

IMÁGENES EN PATOLOGÍA DIGESTIVA

Hairy esophagus: una complicación de la cirugía reconstructiva faringoesofágica

L. Crespo Pérez, M. Rivero Fernández, X. A. García Aguilera, A. López San Román, D. Boixeda de Miquel, V. Benita León, J. A. González Martín y J. M. Milicua Salamero

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

INTRODUCCIÓN

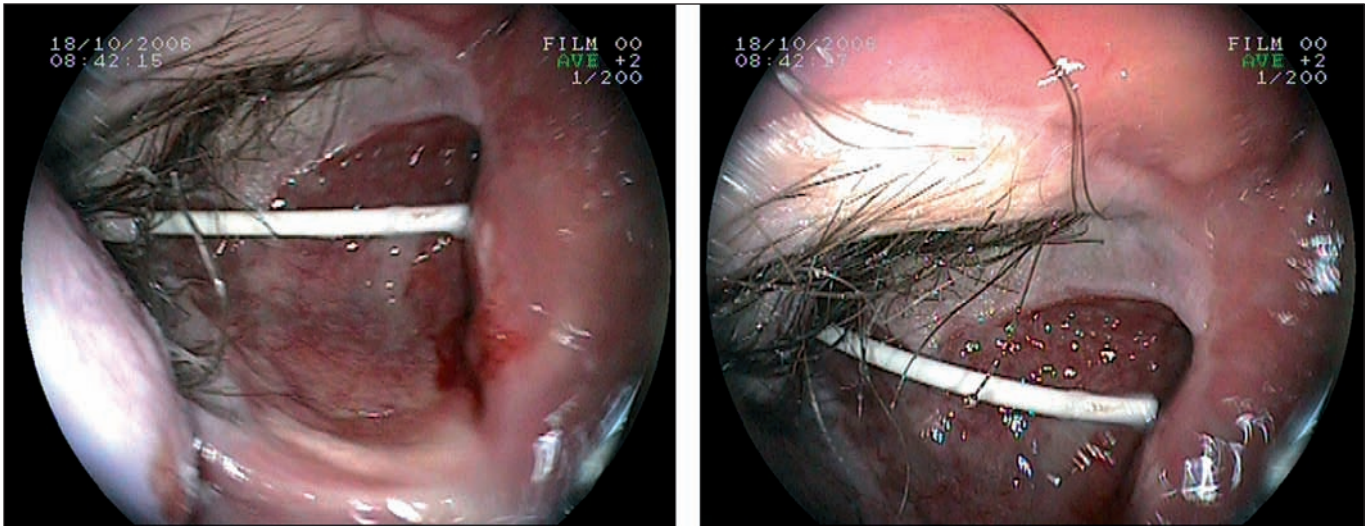
La cirugía reconstructiva faringoesofágica con frecuencia precisa el empleo de colgajos miocutáneos para restaurar la anatomía y la función de la zona intervenida. El colgajo cervical dermo-platisma-fascial es un colgajo miocutáneo bien vascularizado y de gran plasticidad, por lo que se utiliza frecuentemente en este tipo de cirugía. Presentamos el caso de un paciente que debutó con disfagia secundaria a crecimiento piloso faríngeo tras el empleo de este tipo de colgajo.

CASO CLÍNICO

Varón de 69 años, bebedor y fumador severo, operado en 1985 de un carcinoma epidermoide de suelo de boca y lengua realizándose una hemimandibulectomía con disección radical del cuello izquierdo. En 1996 se procedió a la reconstrucción con injerto libre de cresta iliaca y barra de titanio. En 1999 fue sometido a una laringectomía total suprahioidea por un nuevo carcinoma epidermoide de laringe con metástasis supraclavicular izquierda (T4N1M0). El cierre del faringostoma se realizó usando un colgajo dermo-platisma-fascial de Herrmann. Posteriormente recibió tratamiento radioterápico con cobalto-60 sobre el lecho quirúrgico y las cadenas cervicales supraclaviculares bilaterales. En julio de 2006 presentó una recidiva de su carcinoma de cavidad oral, tratada quirúrgicamente con resección del muñón de base de lengua y reconstrucción con colgajo miocutáneo pectoral izquierdo. En noviembre de 2006 ingresó por la aparición de disfagia, que le condicionaba una incapacidad total para la alimentación oral y provocó secundariamente una desnutrición severa. Se intentó reiteradamente la colocación una sonda nasogástrica, sin éxito. Se realizó una nasofibroscoopia en la que se objetivó una estenosis faringoesofágica infranqueable de aspecto benigno. Se solicitó entonces una endoscopia oral que demostró una zona estenótica de aspecto fibroso en la unión faringoesofágica, asociada a un importante crecimiento piloso en la faringe por inversión de la piel en la cirugía previa (Figs. 1 y 2), pero sin datos de recidiva tumoral local. La estenosis esofágica resultó infranqueable al endoscopio, por lo que se procedió a la colocación de una gastrostomía quirúrgica según técnica de Witzel. Actualmente el paciente mantiene un adecuado estado nutricional y no existen datos de nueva recidiva tumoral.

