

Cuerpo extraño en esófago

Foreign body in esophagus

Gisel Hernández Montero^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5393-3793>

Rafael Ortiz Medina¹ <https://orcid.org/0000-0001-9175-0066>

¹ Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”. La Habana, Cuba.

* Autor para la correspondencia. bhfinlay@infomed.sld.cu

RESUMEN

Los cuerpos extraños del esófago representan cerca de 60 % de las vías superiores aéreas y digestivas. Pese a la evolución en el área del diagnóstico y tratamiento en medicina de emergencia, constituyen un desafío debido a su frecuencia y al costo de su tratamiento. Aunque la mortalidad ha disminuido notablemente durante los últimos 50 años, son fuente de morbilidad ya sea por su naturaleza o porque no se diagnostican. En el adulto, el pico de frecuencia se sitúa en los 70 años y lo que aumenta las complicaciones. Se presenta un caso con presencia del cuerpo extraño y de edema local. Se realiza esofagoscopia rígida en el salón de operaciones con anestesia endotraqueal y se extrae este sin complicaciones.

Palabras clave: esófago; cuerpo extraño; esofagoscopia.

ABSTRACT

Foreign bodies in the esophagus stand for almost 60% of aerodigestive tract. Notwithstanding the evolution of the diagnostic and treatment area in emergency medicine,

foreign bodies represent a challenge due to the frequency of occurrence and the treatment cost. Although mortality has markedly decreased over the last 60 years, they are a source of morbidity, either because of their nature or because they are not diagnosed. In the adult, the peak frequency is 70 years, which increases complications. We report here a case with presence of foreign body and local edema. Rigid esophagoscopy is carried out in surgery with endotracheal anesthesia and the foreign body is extracted with no complications.

Keywords: esophagus; foreign body; esophagoscopy.

Recibido: 20/01/2019

Aprobado: 1/02/2019

INTRODUCCIÓN

El esófago es un tubo de aproximadamente 25 cm de largo que continúa hacia abajo con la faringe y termina en el estómago. Presenta tres estrechamientos fisiológicos: uno a nivel de su extremidad superior (músculo cricofaríngeo), otro localizado en la región broncoaórtica, y el otro en su extremidad inferior (constricción diafragmática).^(1,2)

Se considera cuerpo extraño esofágico a todo cuerpo o sustancia que se detenga en él, sea o no de manera accidental. Es más frecuente en los niños y enfermos mentales, pero puede aparecer a cualquier edad, localizándose generalmente en cualquiera de las estrecheces antes mencionadas.⁽³⁾

Entre los factores de riesgo más importantes se encuentran la edad: los niños que con frecuencia se llevan cualquier objeto a la boca y no tienen noción del peligro y los ancianos que no ven bien lo que comen y en su mayoría usan prótesis; el estado mental: los enfermos mentales muchas veces se llevan objetos a la boca, también los alcohólicos en su estado de embriaguez pierden el control del sentido perceptivo y sensitivo, las profesiones: es común en carpinteros y modistas tener entre los labios, clavos y alfileres que pueden en un descuido

tragar, la adentia: el uso de prótesis móviles para corregir la ausencia de piezas dentales es un factor de riesgo ya que en ocasiones los ganchos se deterioran o los pacientes duermen con ella. Por otra parte los alimentos no pueden ser bien masticados y a veces se quedan pedazos grandes que se detienen en su trayecto por el esófago.^(4,5,6)

En los cuerpos extraños esofágicos es importante saber la localización y naturaleza, ya que la conducta es en un alto porcentaje quirúrgica, conlleva a accidentes operatorios y complicaciones que arriesgan la vida del paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente RLR, de 59 años de edad, femenina, de raza blanca, que 11 días antes del ingreso deglutió una prótesis sin saberlo inmediatamente, a partir de ese momento mantuvo cierta molestia para tragar, pero que no le impedía comer. Acude a consulta externa de otorrinolaringología, donde se le realizan placa de Rx de esófago cervical lateral y le comunican que es sugestivo de cuerpo extraño. Es válido resaltar que la paciente no se percató que se había tragado la prótesis, pues aunque había notado su ausencia no recordaba su ingestión, solo un buen interrogatorio, orientó que la prótesis “perdida” podría ser el cuerpo extraño.

El examen físico no mostró signos positivos, solo leves molestias al palpar región anterior del cuello, no había enfisema ni crepitación. El rayos X de esófago cervical lateral evidencia imagen radio opaca inmediatamente por debajo del cricofaríngeo (Fig. 1).

