

Endoscopia transnasal en paciente con penfigoide cicatricial

M. Rodríguez-Téllez¹, Q. Arroyo-Martínez², C. Lizarralde³, F. J. Pellicer¹ y J. M. Herrerías²

¹Unidad de Endoscopia Digestiva, Servicios de ²Enfermedades Digestivas y ³Anatomía Patológica.
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 32 años con antecedentes de bronquitis asmática, penfigoide cicatricial corticodependiente, osteoporosis secundaria a corticoides y cataratas esteroideas. Es enviado a la consulta de digestivo por odinofagia orofaríngea persistente. Se intenta la realización de endoscopia convencional en 2 días diferentes con resultados fallidos por lo que se intenta abordar la vía oral con endoscopio de 5,9 mm siendo nuevamente fallido. Finalmente se decide abordar la vía transnasal (Fig. 1). El abordaje resulta finalmente exitoso lográndose visualizar múltiples lesiones ulcerosas y trayectos fibrosos en la hipofaringe, que se logran franquear con dificultad. En el resto de la mucosa esofágica, gástrica y hasta 2ª

porción duodenal no se observaron lesiones. Una biopsia faríngea realizada posteriormente revela la presencia de una hendidura subepidérmica, lesiones vesículo-ampollosas con hemorragia subepitelial y tejido de granulación en la submucosa con abundante infiltrado neutrofílico (Fig. 2).



Fig. 1. Endoscopia transnasal: se observan en hipofaringe múltiples lesiones ulcerosas, en epiglotis con tracto fibroso en cara anterior así como otros que dificultan el acceso por boca de Killian.

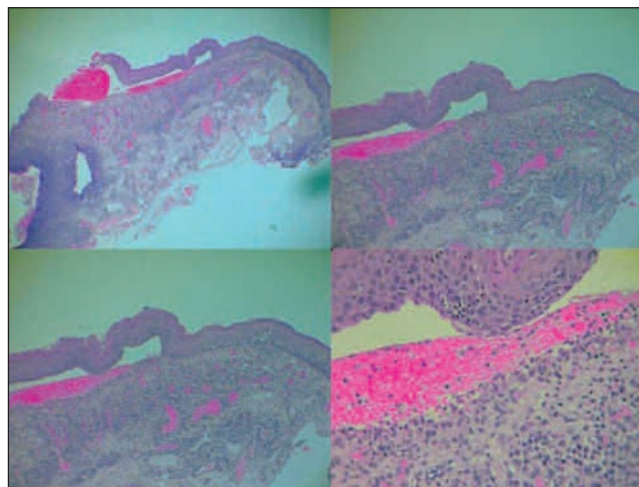


Fig. 2. Hendidura subepidérmica con lesiones vesículo-ampollosas en la mucosa. Hemorragia subepitelial y tejido de granulación en la submucosa con infiltrado neutrofílico. Tinción con hematoxilina-eosina.

DISCUSIÓN

El penfigoide cicatricial es una enfermedad autoinmune, inflamatoria crónica, de carácter benigno, que evoluciona de forma lenta y progresiva, a brotes y con periodos de remisión y exacerbación espontáneos. Su localización predominantemente es cavidad oral donde afecta la mucosa de forma predominantemente superficial. La disfagia se debe, en la mayor parte de los casos, a la afectación de hipofaringe secundaria a ulceraciones. Puede producir trayectos fibrosos de predominio en tercio superior del esófago que son causantes de disfagia persistente (1). La afectación esofagogástrica debe ser es-

tudiada aunque se presenta sólo en el 5% de los casos. También puede afectar la conjuntiva del ojo, la laringe, los genitales y la piel (2). Los endoscopios de diámetro fino (< 6 mm) fueron desarrollados en los años 90 a fin de reducir las molestias y los costos de los procedimientos anestésicos asociados a la forma convencional. La endoscopia transnasal ha sido empleada no sólo con finalidad diagnóstica, sino también terapéutica, habiéndose descrito diversos procedimientos como son la colocación de PEG y de tubos de alimentación nasointestinal (3). Representa una técnica segura en la evaluación del tracto digestivo superior con mínimos efectos secundarios por lo que la consideramos una técnica útil y segura en este tipo de pacientes (4,5).

BIBLIOGRAFÍA

1. Altenburg A, Krahl D, Zouboulis CC. Non-infectious ulcerating oral mucous membrane diseases. *JDDG J. German Soc Dermatol* 2009; 7: 242-57.
2. Naylor MF, MacCarty NL, Rogers RS. Barium studies in esophageal cicatricial pemphigoid. *Abdom Imaging* 1995; 20: 97-100.
3. Vitale MA, Villotti G, D'Alba L, De Cesare MA, Frontespezi S, Iacopini G. Unsedated transnasal percutaneous endoscopic gastrostomy placement in selected patients. *Endoscopy* 2005; 37: 48-51.
4. Dumortier J, Napoleon B, Hedelius F, Pellissier PE, Leprince E, Pujol B, et al. Unsedated transnasal EGD in daily practice: results with 1100 consecutive patients. *Gastrointest Endosc* 2003; 57: 198-204.
5. Postma GN, Cohen JT, Belafsky PC, Halum SL, Gupta SK, Koufman JA. Transnasal esophagoscopy: revisited (over 700 consecutive cases). *Laryngoscope* 2005; 115: 321-3.