

ARTÍCULO ORIGINAL

Cuerpos extraños esofágicos. Experiencia de treinta y dos años.

Esophageal rare bodies. Thirty two years of experience

**Dr. Victoriano Vicente Machín González¹, Dra. María Teresa Palmón Díaz¹,
Dr. Fernando Echevarría Hernández¹**

I Hospital Cira García. La Habana, Cuba

RESUMEN

Introducción: Se presenta la experiencia de treinta y dos años en la extracción de cuerpos extraños esofágicos en pacientes adultos mediante esofagoscopia rígida realizados en tres centros hospitalarios de la capital. **Objetivos:** Realizar un análisis de los resultados alcanzados en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con cuerpos extraños esofágicos en el periodo estudiado. **Métodos:** Se realiza un estudio retrospectivo para caracterizar el empleo de la esofagoscopia rígida en 444 pacientes, de los cuales 310 pertenecen al sexo masculino y 134 al sexo femenino, con edades comprendidas entre los 18 y 82 años, con una media de edad de 54 años, en el periodo comprendido entre 1980 y 2010. **Resultados:** Los cuerpos extraños esofágicos más frecuentes fueron los de naturaleza ósea 142 (32%) seguidos por la impactación de carne, sin hueso 119 (26%), siendo su localización más frecuente el tercio superior esofágico en 310 pacientes (70%). Entre las complicaciones mayores destacamos una perforación esofágica que se diagnosticó previa a la esofagoscopia. **Conclusiones:** Se demuestra que una esofagoscopia rígida realizada con la técnica correcta, tiene resultados satisfactorios, incluyendo a pacientes en los cuales haya fracasado la esofagoscopia flexible.

PALABRAS CLAVE: Esfagoscopia rígida, esfagoscopia flexible, perforación esofágica

ABSTRACT

Introduction: The shows up the thirty two year-old experience in the extraction of rare oesophageal bodies in adults through rigid oesophagoscopy carried out in three hospital centers of the capital. **Objectives:** To carry out an analysis of the results reached in the diagnosis and the patient with rare oesophageal bodies treatment in the studied period. **Methods:** The carried out a retrospective study to characterize the employment of the rigid oesophagoscopy in 444 patients, of which 310 belong at the masculine sex and 134 to the feminine sex, with ages understood between the 18 and 82 years, with a stocking of 54 year-old age, in the period understood between 1980 and 2010. **Results:** The bodies more frequent oesophageal bodies were those of bony nature 142 (32%) continued by the meat impacted without bone 119 (26%), being their more frequent localization the third superior oesophageal in 310 patients (70%). Among the biggest complications one perforation oesophageal that was diagnosed highlight previous to the oesophagoscopy. **Conclusions:** It is demonstrated that a rigid oesophagoscopy carried out with the correct technique, has satisfactory results, including to patient in which the flexible oesophagoscopy has failed.

KEY WORDS: Rigid oesophagoscopy, flexible oesophagoscopy, oesophageal drilling

INTRODUCCIÓN

La endoscopia flexible o digestiva es hoy en día el tratamiento de elección para la extracción de cuerpos extraños esofágicos en el adulto.^{1, 2} No obstante, el empleo de la esofagoscopia rígida realizada con una técnica correcta tiene resultados satisfactorios, e incluso en determinados pacientes en los cuales ha fracasado la esofagoscopia flexible, se logra la extracción exitosa del cuerpo extraño, entre las causas más comunes se destaca el caso de los cuerpos extraños punzantes enclavados en la mucosa y la localización a nivel cricofaríngeo o en sus proximidades, localizaciones y tipos de cuerpos extraños que con el desarrollo tecnológico alcanzado en la actualidad, son abordables con mayor éxito con la endoscopia flexible.^{3, 4}

La mayoría de los episodios de ingestión de cuerpos extraños esofágicos son accidentales y ocurren con más frecuencia a partir de la 6^{ta} década de la vida. Es relativamente común encontrarse con pacientes edéntes que mastican mal los alimentos, algunos de los cuales refieren haber presentado un episodio similar con

anterioridad. Es importante descartar una patología esofágica añadida siendo la más frecuente la estenosis.^{5, 6}

Los cuerpos extraños esofágicos constituyen una urgencia y su incidencia varía según los centros en los que se presta servicio.

