



Caso clínico

Manejo endoscópico de lesión traumática por cuerpo extraño en esófago: reporte de caso clínico

Endoscopic management of esophageal foreign body traumatic injury: clinical case report

Julio César Velasco-Castro,* Luis Carlos Avellaneda,‡ Gloria Valentina Mosquera-Sepúlveda,§
Lorena García-Agudelo,¶ Edgardo Sánchez-Gamboa||

* ORCID: 0000-0003-3580-8221

‡ ORCID: 0000-0002-2833-2985

§ ORCID: 0000-0002-9617-8705

¶ ORCID: 0000-0001-9557-0900

|| ORCID: 0000-0003-3217-2387

Hospital Regional de la Orinoquia, Yopal, Colombia.

RESUMEN

Introducción: la perforación esofágica por cuerpo extraño es una enfermedad infrecuente; sin embargo, en la última década su incidencia ha ido en aumento. Se han descrito varias técnicas de manejo incluyendo las endoscópicas y dentro de éstas el uso de clips esofágicos. **Caso clínico:** paciente femenino de 59 años que consultó por sensación de cuerpo extraño en garganta y disfagia tras ingesta de pescado; estaba estable, sin dificultad respiratoria y no se visualizó cuerpo extraño en la faringe. Indicaron realizar endoscopia del tracto digestivo superior por el servicio de gastroenterología con extracción de cuerpo extraño y al observar perforación esofágica fue manejado con clips metálicos endoscópicos, culminando procedimiento sin complicaciones. **Conclusiones:** la perforación esofágica es una afección grave que, si no se trata a tiempo, puede provocar acontecimientos catastróficos como la muerte. Este caso ejemplifica como la intervención mediante clips endoscópicos puede ser una alternativa exitosa para estas situaciones.

Palabras clave: perforación esofágica, cuerpo extraño, procedimiento endoscópico.

ABSTRACT

Introduction: esophageal perforation by a foreign body is an unusual disease, however, its incidence has increased in the last decade. Mortality rates are secondary to septic processes as a consequence of such perforation. Several management techniques have been described, including endoscopic techniques, among these the use of esophageal clips, which can be a form of treatment in patients who fulfill certain indications. **Case report:** a 59-year-old female patient consulted for foreign body sensation in the throat and dysphagia after eating fish; she had no respiratory distress, and no foreign body was visualized in the pharynx. They indicated an upper digestive tract endoscopy by the gastroenterology service with foreign body extraction; they observed an esophageal perforation in the context of a stable patient with normal vital signs, the patient was treated with endoscopic metal clips, concluding the procedure without complications. **Conclusions:** esophageal perforation is a serious condition that, if it is not treated in time, can cause catastrophic complications, such as death. This case exemplifies how endoscopic clip intervention can be a satisfactory alternative for these situations.

Keywords: esophageal perforation, foreign body, endoscopic procedure.

Recibido: 08/04/2023. Aceptado: 21/05/2023.

Correspondencia: Julio César Velasco-Castro

E-mail: juliovelascoinvestigacion@gmail.com

Citar como: Velasco-Castro JC, Avellaneda LC, Mosquera-Sepúlveda GV, García-Agudelo L, Sánchez-Gamboa E. Manejo endoscópico de lesión traumática por cuerpo extraño en esófago: reporte de caso clínico. Rev Mex Cir Endoscop. 2023; 24 (1-4): 34-37. <https://dx.doi.org/10.35366/114308>



INTRODUCCIÓN

Durante los últimos diez años, los avances en el tratamiento de los casos de perforación esofágica traumática han presentado un cambio significativo, pasando de intervención quirúrgica invasiva a procedimiento endoscópico mínimamente invasivo, con menor riesgo, estancia hospitalaria más corta y recuperación rápida, reduciendo posibles complicaciones.¹

Este artículo describe una paciente con perforación esofágica secundario a la ingesta de hueso de pescado tratado endoscópicamente con extracción del cuerpo extraño e inserción de endoclips para manejo de la perforación residual, con recuperación exitosa.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 59 años procedente de zona rural, con antecedentes de colecistectomía, apendicectomía y alergia a nitrofurantoína. Consultó por cuadro clínico de 16 horas de evolución con sensación de cuerpo extraño en garganta y disfagia, tras ingesta de pescado.

