasalbe@gmail.com (I. Casal-Beloy).



Figura 2 Tránsito esófago-gástrico posquirúrgico: indentación a nivel de la unión faringoesofágica residual, pero con mejoría clara con respecto al estudio previo.

Ante el diagnóstico de acalasia cricofaríngea, el manejo terapéutico consistió en 4 inyecciones intramusculares de toxina botulínica (10 unidades por inyección) a nivel muscular. Tras ello, el paciente mostró mejoría clínica (con

desaparición de las crisis de atragantamiento y rumiación), así como radiológica (fig. 2).

La acalasia cricofaríngea (AC) es un trastorno motor esofágico causado por la falta de relajación del músculo cricofaríngeo durante la deglución, y supone una causa infrecuente de disfagia en la edad pediátrica. El RGE y las alteraciones neurológicas frecuentemente se relacionan con esta enfermedad¹.

El diagnóstico de AC es sencillo, y la técnica de elección es el TEG que demuestra la impronta del músculo cricofaríngeo a nivel del esófago cervical¹⁻³. La manometría puede apoyar el diagnóstico, pero en muchas ocasiones es inespecífica y difícil de realizar¹.

El tratamiento se basa en fármacos anticolinérgicos, dilatación neumática o cirugía mediante miotomía cricofaríngea¹⁻³. La inyección de toxina botulínica no está extendida a nivel pediátrico, sin embargo, sus resultados son prometedores^{2,3}.

Bibliografía

1. Rodríguez P, Ibáñez V, Alaar A, Ibáñez I, Couselo M. Acalasia cricofaríngea: diagnóstico y alternativas terapéuticas. *Cir Pediatr*. 2015;28:81-3.
2. Scholes MA, McEvoy T, Mousa H, Wiet GJ. Cricopharyngeal achalasia in children: Botulinum toxin injection as a tool for diagnosis and treatment. *Laryngoscope*. 2014;124:1475-80.
3. Barnes MA, Ho AS, Malhotra PS, Koltai PJ, Messner A. The use of botulinum toxin for pediatric cricopharyngeal achalasia. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2011;75:1210-4.