Hasta hace dos años sólo habíamos utilizado la esofagoscopia rígida para la extracción de cuerpos extraños, las técnicas de diagnóstico y extracción mediante endoscopia digestiva flexible no habían sido utilizadas; si bien determinados tipos de cuerpos extraños y determinadas localizaciones hicieron fracasar el segundo procedimiento, el desarrollo de instrumental flexible ha elevado considerablemente la efectividad del mismo, lo consideramos de elección ante la sospecha fundada de cuerpo extraño, permitiendo confirmar el diagnóstico y descartar patología esofágica añadida.¹

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la experiencia de 32 años, en la extracción de cuerpos extraños esofágicos mediante el empleo de la esofagoscopia rígida bajo anestesia general.

MÉTODOS

Se realiza estudio retrospectivo de 444 esofagoscopias rígidas realizadas entre 1980 y 2010 en pacientes entre los 18 y 82 años de edad (edad media 54 años), de los cuales, 310 pacientes eran del sexo masculino y 134 del sexo femenino, que ante la sospecha de cuerpo extraño esofágico, acudieron al servicio de urgencias de tres centros hospitalarios de la capital. Para la realización de la investigación se escogieron los casos que tenían una historia clínica completa.

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PudMed y la consulta de otras fuentes bibliográficas relacionadas con el tema, comparando nuestros resultados con los de otras series publicadas.

Se estudiaron una serie de variables preoperatorias: antecedentes personales, sintomatología clínica, tipo de cuerpo extraño, su naturaleza (carne impactada, huesos, espinas de pescado, objetos metálicos), localización esofágica, tiempo de

evolución en horas desde la ingesta hasta que el paciente acudió al hospital y las complicaciones de la esofagoscopia.

Para la valoración de los pacientes se siguió el protocolo establecido para esta entidad, consistente en: canalización de una vía venosa periférica; realización de exámenes de laboratorio (hemograma u otros necesarios según patología de base), radiografías simples de cuello y tórax, radiografía contrastada de esófago si tiene indicación, por las características del cuerpo extraño, con el propósito de determinar la presencia y localización del cuerpo extraño (tercio superior, medio o inferior del esófago). Entre las complicaciones menores descartamos las pequeñas ulceraciones y erosiones de la mucosa y entre las mayores las posibles perforaciones esofágicas.

Tras la esofagoscopia administramos, antibióticoterapia de amplio espectro, según hayamos encontrado durante la exploración las lesiones esofágicas, en ocasiones solicitamos un tránsito esofágico de control entre las 24 h y 48 h, si es normal y constatamos buena tolerancia oral se procede a emitir el alta del paciente.

RESULTADOS

Se realizan 444 esofagoscopias rígidas con anestesia general, de los cuales 310 pacientes eran del sexo masculino y 134 del sexo femenino.

De los 444 pacientes ingresados, 98 (22 %) refirió presentar con anterioridad algún episodio de atragantamiento en ausencia de patología esofágica y otros 62 (13 %) presentaron una estenosis esofágica previa, generalmente asociada a esofagitis cáustica. En 21 (95 %) casos la ingestión fue accidental o involuntaria.

El síntoma disfagia-odinofagia se constató de manera evidente en 408 (92 %) de los casos. En orden de frecuencia le siguieron la sialorrea en 231 (52 %) casos, el dolor cervical o torácico en 31 (7 %), disnea en 17 (4 %), tos en 13 (3 %), y síndrome febril 9 (2 %) ([Gráfico. 1](#)).