A la exploración física de ingreso se encontraba en buen estado general, sin dificultad respiratoria ni sialorrea, los signos vitales fueron normales: frecuencia cardíaca 85 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 19 por minuto, presión arterial 125/70 mmHg, temperatura 36 °C. Su peso era de 88 kg, talla 1.63 metros, índice de masa corporal de 33.12 (obesidad grado I), no visualizaron cuerpo extraño en faringe, sin otros hallazgos positivos.

La paciente fue ingresada en sala de observación, sin vía oral y administración de líquidos endovenosos, ordenaron endoscopia de vías digestivas altas (EVDA) que identificó por debajo del área cricofaríngea a 19 cm de la arcada dentaria un cuerpo extraño plano impactado en dos caras

de la mucosa esofágica (hueso), el cual fue extraído, al evaluar la integridad de la mucosa esofágica, observaron perforación lineal de 18 mm de longitud al mismo nivel, que fue manejado con tres clips metálicos endoscópicos, logrando afrontar los bordes de la lesión y avanzaron sonda de nutrición enteral hasta cámara gástrica bajo guía endoscópica (Figura 1).

La EVDA transcurrió sin complicaciones. Gastroenterología recomendó seguimiento clínico, imagenológico y endoscópico, sin nada vía oral, líquidos intravenosos (IV), nutrición por sonda nasogástrica durante cinco días con proteínas, vitaminas y minerales, cubrimiento anti-biótico con piperacilina tazobactam 4.5 gramos IV cada 6 horas, metronidazol 500 miligramos IV cada 8 horas, diclofenaco 75 miligramos IV cada 8 horas y omeprazol 40 miligramos IV al día.

La paciente permaneció estable durante la hospitalización, sin evidencia de complicaciones. En el sexto día, fue indicado esofagograma con contraste para evaluar el estado anatómico del tracto gastrointestinal superior; la radiografía preliminar no mostró alteraciones, siendo administrado medio de contraste con bario y agua (300 mL) por vía oral, la deglución fue autónoma sin dificultad; el faringograma no evidenció imágenes estenóticas; el medio de contraste pasó por el esófago sin dificultad hasta el estómago, con apertura espontánea del cardias, adecuado llenado de la cámara gástrica, con paso en tiempos normales a las asas del duodeno y yeyuno (Figura 2).

Posteriormente, indicaron el inicio de la vía oral y monitorización estricta, la paciente presentó tolerancia adecuada a la vía oral, sin dificultad en la deglución y evolución satisfactoria por lo cual retiraron sonda de nutrición enteral y fue dada de alta hospitalaria. Se efectuó seguimiento dos semanas después de forma ambulatoria, la paciente refirió estar asintomática y en buen estado general.

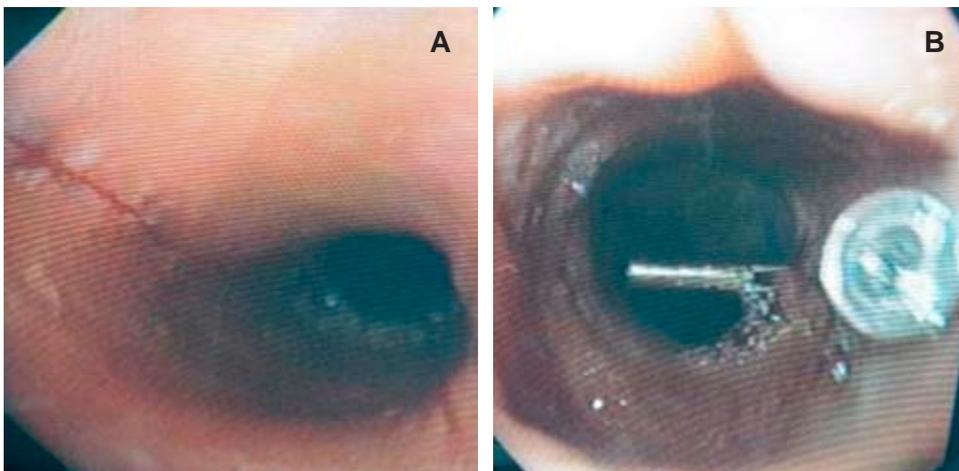


Figura 1:

- A)** Endoscopia de vías digestivas altas que evidencia dos erosiones lineales profundas en espejo, una sugestiva de perforación.
- B)** Afrontamiento de la lesión más profunda con perforación utilizando endoclips.

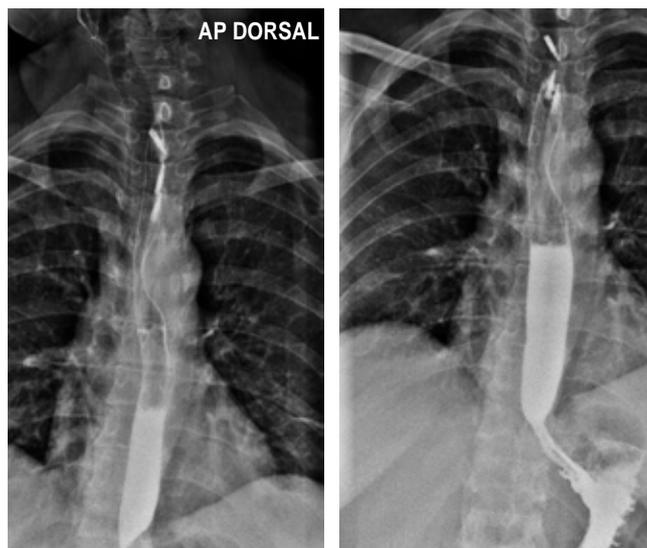


Figura 2: Esofagograma con bario que muestra paso del contraste a través del esófago hasta el estómago sin dificultad, sin áreas estenóticas ni filtración del medio de contraste al mediastino, con apertura espontánea del cardias, sin alteraciones estructurales. Además, se observaron los tres clips endoscópicos en posición adecuada.

DISCUSIÓN

Los cuerpos extraños esofágicos más frecuentes en adultos son la carne en los países occidentales y las espinas de pescado en los países asiáticos, con mayor riesgo en menores de 10 años y adultos mayores, que requieren manejo endoscópico como primera opción de tratamiento por su seguridad y eficacia.²

La perforación esofágica es una lesión que consiste en un agujero o ruptura en la pared del esófago. Entre otras causas puede asociarse a procedimientos médicos como la endoscopia digestiva o la colocación de una sonda nasogástrica, enfermedades del esófago, traumatismos penetrante o cerrado, ingestión de objetos extraños y por cáusticos.³⁻⁷

Aun teniendo en cuenta los avances terapéuticos, la morbimortalidad de los eventos de perforación esofágica sigue siendo alta a pesar de cualquier tratamiento endoscópico o conservador. La mortalidad general tras perforación esofágica varía según las diferentes poblaciones alcanzando valores entre 18 y 36%, pudiendo incluso elevarse hasta 90-100% en aquellos que no reciben tratamiento oportuno.⁴⁻⁷

Para lograr un manejo adecuado de la perforación esofágica es importante hacer un diagnóstico oportuno en las primeras 24 horas con ayudas imagenológicas y/o endoscópicas, tiempo de evolución de la perforación, evaluación de las condiciones clínicas y antecedentes del paciente para determinar las alternativas de manejo quirúrgico o endoscópico.¹ Asimismo, el manejo conservador

con medidas generales de soporte, incluyendo analgesia, antibióticos, inhibidores de la bomba de protones (IBP) y alimentación enteral o parenteral⁶ que conduzcan a recuperación satisfactoria.

