

Impactación de cuerpo extraño esofágico

Alicia Ruiz de la Hermosa García-Pardo, Dolores Pérez Díaz, Pedro José Machado Liendo, Sergio Cortese, Fredy Atahualpa Arenas, Fernando Turégano Fuentes

Servicio de Cirugía General, Sección de Urgencias, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Acta Gastroenterol Latinoam 2012;42:46-49

Resumen

La ingestión de cuerpos extraños esofágicos es una urgencia frecuente. Es habitual en pacientes psiquiátricos, presos y edades extremas de la vida. La endoscopia digestiva alta realizada de forma precoz es el tratamiento de elección en los pacientes sintomáticos. La imposibilidad de extracción del cuerpo extraño o la presencia de una complicación implican la necesidad de un tratamiento quirúrgico. Presentamos el caso de un varón de 34 años que ingiere de forma voluntaria un cuerpo extraño poco habitual. La impactación del cuerpo extraño tras las maniobras endoscópicas y la sospecha de perforación obligaron a realizar un tratamiento quirúrgico para su extracción.

Palabras claves. Cuerpo extraño esofágico, perforación esofágica, endoscopia alta, esofagoscopia rígida.

Esophageal foreign body impaction

Summary

Esophageal ingestion of foreign bodies is a frequent urgency. It occurs more commonly in patients with psychiatric disorders, prisoners and extreme ages of the life. Early upper endoscopy is the method of choice for the treatment of symptomatic patients. Surgery is only considered when a complication is present or the extraction can not be done by the endoscopist. We report a case of a 34-year-old male who voluntarily ingested an uncommon foreign body. Surgical treatment was required because of impaction after endoscopic maneuvers and suspicion of esophageal perforation.

Key words. Esophageal foreign bodies, esophageal perforation, upper endoscopy, rigid esophagoscopy.

Correspondencia: Alicia Ruiz de la Hermosa García-Pardo
Calle La Bañeza nº 40 Portal B, 2º D. CP: 28035, Madrid, España.
Tel. +34-657505739
E-mail: aliciaruiz9@hotmail.com

La ingestión de cuerpos extraños esofágicos y la impactación del bolo alimenticio es una situación frecuente en la práctica médica. Representa la segunda indicación más frecuente de endoscopia digestiva alta urgente tras la hemorragia digestiva.¹ La mayoría de los casos ocurren en niños, seguido de los ancianos por la presencia de dentaduras o puentes dentales. Les siguen en frecuencia los pacientes psiquiátricos, con deficiencias mentales o pacientes institucionalizados en centros penitenciarios,² como el que exponemos a continuación. La endoscopia digestiva alta realizada de forma precoz es el tratamiento de elección en los pacientes sintomáticos. La imposibilidad de extracción o presencia de una complicación implican la necesidad de un tratamiento quirúrgico. A pesar de ser una urgencia frecuente, nuestro caso clínico representa una situación poco habitual tanto por el tipo de cuerpo extraño como por la dificultad en su abordaje, que requirió un manejo multidisciplinario entre endoscopistas, otorrinolaringólogos y cirujanos.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 34 años remitido desde su centro penitenciario tras la ingesta de “la esfera de un reloj”. A su llegada el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, sin compromiso de la vía aérea y refiere como única sintomatología disfagia alta. La radiografía de tórax muestra la presencia del cuerpo extraño en el tercio superior esofágico a la altura de las articulaciones esternoclaviculares (Figura 1). Se intenta la extracción mediante endoscopia y esofagoscopia rígida sin éxito por migración e impactación. Tras repetir la radiografía de tórax se observa el cuerpo extraño en esófago medio-distal (Figura 2) y se decide la cirugía urgente. Se realiza una laparotomía supraumbilical con apertura del diafragma (maniobra de Pinotti) y se locali-

Figura 1. Radiografía simple de tórax donde se observa el cuerpo extraño en el tercio superior esofágico.