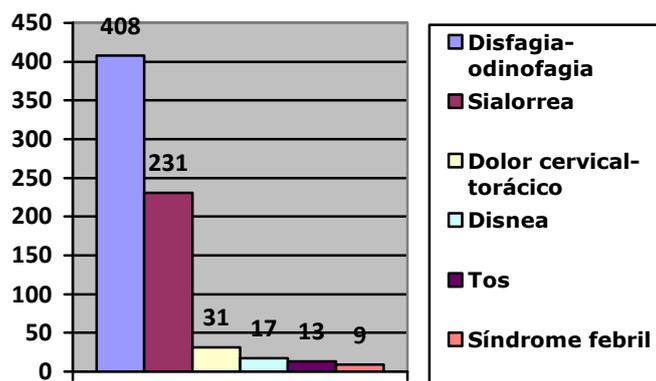


Gráfico 1. Síntomas derivados del cuerpo extraño esofágico.

Los cuerpos extraños esofágicos más frecuentes fueron los de naturaleza ósea 142 (32 %) seguidos por la carne impactada sin hueso 119 (26 %), las espinas de pescado ocuparon el tercer lugar con 99 (22 %).

Entre otros objetos diversos destacamos los metálicos (prótesis dentales, monedas, tapas de botellas, plásticos, aretes, entre otros ([Tabla 1](#)). En 30 pacientes (6.7 %) no se encontró cuerpo extraño.

Tabla 1. Tipo de cuerpo extraño esofágico y número de casos

Tipo de cuerpo extraño	No de casos	%
Hueso	142	32%
Carne impactada	119	26%
Espinas de pescado	99	22%
Objetos metálicos	31	7%
Otros	49	11%

El tiempo transcurrido desde que los pacientes referían la ingestión del cuerpo extraño, hasta su llegada a la consulta de urgencias, fue de 24 horas en 333 (75%) y posterior a las 24 horas en 53 (12 %).

La localización más común de los cuerpos extraños fue el tercio superior esofágico, evidenciada en 310 (70 %) pacientes; en tercio medio lo encontramos en 62 (14 %) pacientes y en tercio inferior en 66 (15 %) ([Gráfico 2](#)).

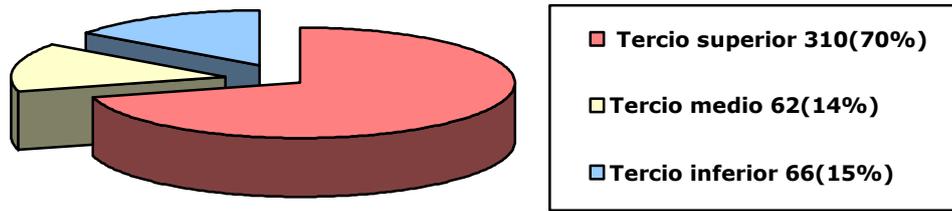


Gráfico. 2. La localización más común de los cuerpos extraños

En 10 pacientes (2.3 %) se detectó la presencia de patología esofágica que contribuyó a la impactación del cuerpo extraño, 6 (1.4 %) con estenosis esofágica y 4 (0.9%) con esofagitis. ([Fig. 2a](#) y [Fig. 2b](#))



Fig. 2a. Estenosis esofágica con el cuerpo extraño (masa de langosta)

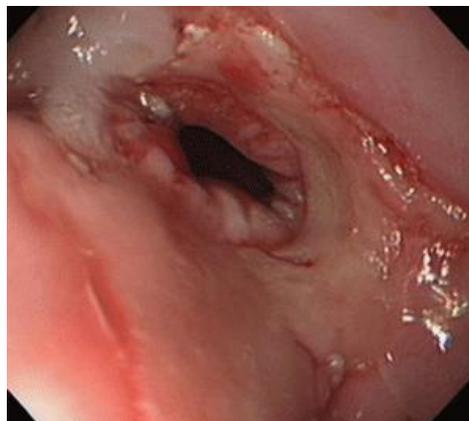


Fig. 2b. Estenosis esofágica después de la extracción.

