

Cuerpo Extraño Esofágico. A propósito de un caso.

Foreign body in the esophagus. A propos of a case.

Maira Verena Guerrero Aguilar; ¹ Ana María Escalante Castañeda; ² Luis Augusto Pompa Milanés; ³ Lidia Rosa Cutiño Montero.⁴

1-Especialista de 1er grado en Otorrinolaringología. Asistente. Máster en Enfermedades Infecciosas. Hospital Provincial "Carlos Manuel de Céspedes". Bayamo, Granma. E-mail: mayraga.grm@infomed.sld.cu

2-Especialista de 1er grado en Otorrinolaringología. Asistente. Hospital Provincial "Carlos Manuel de Céspedes". Bayamo, Granma.

3-Luis Augusto Pompa Milanés. Especialista de 1er grado en Otorrinolaringología. Asistente. Hospital Provincial "Carlos Manuel de Céspedes". Bayamo, Granma.

4-Lidia Rosa Cutiño Montero. Especialista de 1er grado en Otorrinolaringología. Asistente. Filial de Ciencias Médicas "Dr. Efraín Benitez Pops". Bayamo, Granma.

RESUMEN

Paciente AAF, de 63 años de edad procedencia rural con antecedentes de poliomielitis desde pequeño, alcohólico crónico, es ingresado en el servicio de medicina interna del hospital Carlos M. de Céspedes provincia Granma en el mes de Octubre del 2011 por presentar disfagia de año y medio de evolución primero a los alimentos sólidos, que se ha intensificado hace 4 meses siendo imposible la ingestión de líquidos, una vez estudiado con estudios radiográficos y endoscópico se traslada al servicio de cirugía con diagnóstico de una neoplasia de esófago, se realiza esofagoscopia rígida por el otorrinolaringólogo comprobándose la presencia de un cuerpo extraño de consistencia dura (mamoncillo), en el tercio inferior de

esófago torácico el cual se extrae, evoluciona satisfactoriamente y es egresado ingiriendo todo tipo de alimentos.

Descriptores DeCS: TRASTORNOS DE DEGLUCIÓN /cirugía; CUERPOS EXTRAÑOS/cirugía

ABSTRACT

A 63 year-old- AAF patient of rural origin with poliomyelitis antecedents since he was a child, a chronic alcoholic, was hospitalized in the service of internal medicine at Carlos Manuel de Céspedes Hospital in Granma province in October, 2011, presenting dysphagia of year and half of first evolution to the solid foods, that has intensified 4 months ago being impossible the ingestion of liquids, once studied with radiographic studies and endoscópico moves to the service of surgery with diagnostic of a neoplasia of esophagus, realizes rigid esophagoscopy by the otorrinolaringólogo checking the presence of an odd body of hard consistency (mamoncillo), in the inferior third of thoracic esophagus which extracts , evolves satisfactorily and is egresado ingiriendo all type of foods.

Subject heading: DEGLUTITION DISORDERS/surgery; FOREIGN BODIES/surgery

INTRODUCCIÓN

Los cuerpos extraños pueden localizarse en el tracto digestivo superior cuando son ingeridos accidental o deliberadamente; 80% de los casos se presentan en los menores de edad y el resto en adultos con prótesis dentales (que alteran la sensibilidad del paladar) o con trastornos mentales y en prisioneros.

De los cuerpos extraños ingeridos, 90% pasan al tracto digestivo y 10% al árbol traqueo bronquial. 80 a 90% de los cuerpos extraños deglutidos progresan espontáneamente en los siguientes ocho días, siendo necesario en los otros casos la realización de procedimientos endoscópicos para su extracción; sólo en el 1% se practica cirugía.

1, 2

La mayoría de la ingestión de cuerpos extraños obedece a ingesta accidental, lo que explica el tipo de estos en cada grupo etario, siendo en niños más frecuentes los CE inorgánicos y de estos los redondos o romos (monedas, botones, pilas, objetos de plástico, piezas de juguetes, magnetos), más que los puntiagudos.

