

Disfagia alta tardía por compresión externa de cuerpo extraño

Late high dysphagia for external compression of strange body

Juan Antonio Castellanos González,* Juan Carlos Barrera Ortega,*
Orestes Noel Mederos Curbelo,** Sigifredo de la Caridad Montero Ferrer,***
Orlando Noel Mederos Trujillo****

Palabras clave:

Perforación,
disfagia,
compresión externa,
esófago.

Keywords:
*Perforation,
dysphagia,
compression externa,
esophagus.*

RESUMEN

Posteriormente a la ingestión accidental de un cuerpo extraño, la mayoría es expulsada con la defecación o es extraída mediante endoscopia; el 1% requiere tratamiento quirúrgico. La perforación del esófago, con la aparición de disfagia tardía, motivó la presente comunicación. **Caso clínico:** Hombre de 38 años de edad que en una actividad festiva comprobó la pérdida de su prótesis dental de la arcada dentaria superior. Siete años después comenzó a presentar ligeras molestias para los alimentos sólidos, cuatro años más tarde la disfagia fue también para los líquidos. Fue ingresado en nuestro hospital, comprobando la presencia de una estenosis esofágica alta por compresión externa, fue operado y se extirpó una masa fibrosa enclavada a nivel del estrecho torácico superior en fascia prevertebral, que comprimía y ocluía el esófago contenido en su interior una prótesis dental. **Conclusiones:** Se presenta un caso infrecuente de disfagia esofágica alta por cuerpo extraño externo, el acceso quirúrgico seleccionado fue la vía transcervical, que permitió la eliminación de la causa de la disfagia y la movilización del esófago con reconstrucción de la superficie lesionada.

ABSTRACT

Later to the accidental ingestion of a strange body, most is expelled with the defecation or they are extracted by means of endoscopy; 1% requires surgical treatment. The perforation of the esophagus, with the appearance of late dysphagia, motivated the present communication. Case report: 38-year-old man, in a festival activity, checked the loss of his dental prosthesis of his arcade it would jag superior. Seven years later, it began to present slight nuisances for the solid foods, four years later the dysphagia is to the liquids. It is entered in our hospital, checking the presence of a stenosis high of the esophagus for external compression, it is operated and a located fibrous mass was extirpated at level of the strait thoracic superior in fascia vertebral pre that compressed and it occluded the esophagus containing in its interior a dental prosthesis. Conclusions: An uncommon case of dysphagia high esophagus is presented by external strange body, the selected surgical access was the road transcervical, allowing the elimination of the cause of the dysphagia and to carry out the mobilization of the esophagus and the suture of the lesion.

* Especialista en cirugía general.
Profesor auxiliar.

** Especialista en cirugía general. Profesor e Investigador Titular, PhD, Dr. Cs, FACS.

*** Especialista en cirugía general. Profesor e Investigador Titular, PhD.

**** Residente de cirugía.

Hospital Universitario “Manuel Fajardo”. La Habana, Cuba.

Recibido: 24/05/2018
Aceptado: 10/09/2018

INTRODUCCIÓN

Los primeros testimonios de trastornos esofágicos fueron reflejados entre los años 3000-2500 a.C en el papiro descubierto en 1862 por Edwin Smith, donde se describe el tratamiento quirúrgico con éxito de “una herida abierta en la garganta que penetraba hasta el esófago”. En Cuba, la primera esofagotomía cervical para la extracción de una prótesis dental fue realizada el 19 de abril de 1888 por el Dr. Carlos M. Desvernine y Galdós.^{1,2}

La presencia de cuerpos extraños en el tracto digestivo alto es ocasionada por sustan-

cias de origen alimentario (que pueden ser romas como un bolo de carne o punzantes como esquirlas de hueso) y de otra naturaleza (monedas, prótesis dentales, cabellos, botones entre otros). Esta afección es más frecuente en grupos poblacionales como niños, ancianos, pacientes psiquiátricos y reclusos. Generalmente, el cuerpo extraño avanza por el tubo digestivo y es expulsado sin complicaciones, en estos casos la conducta es expectante con el apoyo del control radiológico seriado; en otras ocasiones se requiere la extracción del cuerpo extraño mediante endoscopia; sólo el 1% requiere tratamiento quirúrgico; de

producirse una perforación esofágica, la intervención debe ser realizada de urgencia por los riesgos que acarrea dicha situación.³⁻¹⁰ El caso presentado introduce otra variante en la evolución, la perforación por el cuerpo extraño de las capas del esófago, conformando una masa fibrosa que mediante compresión externa produce la aparición de disfagia tardía 11 años después de la deglución accidental de la prótesis dental, lo cual motivó la elaboración del presente informe.

