

Parestesias faríngeas. Cuerpo extraño faríngeo tras extrusión de tornillo de artrodesis tras traumatismo cervical.

Úbeda Fernández, E., de La Fuente Cañibano, R., Cardenete Muñoz, G., Alañón Fernández, M.A.
Servicio de Otorrinolaringología. GAI-CR.

Resumen

Las parestesias faríngeas se presentan como síntomas faríngeos poco definidos. La etiología suele ser multifactorial por lo que se precisa de una Historia Clínica completa con una exploración completa otorrinolaringológica. Se presenta una paciente de 78 años con un cuadro de parestesias faríngeas tras sufrir un accidente de tráfico que se acompaña de latigazo cervical, como antecedentes de interés de la paciente presentaba artrodesis cervical C3-C6 previa.

The pharyngeal paresthesias are presented like undefined symptoms. The etiology used to be multifactorial so is necessary a complete enquired clinical historie and a systemic examination. Presentation of case a 78-year-old woman because of paresthesia thereafter a car crash, years ago she was cervical arthrodesis surgery.

Palabras clave: Parestesias faríngeas — globo faríngeo — artrodesis cervical

Keywords: Pharyngeal parestesia — globus sensation — cervical arthrodesis.

Correspondencia: eubedaf@sescam.jccm.es

1. Introducción

Las parestesias faríngeas se definen como una alteración de la sensibilidad faríngea con sintomatología indefinida. La etiología suele ser multifactorial, por lo que es importante realizar una historia y exploración otorrinolaringológica de forma minuciosa. Es un motivo de consulta frecuente en los servicios de ORL y de atención primaria por lo que es necesario un conocimiento de las posibles causas para poder realizar un estudio dirigido con el objetivo de realizar un tratamiento adecuado.

2. Presentación del caso

Presentamos el caso de una mujer de 78 años de edad, que presenta como antecedentes personales la realización de artrodesis cervical C3-C6 en 2012, con postoperatorio dentro de la normalidad. Tres años después la paciente sufre un accidente de tráfico.

Acude a la consulta de ORL remitida por su Médico de Atención Primaria por parestesias faríngeas

de años de evolución sin disfagia, disfonía ni otra clínica asociada.

En la exploración física realizada mediante Fibrolaringoscopia se objetiva una impronta submucosa en pared posterior supraglótica izquierda, que no compromete la luz glótica, siendo el resto de la exploración otorrinolaringológica dentro de la normalidad. (Figuras 1 y 2)

La paciente presenta una radiografía cervical donde se objetiva desplazamiento del tornillo caudal superior izquierdo de la placa de artrodesis (Figura 3).

Se le solicita un tránsito esofágico donde se visualiza contacto de la cabeza de uno de los tornillos superiores en C3 con la pared dorsal del esófago, sin producir estenosis o impronta, sólo contacto con la mucosa esofágica.

Con éste diagnóstico, la paciente fue remitida al servicio de Neurocirugía, dónde tras evaluación y valoración por comité de columna, se decide retirada quirúrgica del tornillo citado. La paciente rechaza dicha opción, decidiéndose tratamiento conservador y estando actualmente estable.

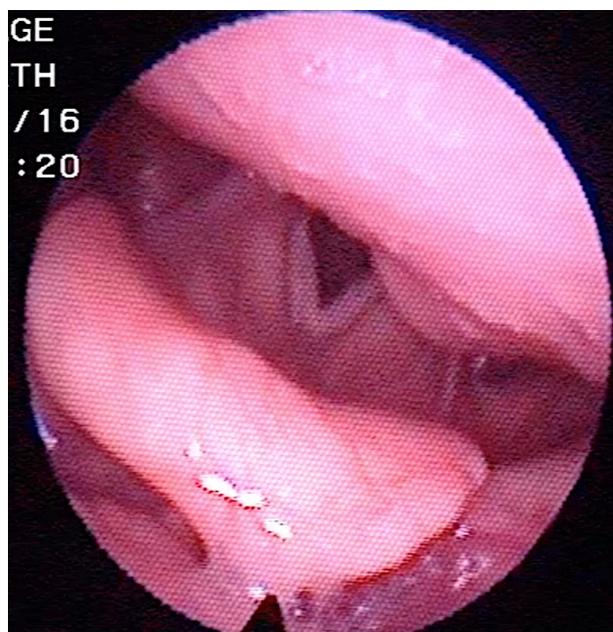


Figura 1: Imagen mediante laringoscopia donde se objetiva a nivel de pared posterior supraglótica izda un abombamiento submucoso.



Figura 2: Imagen mediante laringoscopia donde se objetiva a nivel de pared posterior supraglótica izda un abombamiento submucoso.

Discusión

Bajo el término de parestesias faríngeas se agrupan varias sensaciones a nivel faríngeo percibidas por un paciente. Éstas pueden ser definidas por el paciente como una molestia, sensación de quemadura, dolores faríngeos unilaterales, impresión de bola en la hipofaringe, sensación de cuerpo extraño o exceso de moco.

Los signos que la acompañan son constantes: esfuerzos repetidos de carraspeos faríngeos o de deglución entre las comidas para eliminar la sensación de «bola» o de cuerpo extraño.

Según un estudio realizado en un hospital de tercer nivel, suponen aproximadamente el 2,77% de las urgencias ORL¹, siendo esta incidencia mucho mayor en una consulta ambulatoria.

A menudo es difícil realizar un diagnóstico etiológico por el carácter multifactorial de éstas. Su origen es psicósomático u orgánico y, en estas últimas, de causa local (ORL), regional o general (relacionadas con un desequilibrio de orden general ya sea metabólico, inmunitario o endocrino).

Dentro de las causas ORL nos encontraríamos con el diagnóstico diferencial de diferentes patologías a tener en cuenta como: lesiones precancerosas o cancerosas, amigdalitis crónica y faringitis crónica dentro de las más frecuentes; entre las causas regionales destacamos causas como el origen dental y articulación temporomandibular, apófisis estilohioides, esofágico y digestivo (causa más frecuente el RGE), neurológico y raquídeo (la más frecuente sería la artrosis cervical, pero también nos encontraríamos la hipertrofia de la apófisis lateral del atlas y las alteraciones de la estática vertebral)².

Por otra parte, las anomalías de la columna cervical a partir de los 40 años son muy frecuentes. La discectomía cervical por vía anterior usada para el tratamiento de la patología discal supone una técnica con excelentes resultados y clásica.

Actualmente aproximadamente existen 50 modelos diferentes de placas cervicales de apoyo a la artrodesis y de uso general. El aspecto común es la utilización de dos tornillos, uno a cada lado, por nivel vertebral, para impedir la flexión lateral³.

