

Perforación faríngea por cuerpo extraño: caso clínico-radiográfico

*Pérez-Perales, Jaime Eduardo

Resumen

El objetivo del estudio fue comunicar la experiencia de un caso de perforación faríngea por un cuerpo extraño. La sede fue un Hospital General Regional de segundo nivel de atención. Se presenta el caso de una paciente de 34 años de edad con perforación faríngea producida por una espina de pescado, que requirió tratamiento quirúrgico por haber desarrollado complicaciones sépticas graves. Los cuerpos extraños que ocasionan lesiones en la parte alta del tracto aerodigestivo son muy variados. En adultos, los más frecuentes son las espinas de pescado. Aunque las lesiones pequeñas pueden ser manejadas conservadoramente una vez extraído el cuerpo extraño, la presencia de una lesión grande, la aparición de signos de deterioro clínico, la falta de respuesta rápida al tratamiento o el desarrollo de alguna complicación, obligan al tratamiento quirúrgico inmediato.

Palabras clave: perforación faríngea, cuerpos extraños, espina de pescado, sepsis.

Abstract

The study's objective was to report a case of pharyngeal perforation by a foreign body. The setting was a second-level health care General Regional Hospital. A case is presented of a 34-year old woman with pharyngeal injury produced by a fish bone, and who required surgical treatment because of severe septic complications. Foreign bodies that produce injuries in the upper aerodigestive tract vary greatly in nature. In adults, fish bones are the most common. Although a non-surgical regimen may be safe for small injuries once the foreign body has been extracted, extensive injuries, the development of clinical deterioration signs, lack of quick response to treatment, or the development of any complications urge surgical treatment.

Key words: pharyngeal perforation, foreign bodies, fish bone, sepsis.

Introducción

Los cuerpos extraños (CE) se presentan con mucha frecuencia en la parte alta del tracto aerodigestivo. La mayor parte de ellos pasa por el tubo digestivo y es eliminada con las heces sin ser detectada; sin embargo, ocasionalmente los CE logran impactarse en algún sitio del tracto aerodigestivo con alta probabilidad de producir complicaciones.

Los tipos de CE que se pueden encontrar son muy variados y dependen en gran medida del área geográfica y la edad de los pacientes. En niños son comunes las monedas y otros objetos romos; también son frecuentes las lesiones por cepillos de dientes en niños pequeños que corren con

el cepillo en la boca.¹ Las lesiones por palillos chinos son comunes en Asia. Otros objetos que causan lesiones en niños son juguetes, plumas y lápices. De igual manera, parecen ser frecuentes las perforaciones faríngeas en niños que son víctimas de abuso sexual.^{2,3} En adultos, la causa más frecuente de perforación es la iatrogénica durante un estudio endoscópico.⁴ Algunos de los CE encontrados en adultos son: bolo alimenticio, monedas, huesos de frutas y prótesis dentales,^{5,6} pero los más comunes son las espinas de pescado, que participan en más de 80% de los casos.^{5,7}

La literatura médica está llena de reportes de casos de CE en la parte alta del tracto aerodigestivo; sin embargo, no se encuentran muchos artículos que traten sobre las

*Servicio de Cirugía General. Hospital General Regional No. 6. Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad Madero, Tamaulipas.

complicaciones que provocan en la región. Éstas van desde complicaciones menores como laceraciones de la pared esofágica o hematomas,⁷ hasta graves complicaciones habituales que incluyen absceso retrofaríngeo y mediastinal, mediastinitis, enfisema diseminado, neumotórax¹ y migración del cuerpo extraño en los espacios fasciales del cuello,^{5,8,9} pasando por complicaciones raras como perforación de la glándula tiroides y expulsión espontánea del CE a través de la piel,^{5,8,10} hasta llegar a complicaciones sumamente raras, pero catastróficas, como estenosis esofágica, trombosis de la arteria carótida, fístula aortoesofágica y subclavioesofágica, y taponamiento pericárdico.⁷

Debe subrayarse que la frecuencia de las complicaciones no es tan baja como habitualmente se supone, que éstas pueden tener una gravedad extrema, y que cuando no son detectadas y tratadas oportunamente provocan elevados índices de mortalidad.⁷ De ahí que, ante la sospecha de lesión del tracto aerodigestivo alto por un CE, el médico debe hacer todo su esfuerzo por establecer el diagnóstico temprano y llevar a cabo el tratamiento más adecuado en cada caso, lo que permitirá evitar el desarrollo de complicaciones y abatir las altas tasas de mortalidad asociadas con las mismas