En los adultos tienden a ser objetos orgánicos, sean trozo de hueso, espinas de pescado o bolos de alimento mal masticado. Dependiendo de las características físicas (filoso, puntiagudo), químicas, eléctricas, data de la ingesta del CE y eventual compromiso de la vía aérea, puede constituirse en una situación de emergencia, ante la cual el médico debe actuar con rapidez.^{3,4}

La gran mayoría de las complicaciones se producen cuando el CE se queda atascado en esófago. Si éste ya está localizado a distal, en la mayoría de los pacientes será eliminado sin complicaciones. El CE debe ser retirado rápidamente vía endoscópica si está en esófago. Si ya está localizado en estómago, en el caso de CE pequeños y romos, puede decidirse conducta expectante.

Una vez en intestino se adopta una conducta de vigilancia, con controles radiológicos seriados. En caso de complicación sea perforación u obstrucción intestinal, la indicación es la cirugía.^(2, 5,6)

En cambio, en adultos los CE orgánicos son los más frecuentes (bolos alimentarios mal masticados, huesos, espinas de pescado), prótesis dentaria.

Hay un grupo especial a tener en consideración que son los presidiarios y pacientes psiquiátricos, quienes tienden a ingerir objetos extraños. Los presidiarios con el objeto de no ser detenidos o no recibir un castigo, sino que ser conducidos a evaluación médica.

La ingestión de múltiples CE es infrecuente, pero debe tenerse en consideración, especialmente en pacientes con retardo mental. Las potenciales complicaciones son obstrucción intestinal, perforación y erosión de mucosa u órganos adyacentes.

Como parte del examen físico deben tenerse en consideración: Si el CE se aloja en hipofaringe de manera crónica, puede ocasionar un absceso retrofaríngeo. Presencia de inflamación, eritema o crepitantes en cuello, hablan de perforación esofágica. La conducta terapéutica dependerá de los síntomas, localización del CE,

características físicas, forma, tamaño y potencial daño químico, eléctrico o físico y si es radiolúcido o radiopaco.^{7, 8,9}

El esófago es el sitio más frecuente de obstrucción por ingestión de cuerpo extraño. Frecuentemente se asocia con la estenosis péptica o con anillo esofágico inferior (Shatski). Los cuerpos extraños también pueden alojarse en las estrecheces fisiológicas: músculo cricofaríngeo a 15 - 17 cm de la arcada dentaria, arco aórtico a 23 cm de la arcada, bronquio fuente izquierdo a 27 cm de la arcada y esófago distal a su paso por diafragma a 36 - 38 cm de la arcada. El paciente puede presentar odinofagia, disfagia, obstrucción completa del esófago y enfisema subcutáneo si hay perforación; puede haber sangrado en presencia de fístula.^{3, 6,10}

La impactación del bolo alimentario en el esófago, supone un síntoma de debut frecuente en los pacientes con esofagitis eosinofílica.^{7, 11, 12,13}