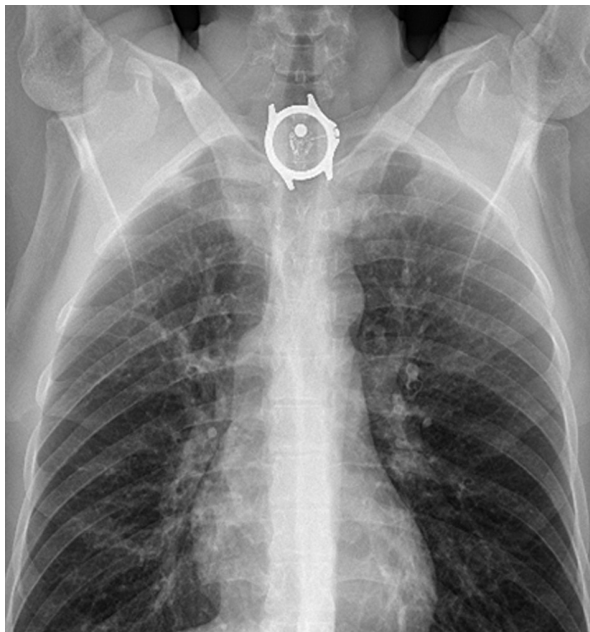
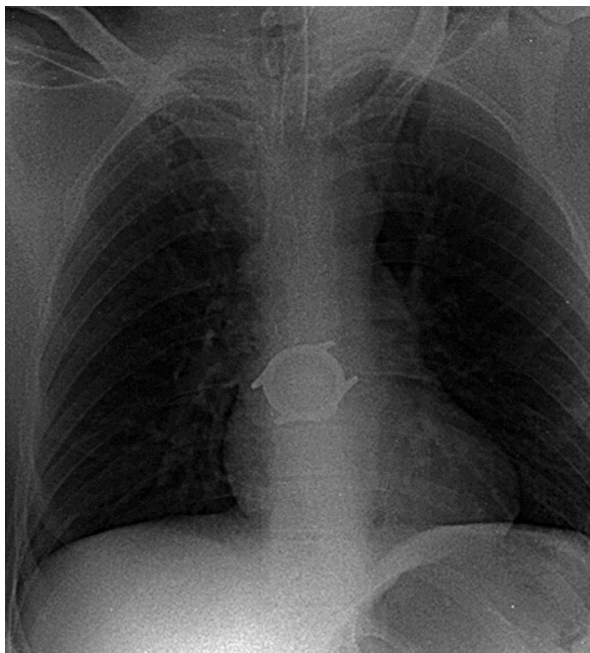


Figura 2. Radiografía simple de tórax donde se observa el cuerpo extraño en el tercio inferior esofágico.



za el cuerpo extraño en el esófago medio-distal. Se intenta deslizar el cuerpo extraño hacia el esófago distal para su extracción mediante una gastrotomía, pero esta maniobra resulta imposible por la impacción y la sospecha de una perforación esofágica. Se decide realizar una toracotomía póstero-lateral dere-

Figura 3. Toracotomía póstero-lateral derecha que muestra la perforación esofágica por el cuerpo extraño.

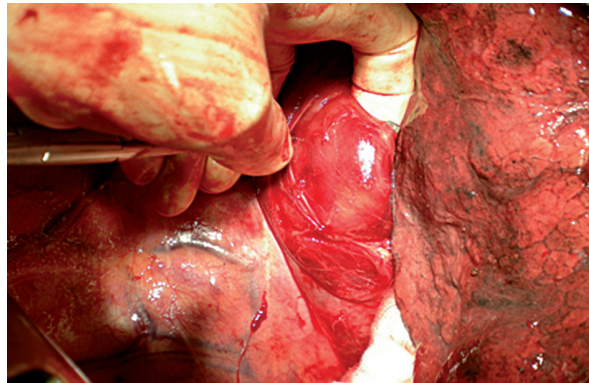


Figura 4. Esófagotomía longitudinal para extracción del cuerpo extraño.

