

Impactación esofágica

Dr. Eduardo Hinojo Rivas,* Dr. Gerardo Gutiérrez Sevilla,** Dr. Javier Lizardi Cervera***



Figura 1.

Femenina de 83 años con antecedentes de enfermedad acidopéptica de 10 años de evolución que acude al servicio de urgencias con un cuadro clínico de 24 horas de evolución, caracterizado por disfagia a ali-



Figura 2.

mentos sólidos y líquidos en forma progresiva, de localización retroesternal baja y acompañado de náuseas y vómitos posprandiales inmediatos de contenido alimentario, sin datos de hemorragia de tubo digestivo ni pérdida de peso.

Se le realizó serie esofagogastroduodenal con material hidrosoluble (Figuras 1 y 2) que mostró un defecto de llenado a nivel del tercio distal del esófago, con una imagen redondeada dentro de su luz. Se le

* Médico Residente de tercer año de Medicina Interna.

** Médico Interno de Pregrado.

*** Médico Revisor de cuarto piso.

Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F.

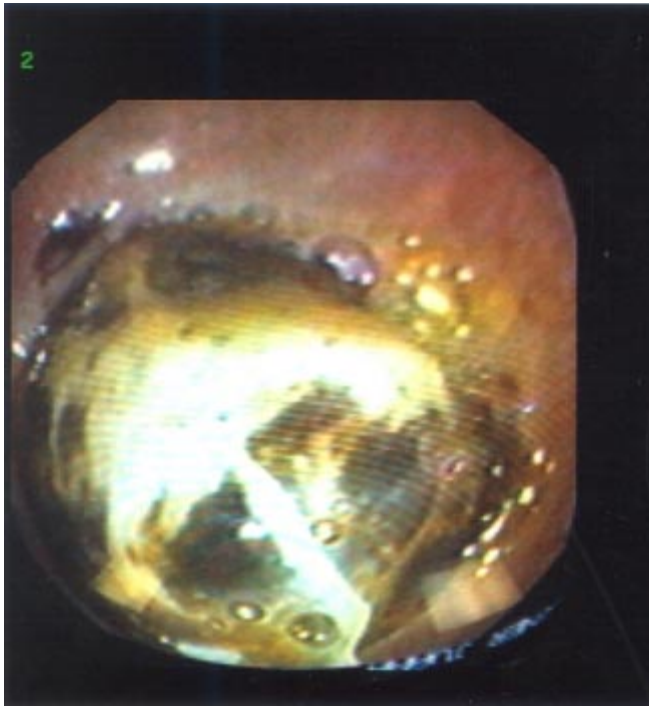


Figura 3.

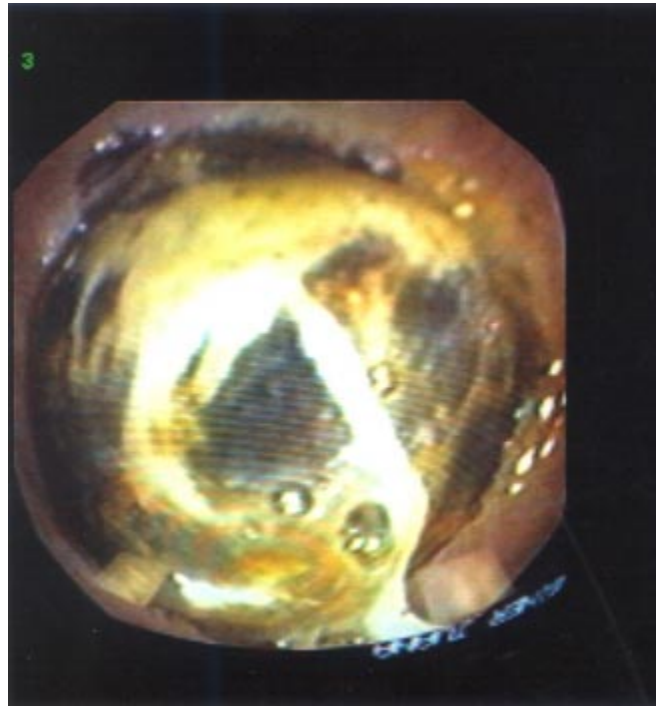


Figura 4.

realizó endoscopia (Figuras 3 y 4) donde se identificó una masa de consistencia pétrea, color oscuro y superficie lisa, de 5 cm de diámetro que parecía corresponder a restos alimentarios impactados en una estenosis esofágica benigna probablemente de etiología péptica. Se realizó dilatación esofágica con dilatadores de Savary en forma satisfactoria logrando desimpactar el cuerpo extraño. La paciente evolucionó en forma favorable y fue dada de alta sin complicaciones.

El cuerpo extraño detectado con mayor frecuencia en adultos es el bolo de alimento impactado, consiste generalmente en bolo de carne enclavado en una estrechez o una estenosis anular pépticas. Se requiere una rápida intervención y no se deben usar estudios baritados ni administrar papaína.¹ Es obligado la realización

de endoscopia por la alta probabilidad de patología subyacente. De esta manera puede extraerse el bolo usando un asa de polipectomía, cesta para cálculos o el cilindro de aspiración para várices. Sólo si el bolo ha empezado a desintegrarse o es pequeño puede ser impulsado hacia el estómago. Si existe estenosis ésta puede dilatarse en la misma sesión, en ambos casos existe la posibilidad de perforación.²

Referencias

1. Webb AA. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract. Update Gastroenterol Endosc 1995; 41: 39.
2. Guidelines for the management of ingested foreign bodies. ASGE publications 1995: 1026.