Material y métodos

Presentamos el caso de una mujer de 34 años que inició su padecimiento dos meses antes de su ingreso al hospital tras comer pescado. Presentó sensación de cuerpo extraño en la faringe, odinofagia, disfagia progresiva, dolor cervical y disfonía. Acudió al servicio de Urgencias, donde recibió tratamiento a base de analgésicos y antibióticos y se le tomó radiografía del tórax (**Figura 1**). Cuatro días antes



Figura 1. Radiografía del tórax normal al inicio del padecimiento.



Figura 2. Endoscopia que muestra importante edema de la faringe y "granuloma" en el seno piriforme izquierdo.

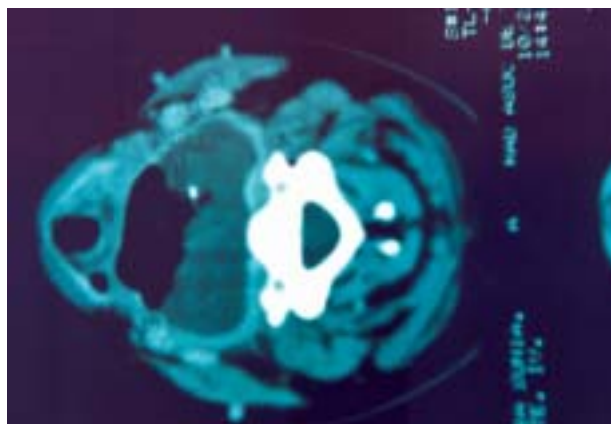


Figura 3. Tomografía computarizada de cuello que muestra absceso retrofaríngeo importante y cuerpo extraño de densidad cálcica.

de su ingreso se agregaron fiebre, astenia, adinamia, sialorrea, vómito de contenido purulento, disnea y tos con expectoración mucopurulenta. En medio particular se le practicó endoscopia laríngea (**Figura 2**).

A su ingreso a Urgencias se le encontró febril, con induración cervical dolorosa, orofaringe hiperémica muy edematosa y con abundante material mucopurulento. Se realizó tomografía computarizada del cuello (**Figura 3**).

Al intentar realizar endoscopia del tubo digestivo alto se presentó drenaje muy abundante de líquido purulento. La paciente fue intubada y trasladada al quirófano. Bajo anestesia general se practicó exploración quirúrgica del cuello mediante una incisión lateral izquierda a lo largo del borde anterior del esternocleidomastoideo, continuando la disección por planos hasta el espacio retrofaríngeo. Se extrajo una espina de pescado de 3 cm de longitud y 1.5 mm de grosor, además de abundante moco y secreción purulenta



Figura 4. Radiografía del tórax que muestra de derrame pleural derecho.



Figura 5. Tomografía computarizada del tórax que muestra extenso derrame pleural derecho (empiema).



Figura 6. Radiografía del tórax que muestra reexpansión pulmonar derecha y presencia de sonda pleural radiopaca.

del espacio retrofaríngeo. Al segundo día postoperatorio se detectaron fiebre y polipnea, y al tercer día dolor torácico, dificultad respiratoria, fiebre de 38 °C, taquicardia e hipoventilación marcada, sin estertores en el hemitórax

derecho. Se realizaron radiografías (**Figura 4**) y tomografía computarizada del tórax (**Figura 5**).

Después, se colocó sonda intrapleural derecha (**Figura 6**) y se obtuvo un drenaje total de 2 000 mL de líquido purulento. Posteriormente, la paciente requirió toracocentesis bajo anestesia local en un par de ocasiones para drenaje de derrame pleural residual no purulento; a pesar de ello, el resultado final fue la curación completa sin secuelas.

Conclusiones

1. Perforación faríngea por cuerpo extraño (espina de pescado).
2. Absceso retrofaríngeo secundario a 1.
3. Empiema en cavidad pleural derecha secundario a 2.