De las 444 esofagoscopias sólo una (espina de pescado) necesitó un segundo tiempo, debido a que el edema de la mucosa no permitía la visualización endoscópica del cuerpo extraño, indicándose esteroides y antibioticoterapia durante 48 horas por vía endovenosa, lográndose la extracción del cuerpo extraño. ([Fig. 3](#))



Fig. 3. Espina de pescado

Entre las complicaciones mayores destacamos una perforación esofágica que se diagnosticó previa a la esofagoscopia, la cual necesitó intervención quirúrgica por el servicio de cirugía general, la cual evolucionó satisfactoriamente. Las complicaciones menores fueron evidenciadas en 79 (18%) pacientes, entre las que se destacan las erosiones de la mucosa y sangrados leves, originadas por la naturaleza punzante del cuerpo extraño y la necesaria manipulación. Los pacientes sin complicaciones fueron dados de alta una vez recuperados de la anestesia, los que presentaron erosiones de la mucosa y sangrado, o tenían edema de la mucosa permanecieron ingresados con hidratación y antibioticoterapia de amplio espectro por 48 horas, hasta que se les realizara un esofagograma para descartar una posible perforación esofágica.

DISCUSIÓN

Como se puede apreciar en el [gráfico 1](#) el síntoma clínico más frecuentemente encontrado en la mayoría de las series es la disfagia-odinofagia, la que en ocasiones es muy intensa, pudiendo llegar a la afagia ^{7, 8}, en nuestra serie se presentó en 408 (92%) de los casos. La sialorrea suele ocupar el segundo lugar, como se constata en nuestro grupo estudio, evidenciándose en 231 (52%) de los casos. No debemos olvidar descartar en la anamnesis el dolor retroesternal, enfisema cervical y síndrome febril, como síntomas patognomónicos de una posible perforación esofágica, síntomas que deben ser vigilados tras la realización de una endoscopia o esofagoscopia.

Respecto a la naturaleza del cuerpo extraño, cuyos resultados se muestran en la [tabla 1](#), se destacan los huesos, carne impactada y las espinas de pescado. En ocasiones las dificultades que conllevan son importantes; es el caso de ciertos objetos como las prótesis dentarias, imperdibles, cuchillas, entre otros. ^{9, 10, 11}

La mayoría de los autores señalan el tercio superior esofágico como la localización más frecuente ^{12, 13}. Como se aprecia en el [gráfico 2](#), en nuestro trabajo fue evidenciada en 310 (70%) de los casos.

La presencia de patología esofágica que contribuye a la impactación de algunos tipos de cuerpos extraños, evidenciándose en nuestro trabajo, la estenosis esofágica y la esofagitis. ([Fig. 2a](#) y [Fig. 2b](#))

La perforación esofágica y sus posibles consecuencias clínicas es la complicación más temida a evitar; razón por la cual se precisa una buena técnica en la esofagoscopia rígida bajo anestesia general y la elección del instrumental adecuado en función del tipo de cuerpo extraño y su localización.

Consideramos que la extracción del cuerpo extraño debe ser realizada en las primeras 24 horas del ingreso, máxime si el cuerpo extraño es punzante, cortante, o se encuentra enclavado o lleva más de 2 días de evolución.

La perforación esofágica diagnosticada previamente a la esofagoscopia, se localizó en el tercio superior del esófago y necesitó intervención quirúrgica por el servicio de cirugía general, evolucionando satisfactoriamente. Posterior a la esofagoscopia no se presentaron perforaciones.

Las complicaciones mayores y menores también pueden darse tras la esofagoscopia rígida y la endoscopia digestiva, independientemente del éxito de la intervención, por lo que debemos vigilar y controlar el postoperatorio de los pacientes, siendo importante mantener la vía oral cerrada; ante la duda de una posible perforación esofágica, se considero la realización de un esofagograma o tránsito de control, para descartar fugas de contraste, tal y como reportan otros autores.¹⁴

Para la realización de este proceder es fundamental el consentimiento informado advirtiendo al paciente de las posibles complicaciones y de los riesgos personalizados.