PRESENTACIÓN DE CASO

Hombre de 38 años de edad, que asiste a consulta por disfagia.

Historia de la enfermedad actual: 11 años antes, posteriormente a su participación en una actividad festiva, comprobó la pérdida de la prótesis de su arcada dentaria superior, fue atendido por especialistas de otorrinolaringología, no observando alteraciones en la laringoscopia directa. Al encontrarse asintomático, decidió no asistir más a consulta médica de seguimiento; siete años después, comenzó a presentar ligeras molestias a la deglución de alimentos sólidos y cuatro años más tarde este síntoma se incrementó, teniendo dificultad también para los líquidos, motivo de su consulta e ingreso.

Examen físico: no aportó datos significativos, excepto ligero aumento de volumen en la base del lado izquierdo del cuello, en proximidad a la clavícula.

Índice de masa corporal: 22.8 kg/m², normopeso.

Radiografía del tórax en vista posteroanterior: no se observaron alteraciones del parénquima pulmonar. En la radiografía de columna cervical se detectó osteoporosis y cambios degenerativos artrósicos con formación de osteofitos marginales a nivel de C4-7. En el examen con contraste hidrosoluble del esófago se observó paso del mismo hacia el estómago y a nivel de la porción cervical se apreciaron imágenes pseudodiverticulares y la salida de contraste hacia la región supraclavicular izquierda (*Figura 1*).

En la tomografía axial computarizada con contraste, en el cuello con cortes de 2 y 5 mm, se observó una imagen de alta densidad de 56



Figura 1: Radiografía con salida del contraste a región supraclavicular izquierda.

UH, alargada, que media 17 mm de longitud entre el esófago cervical y el cartílago cricoideas sugestivo de cuerpo extraño. Por encima de la misma, se detectó el esófago con paredes muy engrosadas de forma circunferencial que media 20 mm, con longitud aproximada de 30 mm, provocando estenosis del mismo y compresión de la tráquea, engrosamiento de tejidos blandos con imagen blástica a nivel de T1 y T2 adyacente a la lesión descrita, adenopatía de 8 mm pretraqueal, cambios osteodegenerativos a nivel cervical (*Figura 2*).

Pruebas funcionales respiratorias:

- Prebroncodilatador: la proporción de capacidad vital forzada-volumen espiratorio forzado por debajo de lo normal indica una anomalía obstructiva, el volumen espiratorio forzado en un segundo al 85% del valor predicho indica que el trastorno es ligero.
- Postbroncodilatador: los cambios de la capacidad vital forzada-volumen espiratorio forzado en un segundo menos de 200 ml y/o menos del 12% no son significativos, lo cual denota un trastorno obstructivo ligero y no contraindica proceder quirúrgico.

Se diagnosticó una disfagia orgánica por compresión extraluminal debido a cuerpo extraño (prótesis dentaria), se decidió la intervención quirúrgica tras completar el estudio preoperatorio.

Después de haberlo discutido en el grupo multidisciplinario, se decidió comenzar la intervención mediante un acceso quirúrgico a través de una cervicotomía lateral izquierda y actuar según los hallazgos quirúrgicos. Se preparó el colon y el estómago para una posible sustitución esofágica.



Figura 2: Tomografía con imagen entre el esófago cervical y el cartílago cricoides.

Los hallazgos perioperatorios fueron los siguientes: estenosis por retracción del esófago hacia su pared posterior, rodeado por un anillo fibrótico. Se procedió a la liberación de adherencias periesofágicas, se halló una pieza dentaria ocluyendo una herida esofágica, así como una masa fibrosa enclavada a nivel del estrecho torácico superior en la fascia prevertebral (granuloma retroesofágico), ésta comprimía y ocluía la luz esofágica. Se disecó y extirpó el tumor comprobando la presencia en su interior de una prótesis dentaria a la que le faltaba la pieza que había sido extraída de la pared del esófago, se realizó plastía local de la lesión del esófago, se indicó el tipo de sutura y los puntos, colocando un tipo de drenaje en proximidad, complementado con yeyunostomía alimentaria (*Figuras 3 y 4*).

La evolución fue favorable, se comenzó la vía oral con líquidos al quinto día y después de comprobar ausencia de filtraciones de la sutura en radiografías con contraste hidrosoluble, egresó dos días después del hospital (*Figura 5*).