Discusión

La mayoría de las perforaciones de faringe y esófago cervical se produce desde la luz del órgano hacia afuera, y son causadas por instrumentación endoscópica o por cuerpos extraños.^{4,5,7,11} Las manifestaciones clínicas son muy características y consisten en dolor cervical que se exagera con la deglución, disfagia, salivación, arqueo, fiebre, induración o crepitación en el cuello, aire en el mediastino o líquido en la cavidad pleural.^{4,11-14}

Excepto la crepitación, todas estas manifestaciones se presentaron en el caso que nos ocupa. Varios autores han demostrado que existe una relación directamente proporcional entre el tiempo que permanece impactado un CE y el desarrollo de complicaciones mayores.^{7,15}

El potencial de un CE para desencadenar un proceso inflamatorio local y para migrar es mayor mientras más tiempo permanezca impactado en el tracto aerodigestivo alto.⁷ Se ha postulado que los movimientos de músculos y vísceras del cuello participan en la migración de los CE a través de las estructuras anatómicas cervicales.⁶ Los CE aguzados, especialmente las espinas de pescado, tienen un potencial mayor para causar perforación.⁷ La mayor parte de las infecciones causadas por la perforación invade el espacio situado inmediatamente por detrás de la faringe y el esófago, que se encuentra entre las dos capas de la fascia prevertebral (se extiende desde la base del cráneo hasta el diafragma), y que resulta importante al permitir que las infecciones se diseminen hacia otras cavidades.^{16,17} Al conocer la capacidad de migración de los CE y las

características anatómicas de la región, podemos comprender por qué se desarrollan las complicaciones habituales: absceso retrofaríngeo o mediastinal, mediasinitis, neumotórax, obstrucción de la vía aérea, perforación de la glándula tiroides, fístula aortoesofágica (quizá la complicación más temida, asociada con una mortalidad cercana a 100%), trombosis de la carótida interna, taponamiento pericárdico, etc.^{1,5,8,10} Una infección que progresa puede condicionar, además, empiema (como lo ejemplifica el caso que se presenta), pericarditis purulenta, osteomielitis vertebral, absceso subfrénico o peritonitis del abdomen alto.¹¹

En nuestro caso, el CE impactado en la faringe tuvo una permanencia de dos meses. Dado que la paciente no recibió consulta especializada inicial, el diagnóstico se estableció muy tardíamente. Es probable que los medicamentos administrados hayan retrasado la aparición de las complicaciones sépticas.

Los recursos para el diagnóstico de estas lesiones son: exploración oral, laringoscopia indirecta, laringoscopia fibrótica, radiografías simples del cuello y el tórax, y el trago de bario;^{4,12,14,18} sin embargo, estos recursos no son del todo efectivos y tienen altos porcentajes de resultados falsos positivos y falsos negativos,¹⁴ de manera que se recomienda realizar una esofagoscopia rígida tempranamente en los casos sospechosos, aun cuando los demás estudios sean negativos.¹⁸ La esofagoscopia rígida permite abrir espacios potenciales en la hipofaringe y el área postcricóidea que no son aparentes en el estudio con fibra óptica.^{4,18} Cuando la endoscopia con instrumento rígido falla y no se logra detectar el CE, debe practicarse una tomografía computarizada, ya que ésta es muy efectiva: su sensibilidad en estos casos resulta de 100%, con especificidad de 93% y valor predictivo positivo de 96%.^{13,14}

En la serie de Loh con 273 pacientes⁷ las perforaciones fueron diagnosticadas tomando como base una combinación de evidencia clínica y radiológica. Esta última incluyó: aire retrofaríngeo, ensanchamiento del espacio retrofaríngeo, fuga del medio de contraste en los estudios fluoroscópicos y localización extraluminal del CE en la tomografía computarizada.

En el caso que se presenta, el cuadro clínico, la endoscopia, la tomografía y la punción torácica permitieron detectar complicaciones sépticas, además de que el estudio tomográfico permitió visualizar claramente el CE. Ante

un cuadro tan claro, evidente y característico, resulta prácticamente innecesario hablar de diagnóstico diferencial.