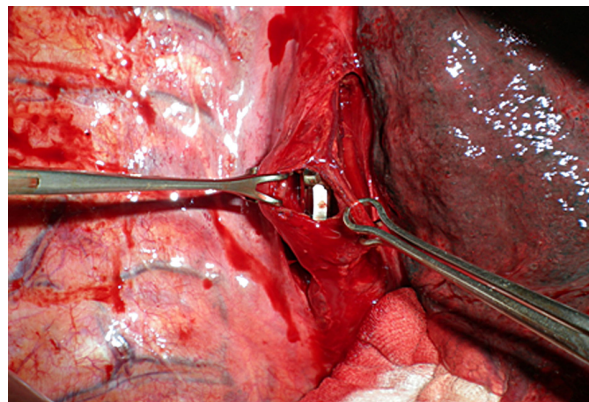
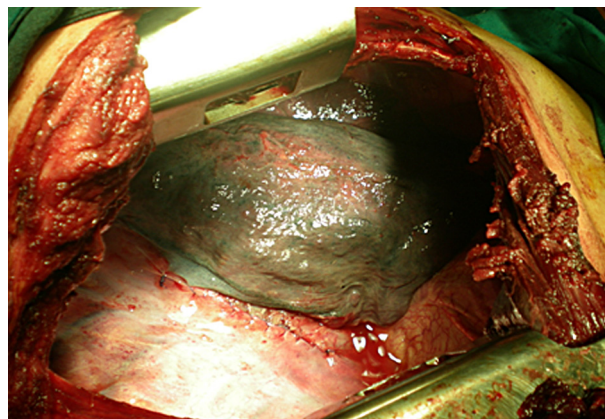


Figura 5. Finalización de la intervención con una esofagorrafia y una plastia pleural.



cha en la que se confirma la perforación esofágica, pero sin presencia de mediastinitis (Figuras 3 y 4). Se realiza la esófagotomía, la extracción del cuerpo extraño, la sutura de la perforación y la plastia pleural (Figura 5). Se completa la intervención con una yeyunostomía de alimentación. El postoperatorio

transcurre sin incidencias. Tras realizar un tránsito esófago-gástrico y comprobar la ausencia de una fistula (Figura 6), se prueba la tolerancia a la alimentación oral y se da de alta al paciente.



Figura 6. Estudio esofágico con contraste previo al inicio de la prueba de tolerancia oral donde se demuestra la integridad del mismo, sin fugas de contraste.

Discusión

La presencia de cuerpos extraños en el esófago es una entidad frecuente en la urgencia diaria. Dadas las potenciales complicaciones que pueden causar es necesaria su extracción, derivando para ello al paciente a un centro hospitalario.

La mayoría de los casos de ingestión de cuerpos extraños ocurren en niños con un pico de incidencia entre los 6 meses y 3 años.³ Respecto a los adultos hay que destacar a los pacientes psiquiátricos, presos en centros penitenciarios, pacientes con retraso mental y aquellos con dentaduras o puentes dentales ya que en estos últimos la sensibilidad táctil durante la deglución puede estar alterada y por ello presentan un mayor riesgo de ingestión accidental. Es fundamental evaluar de forma individual el tipo de objeto, condiciones del paciente y síntomas para así poder decidir la actitud terapéutica más adecuada.

Los cuerpos extraños se clasifican en orgánicos (carne, espinas o huesos), cuya ingesta suele ser accidental y son los más frecuentemente encontrados, e inorgánicos que suelen ser ingeridos de forma voluntaria y con distintos fines. En este último grupo se encuentran objetos muy diversos (muelles, cuchillas, agujas, cucharas, pilas, droga, etc.) y es muy importante diferenciar si son tóxicos o no tóxicos.⁴

Los cuerpos extraños se detienen con más frecuencia en el tercio superior del esófago,⁴ por debajo del esfínter esofágico superior, aunque el sitio es muy variable en función del tamaño del cuerpo extraño, su forma, las características anatómicas del esófago y la existencia o no de alteraciones orgánicas locales. Así, por ejemplo, los pacientes con anillos, membranas, divertículos o neoplasias están predispuestos a sufrir impactaciones de cuerpos extraños con mayor frecuencia.⁵