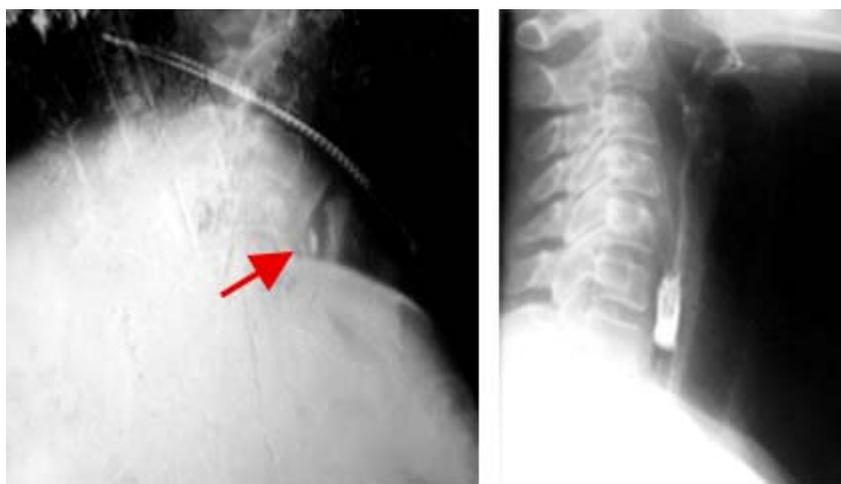


Fig. – Rayos X de esófago cervical lateral.

Se realiza esofagoscopia con endoscopio flexible y se constata la presencia del cuerpo extraño y de edema local por lo que se decide su ingreso en sala, suspensión de la vía oral, hidratación parenteral y esteroides endovenosos y antibióticos.

A las 48 h del ingreso se realiza esofagoscopia rígida en el salón de operaciones con anestesia endotraqueal y se extrae cuerpo extraño sin complicaciones. Después se explora y se observa erosión de la mucosa sin evidencias de perforación. Se mantienen indicaciones médicas hasta las 72 h después que se realiza fluoroscopia con contraste iodado, sin encontrar alteración morfológica al paso del contraste.

DISCUSIÓN

A principios del siglo pasado, la mortalidad por ingestión de un cuerpo extraño era de 57 %. A partir del trabajo publicado por *Chevalier-Jackson* en 1957, el cual estima en 2 % la mortalidad después de extracción por vía endoscópica, las publicaciones recientes concuerdan en que en la actualidad el riesgo es inferior al 1 %.^(7,8)

De acuerdo con un estudio de 663 casos, 76 % de los cuerpos extraños afecta sobre todo al niño menor de 6 años y al adulto mayor de 50 años. Otro estudio de 1 269 casos demuestra que la edad promedio en el niño es de 2,6 años, con excepción de los lactantes.^(9,10,11)

Según las estadísticas revisadas en Estados Unidos, aproximadamente a 1 000 niños por año se les extrae un cuerpo extraño esofágico. La población pediátrica es la más susceptible con aproximadamente 80 % de los casos, con una frecuencia mayor en menores de 5 años y predominio en el sexo masculino.⁽¹²⁾

La naturaleza de los cuerpos extraños varía según la edad, de los objetos más frecuentes es la moneda la que sobresale, seguida de elementos plásticos y partes de juguetes en la población infantil, mientras que en la adulta son alimentos como hueso de pollos y espinas de pescado.^(8,9,10)

Los cuerpos extraños alimentarios se presentan sobre todo en adultos entre 68 y 84 % de los casos. En el niño, rara vez producen una obstrucción, a menos que existan condiciones anatómicas predisponentes como una atresia esofágica operada en el período neonatal. En adultos, por lo general, mayores de 60 años se encuentra 61 % de espinas de pescado o huesos, 26 % de masas alimentarias y 4 % de prótesis dentales. Estas últimas, aunque raras,

representan un peligro real pues inducen un riesgo de perforación, sobre todo en la persona de edad avanzada.^(4,5,6)

El tipo de cuerpo extraño varía según las costumbres alimentarias, en un estudio asiático predominó en 40 % las espinas de pescado y solo 4 % en un estudio europeo. Por regla general, las monedas, incluso de diámetro importante, son poco agresivas, excepto en caso de diagnóstico tardío. *Doolin* señala el caso de un niño con diagnóstico establecido a partir de los signos respiratorios, un año después de la ingestión de una moneda, a raíz de lo cual desarrolló posteriormente una estenosis.^(2,3,4,5,6,7,8)