DISCUSIÓN

La deglución de cuerpos extraños ocurre con relativa frecuencia en niños, se ha descrito que del 80-90% de los cuerpos extraños pasan de forma espontánea a los segmentos distales del tracto gastrointestinal y entre el 10-20% quedan impactados, requiriendo procedimientos endoscópicos para su remoción. La cirugía es necesaria en un 1% para retirar el cuerpo extraño o para el tratamiento de sus complicaciones.³⁻¹⁰

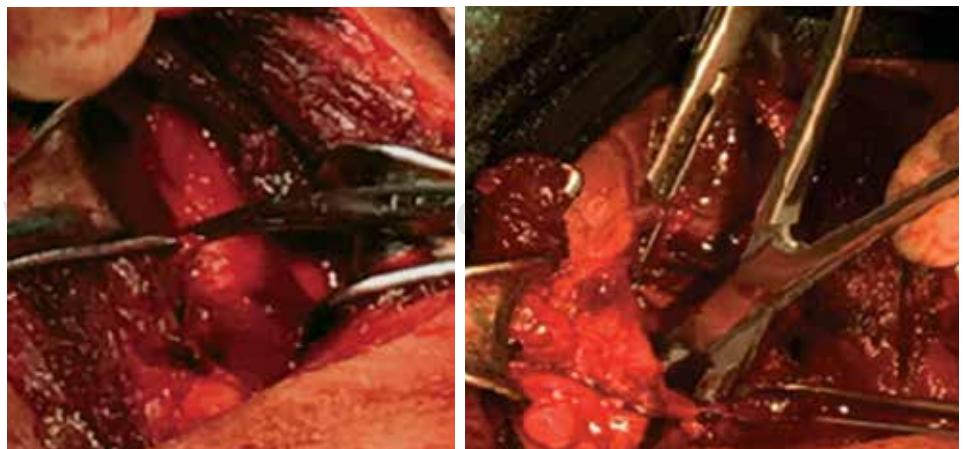


Figura 3:

Disección e identificación del granuloma retroesofágico que incluía la prótesis dentaria.



Figura 4:

Prótesis y pieza dentaria que ocluía herida esofágica.



Figura 5: Postoperatorio a los cinco días.

Los medios diagnósticos para estas lesiones varían desde la exploración oral, los estudios endoscópicos que incluyen laringoscopia y esofagoscopia; imagenología, que incluye radiografías simples y contrastadas, ecografía y tomografía axial y multicortes. En el caso presentado, este último permitió decidir la estrategia quirúrgica.

La perforación de la pared esofágica por cuerpo extraño produce variadas complicaciones, algunas de menor complejidad como laceración de la pared con hematomas localizados y otras complejas como abscesos regionales, mediastinitis, enfisema diseminado y neumotórax; se han descrito otras graves como taponamiento cardiaco, fistula aortoesofágica o pleuroesofágica.¹⁰⁻¹⁸

La estenosis del esófago por cuerpo extraño es poco probable, el paciente de nuestro caso

presentó una disfagia tardía posterior a una perforación oligosintomática y la formación de una masa fibrosa que produjo la compresión externa ocasionada por la deglución accidental de una prótesis dentaria 11 años antes. Otro aspecto interesante fue la presencia de una pieza de la prótesis que ocluía la pared esofágica. El manejo endoscópico para la extracción del cuerpo extraño resultó imposible por el tiempo transcurrido,¹⁹⁻²³ tampoco fue factible vencer la estenosis con la colocación de un stent autoexpansible, a pesar de ser una afección benigna,²⁴⁻²⁶ quedando como única alternativa la intervención quirúrgica por la necesidad de extraer el cuerpo extraño, solucionar la disfagia y reconstruir la pared esofágica.

CONCLUSIÓN

Se presenta un caso infrecuente con una disfagia esofágica alta por un cuerpo extraño (prótesis dentaria) que perforó de forma oligosintomática la pared del esófago; el acceso quirúrgico transcervical permitió realizar la intervención, además de existir la posibilidad de extenderse al tórax, de no lograr la movilización del esófago y la sutura de la lesión.

REFERENCIAS

1. Errázuriz G. Ingestión de cuerpos extraños: protocolo de estudio y tratamiento. Rev Med Clin Condes. 2009; 20: 883-891.
2. Ospina J, Posada ME. Cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal en niños. Rev Col Gastroenterol. 2008; 23: 233-238.
3. Santander-Flores SA, Mata-Quintero CJ, O'Farrill-Anzures R, González-Villegas P, Calvo-Vázquez I, Campos-Serna EI. Ingestión accidental de prótesis dental, 2 panoramas en el manejo y evolución. Reporte de casos. Cirugía y Cirujanos. 2017; 85: 350-355.