Según lo descrito por García et al.⁸ la localización por orden de frecuencia de la perforación esofágica son: nivel torácico (66.6%), esófago abdominal (26.6%) y esófago cervical (6.6%). Tradicionalmente, en las perforaciones esofágicas a nivel torácico y abdominal el manejo quirúrgico es el de elección. Si se cumplen los criterios de Cameron está indicado optar por el manejo conservador.⁹ En la perforación del esófago cervical alto frecuentemente se brinda tratamiento conservador dado que estas lesiones suelen tener mejor pronóstico;¹⁰ no obstante, en nuestro caso pese a ser una lesión torácica alta y al no tener signos de sepsis, tamaño de la lesión y la localización en proximidad al área cricofaríngea, se optó por manejo mediante técnica endoscópica.

Según Caballero et al.² el tratamiento endoscópico de los cuerpos extraños en el esófago es un método seguro y eficaz, la tasa de éxito es de 95% y menos de 5% de complicaciones; asimismo, el tratamiento quirúrgico es necesario rara vez cuando se presentan complicaciones graves relacionadas con los cuerpos extraños esofágicos, por lo que este reporte de caso cobra importancia ya que se presenta un caso de lesión esofágica manejada con clips endoscópicos.

El diagnóstico oportuno de la perforación esofágica puede condicionar mejores resultados, previniendo complicaciones como mediastinitis, absceso paraesofágico, neumomediastino, broncoaspiración y asfixia.

Las condiciones clínicas del paciente y pericia del médico tratante favorecieron el manejo general y endoscópico exitoso de acuerdo con los requisitos que describe la *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* (ESGE), ya que se llevó a cabo el reconocimiento y tratamiento precoz (< 24 horas) de la perforación. La falta de comorbilidades, ausencia de inestabilidad clínica posterior a la perforación esofágica y la inexistencia de signos de infección ayudaron en el pronóstico del paciente y la posibilidad del manejo endoscópico.⁶

A pesar de que una de las indicaciones es el uso de prótesis metálica autoexpandible en lesiones mayores a 10 mm,⁶ se consideró la aplicación de clips metálicos debido a la proximidad de la lesión al área cricofaríngea y por el riesgo que la prótesis esofágica en esa zona pueda causar reacciones adversas como disconfort torácico, reflujo gastroesofágico, tos, impactación de alimentos u odinofagia.

Qadeer et al.¹¹ evaluaron el uso de clips endoscópicos para el cierre de perforaciones esofágicas; informaron diferentes análisis conjuntos acerca de la eficacia del tratamiento endoscópico, uno de estos fue el uso de clips

TTS (*through-the-scope*) como método exitoso (en todos los casos) para cerrar perforaciones esofágicas que van desde 3 a 25 mm (tamaño medio 10 mm), lo cual no fue considerado en este caso por los expertos y en cambio se realizó colocación de clips endoscópicos tradicionales.

De acuerdo con la evidencia científica relacionada y al protocolo de manejo establecido en este caso, la endoscopia flexible terapéutica se recomienda como tratamiento de primera línea en pacientes sintomáticos por cuerpo extraño esofágico que no se resuelven espontáneamente, incluso si el examen radiográfico es negativo. Además, en pacientes sin evidencia de complicaciones, la endoscopia sigue siendo el método diagnóstico y terapéutico de elección.^{12,13}

Según la literatura, las indicaciones para efectuar un tratamiento quirúrgico incluyen la presencia de un cuerpo extraño que no ha sido extraído de forma exitosa por vía endoscópica; además, cuando surgen complicaciones relacionadas con el cuerpo extraño como una perforación esofágica cerca de órganos vitales que puede poner en riesgo la vida del paciente o mediastinitis, empiema pleural, fístulas o sangrado grave.^{14,15}

CONCLUSIONES

La perforación esofágica es una afección grave que, si no se trata a tiempo, puede provocar acontecimientos catastróficos como la muerte. Este caso ejemplifica cómo la intervención mediante clips endoscópicos puede ser una alternativa exitosa para estas situaciones.