Los síntomas más habituales son disfagia, odinofagia, sialorrea, dolor cervical o retroesternal y ocasionalmente dificultad respiratoria, tos y cianosis si el cuerpo extraño comprime la tráquea.^{6,7}

Antes de llevar a cabo ninguna maniobra debe realizarse una radiografía simple para estudiar la localización y descartar la presencia de complicaciones. Una vez descartada la perforación, la endoscopia digestiva alta realizada en forma precoz es el tratamiento de elección.⁸ La mayoría de los cuerpos extraños se consiguen extraer con un endoscopio flexible y sedación. Sin embargo, en algunos casos, bien sea por las características del cuerpo extraño o por la impactación del mismo, como en el que presentamos, es necesario realizar una esofagoscopia rígida bajo anestesia general.⁴

La extracción debe ser lo más temprana posible para evitar complicaciones. La hemorragia es la complicación más frecuente, aunque habitualmente suele ser leve, cede en unos días y es consecuencia de laceraciones mucosas y esofagitis. La perforación, sin embargo, es poco frecuente, pero es la complicación más temida pues puede evolucionar hacia una mediastinitis y/o un absceso retroesofágico. Puede ser consecuencia del propio cuerpo extraño, de la erosión progresiva o necrosis de la pared o de la iatrogenia durante la maniobra de extracción. El diagnóstico de la perforación ha de ser lo más precoz posible dada la alta mortalidad que supera el 60% pasadas las 24 horas.⁴

La imposibilidad de la extracción o la presencia de una complicación implican la necesidad de una cirugía. La reparación primaria es el tratamiento de elección para las perforaciones del esófago torácico o abdominal. Es necesario el buen desbridamiento del tejido necrótico, la exposición completa del defecto mucoso previa esofagotomía longitudinal y la posterior sutura sin tensión reforzada con una plastia pleural, muscular o grasa.^{6,9}

La mayoría de los cuerpos extraños menores de 2

cm atraviesan el esófago sin causar lesiones y una vez en el estómago pasan espontáneamente al resto del tracto digestivo. Sin embargo, en el 10% al 20% es necesario realizar maniobras de extracción. De ellos, menos del 1% requieren un tratamiento quirúrgico.^{4,6}

En conclusión, la impactación de cuerpos extraños en el esófago es frecuente y el tratamiento debe ser la extracción endoscópica lo más precoz posible. La cirugía debe quedar reservada para aquellos casos en los que se sospeche una complicación o sea imposible su extracción. En estos casos la intervención quirúrgica urgente es obligatoria, pero no debe considerarse como una derrota sino como la decisión más oportuna.

Referencias

1. Ramírez Armengol JA. Ingestión de cuerpos extraños. En: Vázquez Iglesias JL, ed. Endoscopia digestiva alta. Caesa, 1995;2:63-73.
2. Athanassiadi K, Gerazounis M, Metaxas E, Kalantzi N. Management of esophageal foreign bodies: a retrospective review of 400 cases. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002;21:653-656.
3. Webb WA. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract. *Gastroenterology* 1988;94:204-216.
4. Paulino Herrera A, Fernández Núñez JM, Benito Arroyo I, Sánchez González FJ, De Saa Álvarez MR, García Mora R. Cuerpos extraños esofágicos. *Medicina General* 2002;47:660-663.
5. Brady PG. Esophageal foreign bodies. *Gastroenterol Clin North Am* 1991;20:691-701.
6. Wu JT, Mattox KL, Wall MJ Jr. Esophageal perforations: new perspectives and treatment paradigms. *J Trauma* 2007;63:1173-1184.
7. Lawrence B, Munter DW. Foreign bodies in the gastrointestinal tract. *Emerg Med Clin North Am* 1996;14:493-523.
8. Berggreen PJ, Harrison ME, Sanowski RA, Ingebo K, Noland B, Zierer S. Techniques and complications of esophageal foreign body extraction in children and adults. *Gastrointest Endosc* 1993;39:626-630.
9. Brinster CJ, Singhal S, Lee L, Marshall MB, Kaiser LR, Kucharczuk JC. Evolving options in the management of esophageal perforation. *Ann Thorac Surg* 2004;77:1475-1483.