4. Fonseca GM. Ingestión accidental de prótesis dental fija (cantilever) en paciente con historia de carcinoma de colon. Av Odontoestomatol. 2011; 27: 313-317.
5. Venkataraghavan K, Anantharaj A, Praveen P, Rathibha S, Murali B. Accidental ingestion of foreign object: Systematic review, recommendations and report of a case. Saudi Dent J. 2011; 23: 177-181.
6. ASGE Standards of Practice Committee, Ikenberry SO, Jue TL, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, et al. Management of ingested foreign bodies and food impactions. Gastrointest Endosc. 2011; 73: 1085-1091.
7. Tanrikulu Y, Erel S, Kismet K, Mefaret S, Evren K, Mehmet A. Accidental swallowing of partial denture: a case report. Cases J. 2009; 2: 9363.
8. Park Y, Kim K, Yang J, Lee S, Jang B. Factors associated with development of complications after endoscopic foreign body removal. Saudi J Gastroenterol. 2013; 19: 230-234.
9. Lee H, Kim H, Jeon J, Park SH, Lim SU, Jun CH, et al. Endoscopic foreign body removal in the upper gastrointestinal tract: Risk factors predicting conversion to surgery. Surg Endosc. 2015; 30: 106-113.
10. Komninos ID, Tsiligianni IG. Foreign body ingestion mimicking irritable bowel syndrome: a case report. J Med Case Rep. 2010; 4: 244.
11. Müller KE, Arató A, Lakatos PL, Papp M, Veres G. Foreign body impaction in the sigmoid colon: A twenty euro bet. World J Gastroenterol. 2013; 19: 3892-3894.
12. Candia de la Rosa F, Candia García R, Pérez-Martínez M. Obstrucción intestinal por cuerpo extraño en paciente con adenocarcinoma de colon. Informe de un caso. Cir Cir. 2010; 78: 87-91.
13. Anderson KL, Dean AJ. Foreign bodies in the gastrointestinal tract and anorectal emergencies. Emerg Med Clin North Am. 2011; 29: 369-400.
14. Hirasaki S, Inoue A, Kubo M, Oshiro H. Esophageal large fish bone (sea bream Jawbone) impaction successfully managed with endoscopy and safely excreted through the intestinal tract. Inter Med. 2010; 49: 995-999.
15. Bosque-López M, Llompart-Rigo A, De-Miguel SP. A foreign body in the esophagus. Rev Esp Enferm Dig. 2010; 102: 51-52.
16. Gonzales M, Gómez M, Otero W. Cuerpos extraños en esófago. Rev Col Gastroenterol. 2006; 21: 150-160.
17. Vasquez J, Montesinos E, Castillo L, Rojas L, Peralta J. Perforación esofágica y mediastinitis causada por espina de pescado. Rev Gastroenterol Perú. 2006; 26: 400-403.
18. Ishioka S, Ribeiro A, Artifon E, Couto D, Navarro A. Fistula aortoesofágica: manejo exitoso de una complicación peligrosa causada por un cuerpo extraño. Rev Gastroenterol Perú. 2008; 28: 278-281.
19. Repici A, Rando G. Stent for nonmalignant leaks, perforations, and ruptures. Techniques in Gastrointestinal Endoscopy. 2010; 12: 237-245.
20. Arantes V, Campolina C, Valerio SH, de Sa RN, Toledo C, Ferrari TA, et al. Flexible esophagoscopy as a diagnostic tool for traumatic esophageal injuries. J Trauma. 2009; 66: 1677-1682.
21. Woo SH, Kim KH. Proposal for methods of diagnosis of fish bone foreign body in the esophagus. Laryngoscope. 2015; 125: 2472-2475.
22. Henderson JB, Sorser SA, Atia AN, Catalano MF. Repair of esophageal perforation using a novel endoscopic suturing system. Gastrointest Endosc. 2014; 80: 535-537.
23. Esquivel RG, Raju GS. Endoscopic closure of acute esophageal perforations. Curr Gastroenterol Rep. 2013; 15: 321.
24. Swinnen J, Eisendrath P, Rigaux J, Kahegeshe L, Lemmers A, Le Moine O. Self-expandable metal stents for the treatment of benign upper GI leaks and perforations. Gastrointest Endosc. 2011; 73: 890-899.
25. Kuppusamy M, Hubka M, Felisky C, Carrott P, Kline E, Koehler RP et al. Evolving management strategies in esophageal perforation: surgeons using nonoperative techniques to improve outcomes. J Am Coll Surg. 2011; 213: 164-171.
26. Kuppusamy M, Felisky C, Kozarek RA, Schembre D, Ross A, Gan I, et al. Impact of endoscopic assessment and treatment on operative and non-operative management of acute oesophageal perforation. Brit J Surg. 2011; 98: 818-824.

Correspondencia:**Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo****E-mail:** noemed@infomed.sld.cu