CONCLUSIONES

1. La esofagoscopia rígida realizada con la técnica correcta tiene resultados satisfactorios, siendo segura y sin complicaciones mayores, cuando se está debidamente entrenado,
2. El valor de la endoscopia flexible, es cada vez más significativo, realizándose la esofagoscopia rígida, en menor número de casos, evitando así complicaciones potencialmente graves.
3. La mayoría de los episodios son accidentales y más frecuentes a partir de la 6^{ta} década de la vida.
4. El síntoma clínico más frecuente fue la disfagia-odinofagia, presente en 408 (92%) pacientes.
5. El tercio superior esofágico fue la localización más frecuente de los cuerpos extraños, encontrándose en 310 (70%) pacientes.

REFERENCIAS

1. Sebastián Domingo JJ, De Diego Lorenzo A. Manejo endoscópico de los cuerpos extraños del tubo digestivo. *Rev Esp Enf Digest.* 1990;77:259-62
2. Guitron A, Adalid R, Huerta F, Macías M, Sánchez-Navarrete M, Nares J. Extraction of foreign bodies in the esophagus. Experience in 215 cases. *Rev Gastroenterol Mex.* 1996; 61:19-26
3. Roffman E, Jalisi S, Hybels R, Catalano J, P. Failed extraction of a sharp esophageal foreign body with a flexible endoscope: A case report and review of the literature. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128: 1096-8
4. Brady PG. Esophageal foreign bodies. *Gastroenterol Clin North Am.* 1991; 20: 691-701
5. Herranz-González J, Martínez-Vidal J, García Sarandeses A, Vázquez-Barro C. Esophageal foreign bodies in adults. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1991; 105: 649-54
6. Lam HC, Woo JK, Van Hasselt CA. Management of ingested foreign bodies: A retrospective review of 5240 patients. *J Laryngol Otol.* 2001; 115: 954-7
7. Castellón Ortega J, Hernández Díaz A, Pila Pérez R et col. Cuerpos extraños en el esófago de adultos. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2000; 51: 511-4
8. Doman DB, Ginsberg AL. Foreignbody obstruction of the esophagus. *Med Times.* 1981; 109: 32-9
9. Eliashar R, Gross M, Dano I, Sichel J.Y. Esophageal fish bone impaction. *J Trauma.* 2001; 50: 384
10. Thompson DT. Report of an unusual case of foreign body in the esophagus. *Cent Afr J Med.* 1981; 27: 21-3
11. Granucci Charlene R, Saibene Bonillo A, Rodríguez Ruiz P. Cuerpo extraño en esófago. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2011; 62, (2): 167-168
12. Morales Angulo C, Rodríguez Iglesias J, Mazón Gutiérrez A et col. Cuerpos extraños de esófago. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 1998; 49: 644-6

13. Soare M, Peta D, Constantinoiu S, Ionita O. Esophageal foreign bodies. Their diagnosis and treatment. Rev Chir Oncol Radiol ORL Oftalmol Stomatol Chir. 1989; 38: 113-20
14. Derowe A, Ophir D. Negative Findings Of suspected foreign bodies. Am J Otolaringol. 1994; 15: 41-5
15. Katsinelos P, Kountouras J, Paroutoglou G, Zavos C, Mimidis K, Chatzimavroudis G. Endoscopic techniques and management of foreign body ingestion and food bolus impaction in the upper gastrointestinal tract: a retrospective analysis of 139 cases. J. Clin Gastroenterol. 2006;40:784-9

Recibido: 3 de febrero de 2013.

Aprobado: 15 de abril de 2013.

Victoriano Vicente Machín González. Clínica Central Cira García. La Habana, Cuba
Correo electrónico: victoriano@infomed.sld.cu