El tratamiento endoscópico de cuerpo extraño en el esófago es un método seguro y eficaz, depende directamente del tiempo de evolución clínica y pericia del médico tratante para lograr una recuperación exitosa, como se evidenció en este reporte de caso en el que se realizó un diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz.

REFERENCIAS

1. Sepesi B, Raymond DP, Peters JH. Esophageal perforation: surgical, endoscopic and medical management strategies. *Curr Opin Gastroenterol*. 2010; 26: 379-383. doi: 10.1097/MOG.0b013e32833ae2d7.
2. Caballero MAM, Martínez CJG, Jiménez RR, Redondo CE. Manejo de cuerpos extraños en el tracto digestivo superior. *RAPD Online*. 2018; 41: 73-77.
3. 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. doi: 10.1016/j.athoracsur.2003.08.
4. Biancari F, D'Andrea V, Paone R, Di Marco C, Savino G, Koivukangas V et al. Current treatment and outcome of esophageal perforations in adults: systematic review and meta-analysis of 75 studies. *World J Surg*. 2013; 37: 1051-1059. doi: 10.1007/s00268-013-1951-7.
5. Sanz SP, Gotor DJ, García CP, Sierra ME, Val PJ, Soria SMT et al. Use of double-layered covered esophageal stents in post-surgical esophageal leaks and esophageal perforation: our experience. *Gastroenterol Hepatol*. 2022; 45: 198-203. doi: 10.1016/j.gastrohep.2021.04.005.
6. Paspatis GA, Arvanitakis M, Dumonceau JM, Barthet M, Saunders B, Turino SY et al. Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforations: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement-Update 2020. *Endoscopy*. 2020; 52: 792-810. doi: 10.1055/a-1222-3191.
7. Mayorga ZIK. Perforación esofágica: etiología, diagnóstico y manejo. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2011; 596: 75.
8. García-Moreno V, Maiocchi K, Gómez-Quiles L, Villarin-Rodríguez A, Aliaga-Hilario E, Martínez-Hernández A, Abdelkader N et al. Tratamiento de la perforación de esófago, revisión de nuestra experiencia en un hospital de tercer nivel en los últimos 19 años. *Rev Gastroenterol Mex*. 2022; 87: 405-410.
9. Torres-Villalobos G. Tratamiento de la perforación de esófago, revisión de nuestra experiencia en un hospital de tercer nivel en los últimos 19 años. *Rev Gastroenterol Mex*. 2022; 87: 403-404. doi: 10.1016/j.rgm.2022.07.001.
10. Kiev J, Amendola M, Bouhaidar D, Sandhu BS, Zhao X, Maher J. A management algorithm for esophageal perforation. *Am J Surg*. 2007; 194: 103-106. doi: 10.1016/j.amjsurg.2006.07.024.
11. Qadeer MA, Dumot JA, Vargo JJ, Lopez AR, Rice TW. Endoscopic clips for closing esophageal perforations: case report and pooled analysis. *Gastrointest Endosc*. 2007; 66: 605-611. doi: 10.1016/j.gie.2007.03.1028.
12. Ioannidis O, Malliora A, Christidis P, Kotidis E, Pramateftakis MG, Mantzoros I et al. Conservative treatment of Boerhaave's syndrome in an octogenarian complicated with late distal esophageal stenosis and successfully treated by stent placement. *Cir Cir*. 2021; 89(S1): 23-27. doi: 10.24875/CIRU.20000882.
13. Sugawa C, Ono H, Taleb M, Lucas CE. Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract: a review. *World J Gastrointest Endosc*. 2014; 6: 475-481. doi: 10.4253/wjge.v6.i10.475.
14. Aiolfi A, Ferrari D, Riva CG, Toti F, Bonitta G, Bonavina L. Esophageal foreign bodies in adults: systematic review of the literature. *Scand J Gastroenterol*. 2018; 53: 1171-1178. doi: 10.1080/00365521.2018.1526317.
15. Birk M, Bauerfeind P, Deprez PH, Häfner M, Hartmann D, Hassan C, Hucl T et al. Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*. 2016; 48: 489-496. doi: 10.1055/s-0042-100456.