DISCUSIÓN

El colgajo cervical dermo-platisma-fascial es un colgajo miocutáneo bien vascularizado y de gran plasticidad, por lo que se emplea frecuentemente en la cirugía reconstructiva de tumores faringo-laríngeos (1,2). Esta técnica quirúrgica es de gran complejidad, ya que se debe restaurar una estructura tubular con una función compleja (fonación/deglución) en un medio séptico, donde aun las pequeñas complicaciones como fístulas o estenosis pueden provocar importantes déficit funcionales. La superficie epitelial externa del colgajo cutáneo se convierte en la superficie interna del tubo reconstruido. La hipofaringe así reconstruida queda dotada de una superficie de epitelio escamoso que la convierte en resistente al ácido, pero que la hace incapaz de producir moco, provocando una importante sequedad. Esta superficie contiene también folículos pilosos (3). Aunque usualmente estos se atrofian en 6-12 meses, en raras ocasiones el crecimiento piloso puede continuar más allá de un año y puede llegar a ser exuberante (3). Existen pocos casos de "esófago hirsuto" publicados en la literatura y en general la bibliografía es muy antigua. Se ha descrito una tríada de síntomas típicos en estos pacientes:



Figs. 1 y 2. Importante crecimiento piloso faríngeo tras la realización de cirugía reconstructiva faringolaríngea mediante el empleo de un colgajo dermo-platismo-fascial, en un paciente diagnosticado de carcinoma epidermoide laríngeo. Se visualiza una sonda nasogástrica, que no se pudo colocar con éxito al no poderse franquear el área estenótica.

disfagia, esputos con restos pilosos y alteraciones en el habla. En los estudios radiológicos esófago-gastroduodenales se pueden observar múltiples defectos de repleción, que confieren un aspecto rugoso a la superficie esofágica. Se debe establecer el diagnóstico diferencial con la presencia de cuerpos extraños o bezoares, así como con las infecciones herpéticas o por *Candida* (2,3). La solución endoscópica es compleja, habiéndose comunicado casos de dilatación con bujías o resección del pelo con pinzas y/o tijeras (3-5). Podría resultar útil la fulguración con gas argón, si bien se trata sólo de una mera especulación, ya que no hay ningún caso documentado por el momento. En ocasiones se ha recurrido a la radioterapia como tratamiento de la disfagia secundaria a un crecimiento piloso excesivo. Como alternativas quirúrgicas se ha propuesto el empleo de la superficie interna del colgajo dermo-platisma-fascial (fascia cervical superficial), que se reepitelizará secundariamente. También se puede recurrir a otros tipos de colgajos, como el deltopectoral, que habitualmente tiene menos folículos pilosos (2,3).

BIBLIOGRAFÍA

1. Huerta-Delgado AD, Llorente JL, Labra A, Deleyiannis F, Suárez-Nieto C. Utilización del colgajo cervical dermoplastisma fascia para la reconstrucción en un solo tiempo de defectos laringofaríngeos parciales. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2005; 68: 90-3.
2. Agha FP, Wimbish KJ. Hirsute esophagus: Clinical and Roentgen features. *Gastroenterol Radiol* 1984; 9: 297-300.
3. McLean GL, Laufer I. "Hairy esophagus". A complication of pharyngo-esophageal reconstructive surgery in two cases. *Am J Radiol* 1979; 132: 269-70.
4. Kwak DL, Kattan KR. Hair growing in the esophagus: Complication of reconstruction of the pharynx and esophagus. *South Med J* 1983; 76: 544-5.
5. Llana PP, Menéndez AM, Dunn GD. Hairy esophagus contributing to dysphagia. *Gastrointest Endosc* 1987; 33: 331-2.