Existen autores que consideran que un lapso superior a 24 h, entre la ingestión y el diagnóstico constituye un factor agravante, al igual que los intentos infructuosos de extracción a ciegas. El riesgo de perforación predomina a nivel del esófago cervical.^(6,7,8,9,10)

En lo que respecta a la ubicación es importante resaltar que solo entre 10 y 20 % se localiza en el esófago. De ellos, 20% se extraerá por esofagoscopia y solo 1 % requerirá cirugía.⁽¹⁰⁾

En España,⁽⁵⁾ según la bibliografía revisada los cuerpos extraños esofágicos representan la segunda causa de indicación de endoscopia urgente en pediatría, después de la hemorragia digestiva.⁽¹⁾ De las ingestiones accidentales, 80 % ocurre en los primeros 5 años y frecuentemente son eliminados por las heces fecales de manera espontánea.

La extracción por endoscopia alcanza 19 % de los casos y coincide que solo 1 % requerirá cirugía. En aproximadamente 80 % de las ocasiones el cuerpo extraño es radiopaco, y se plantea que la mayoría de los niños son llevados a urgencias en las primeras 36 h de la ingestión, pero 50 % pasa asintomático.^(6,5,6,7,8,9,10,11)

El diagnóstico de un cuerpo extraño radiopaco es por lo general sencillo: este proceder es positivo en 84 % de los casos en el niño. El diagnóstico por imagen sigue siendo difícil de interpretar en el caso de cuerpos extraños pequeños del adulto, a causa de las calcificaciones de las estructuras cartilaginosas, el diagnóstico es radiológico en 30 % de los casos.⁽⁴⁾

La utilidad del examen radiológico reside también en la detección de complicaciones: el neumotórax y el neumomediastino se detectan fácilmente. En caso de duda, ciertos autores proponen que se practique un tránsito baritado del esófago, si el cuerpo extraño es radio transparente.^(2,3,4,5,6)

La exploración endoscópica en su totalidad y la extracción deben efectuarse bajo control visual para localizar el cuerpo extraño, apreciar su forma, consistencia y el grado de enclavamiento en la mucosa. La vigilancia posoperatoria viene dada por el tipo de cuerpo extraño y las dificultades de extracción.

Finalmente, el mejor tratamiento sigue siendo la prevención, un diagnóstico precoz y el control inmediato a través de un equipo especializado son indispensables para garantizar un tratamiento apropiado, generalmente endoscópico, sin riesgo de complicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Messner A. Pitfalls in the diagnosis of aerodigestive tract foreign bodies. Clin. Pediatr. Philadelphia. 2015;37(6):359-65.
2. Byrne W. Cuerpos extraños e ingestión de cáustico. Clin. Endosc. North Am 2016;6(1):103-24.
3. Karloo M. Caustic ingestion and foreign bodies in the gastrointestinal system. Curr. Opin Pediatr. 1998;10(5):16-22.
4. Brauer A, Connors G. Spontaneous passage of coin lodged in the upper esophagus. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2016;44(1):59-61.
5. Guerrero E, Crespo M, Cerezo E. Ingestión de cuerpos extraños. Medicina general Integral. 2015;19(4):45-47.
6. Ríos G, Miguel I. Endoscopic removal of foreign bodies from upper gastrointestinal tract of children. Clin. Pediatr. Philadelphia. 2015;31(2):189.
7. Olives J, Breton A, Reves J, Broué P. Ingested foreign bodies in children. Clin. Endosc. North Am. 2015;31(2):187-89.
8. Holinger L. Foreign bodies of the larynx, trachea, and bronchi. In Pediatric otolaryngology. 2nd ed. Philadelphia. 2014;81(6):1205-14.
9. Mougnot J. Endoscopie digestive. J Pediatr. Otorhinolaryngol. 2016;44(1):59-61.
10. Benaroch L, Rudolph C. Introducción a la esofagogastroduodenoscopia y enteroscopia. Clin. Endosc. North Am 2016;4(1):125-47.

11. Smith A, Stanley M. Occult esophagus perforation secondary a endoscopy. Am J. Surg. 2016;12(6):15-28.
12. Ortega T, Díaz A. Cuerpos extraños en el esófago de adultos. Acta ORL Esp. 2014;51(6):511-14.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.