La terapéutica debe dirigirse tanto al alivio de los síntomas como a la prevención de complicaciones posteriores, potencialmente fatales.¹⁸ La combinación de diagnóstico temprano, terapia antimicrobiana efectiva y manejo quirúrgico intensivo contribuyen con un buen pronóstico.¹⁹

Para las perforaciones pequeñas, después de haber extraído el CE, un régimen no quirúrgico de observación estrecha, antibióticos intravenosos y restricción de la ingesta oral es seguro y efectivo. Sin embargo, si el estado del paciente se deteriora durante este tratamiento, deberá investigarse la posibilidad de absceso cervical o mediastinal, y en ese caso realizar drenaje quirúrgico inmediato.^{1,2,4}

Cuando el tratamiento conservador falla, el CE haya migrado o hayan aparecido complicaciones, se llevará a cabo el tratamiento quirúrgico sin dilación. Existen múltiples vías de acceso quirúrgico: transcervical, transcervical-submandibular, transparotídea-submandibular, transmandibular, por la fosa infratemporal, craneofacial y transoral. La elección de la ruta de abordaje dependerá de la localización del CE y la extensión de la lesión.^{5,13} El abordaje transoral es el más sencillo, pero desafortunadamente no siempre es útil. La extracción del CE y el drenaje extenso suelen ser suficientes cuando no se han presentado complicaciones.^{11,12}

La noción de que los CE impactados en el tracto aerodigestivo alto son bastante inocuos debe ser eliminada. La elevada tasa de complicaciones^{7,15} y la gravedad de las mismas obligan al médico a establecer el tratamiento inmediato en cuanto se hace el diagnóstico. Cualquier demora ulterior incrementará significativamente los riesgos. Cuando el diagnóstico o el tratamiento se retrasan, las perforaciones faringoesofágicas se asocian con una mortalidad elevada.⁷

Referencias

1. Law R, Fouque C, Waddell A, Cusick E. Lesson of the week: penetrating intra-oral trauma in children. *Br Med J* 1997;314 (7073):50-1.
2. Shockley WW, Tate JL, Stucker FJ. Management of perforations of the hypopharynx and cervical esophagus. *Laryngoscope* 1985;95:939-41.

3. Radkowski D, McGill TJ, Healy GB, Dwight TJ. Penetrating trauma of the oropharynx in children. *Laryngoscope* 1993;103:991-4.
4. Jacobs I, Niknejad G, Kelly K, et al. Hypopharyngeal perforation after blunt neck trauma: case report and review of the literature. *J Trauma* 1999;46(5):957-8.
5. Aydogan B, Soylu L, Tuncer U, et al. Parapharyngeal foreign body. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;125(4):424-5.
6. Taylor RB. Esophageal foreign bodies. *Emerg Med Clin North Am* 1987;5:301-11.
7. Loh K, Tan L, Smith J, et al. Complications of foreign bodies in the esophagus. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;123(5):613-6.
8. Lowinger D, Makarie L, Cole I, Szasz JJ. Retrieval of an extraluminal swallowed sharp foreign body. *Austral New Zeal J Surg* 1999;69(5):399-402.
9. Singa A, Shotton JC. An unusual foreign body migrating from pharynx to mediastinum. *J Laryngol Otol* 1996;110:279-80.
10. Bendet E, Horowitz Z, Heyman Z, et al. Migration of fishbone following penetration of cervical oesophagus presenting as a thyroid mass. *Auris Nasus Larynx* 1992;19:193-7.
11. Shackelford RT. Perforations and ruptures of the esophagus. En: *Surgery of the alimentary tract*. WB Saunders, Philadelphia, PA, 1978; p. 51.
12. Nyhus LJ, Baker RJ, Fischer JE. Enfoque diagnóstico y terapéutico de los traumatismos penetrantes en el cuello: controversias sobre las técnicas de manejo. En: *El dominio de la cirugía*. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1999; p. 506.
13. Cmejrek R, Coticchia J, Arnold J. Presentation, diagnosis and management of deep-neck abscesses in infants. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;128(12):1361-4.
14. Eliashar R, Gross M, Dano I, Sichel JY. Esophageal fish bone impaction. *J Trauma* 2001;50(2):384-5.
15. Nandi P, Ong GB. Foreign bodies in the esophagus: review of 2394 cases. *Br J Surg* 1978;65:5-9.
16. Hollinshead WF. *Anatomy for surgeons*. Harper and Row, New York, 2nd. ed., 1968.
17. Anson BJ, McVay ChB. The neck. En: *Surgical anatomy*. WB Saunders, Philadelphia, PA, 1971; p. 238.
18. Galera-Ruiz H, Morales-Salas M, Prado-Mediano F, et al. Thirty centimeter barbecue skewer hooked on the pharyngoesophageal junction of a healthy young adult. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;128(2):290-2.
19. Sakaguchi M, Sato S, Ishiyama T, et al. Characterization and management of deep neck infections. *Internat J Oral Maxillofac Surg* 1997;26(2):131-4.