CASO REPORTADO

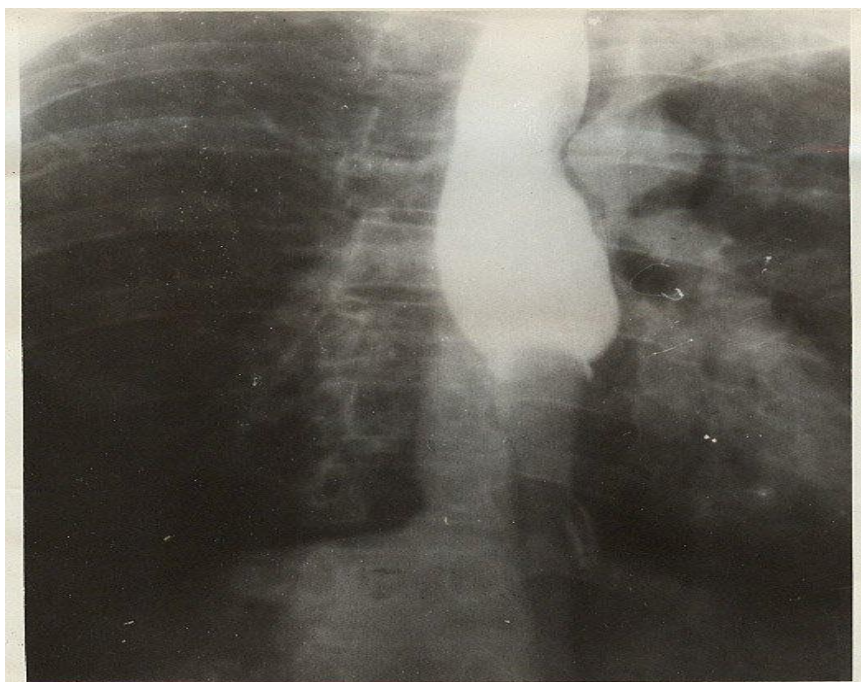
Paciente RAF de 63 años de edad, masculino, raza negra, procedencia rural, con antecedentes de haber sufrido poliomiелitis desde pequeño, alcohólico crónico, siendo atendido en el servicio de psiquiatría en varias oportunidades, es ingresado en medicina interna el día 20 de octubre del 2011 por dificultad para ingerir alimentos sólidos hace año y medio que se ha intensificado hace cuatro meses siendo muy difícil la ingestión de líquidos, se le realizan complementarios tales como: hemoquímica Hb.10g/l, Leucograma $7,5 \times 10^9/l$, poli 0,64 y linf 0,36, Eritro 15mm/l, coagulo grama mínimo normal, glicemia 7,1mm/l y proteínas totales 5,8. Rayos X de tórax.

Se observan imágenes de calcificaciones en el campo pulmonar derecho, y esofagograma en donde se observa un stop del contraste en el tercio inferior de esófago torácico con dilatación superior con esa imagen radiográfica se le realiza una esofagoscopia flexible por el departamento de gastroenterología observando un área de estenosis en el tercio inferior que hace resistencia al paso del equipo por lo que se interpreta que el paciente es portador de una neoplasia de esófago solicitando al servicio de otorrinolaringología la esofagoscopia rígida para toma de biopsia la que se realiza y se encuentra un cuerpo extraño de consistencia dura, redondeado y liso de color negruzco que ocluye toda la luz esofágica el que se extrae sin dificultad comprobándose era un mamoncillo, a las 6 horas de operado el

paciente ingería alimentos líquidos por la anestesia recibida y a las 48 horas es dado de alta habiendo desaparecido el síndrome disfágico, luego de conocer al insistir en el interrogatorio que el paciente acostumbra a deglutir los mamoncillos enteros.

DISCUSIÓN

Con este paciente se demuestra que la esofagoscopia rígida es el proceder definitivo para diferenciar si existe una neoplasia o un cuerpo extraño siempre que se observe un stop en el esofagograma considerándose que las disfagias no tienen como única causa las tumorales independientemente del tiempo de evolución de las mismas. (Fig. 1)



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Errázuriz g. Ingestión de cuerpos extraños: Protocolo de estudio y tratamiento. [Rev. Med. Clin. Condes - 2009; 20(6) 883 – 91.
2. Ospina J, Posada ME. Cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal en niños. Rev. Col Gastroenterol 2008; 23 (3): 30-5.
3. Álvarez F, García R. Cuerpo extraño esofágico. Publicado en FMC. Form Med Contin Aten Prim 2008; 15 (7):438-9.
4. JL, Rocha U. Obstrucción intestinal tras ingesta accidental de una pelota de espuma. Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias 2007;19(3) : 157-9.
5. CERDA M, POSE G, TORRES F.Caso Clínico Radiológico. Rev Chil Pediatr 2007; 78 (2): 183-5.
6. Madrid B. Impactación de bolo de carne en niño de 12 años Publicado en An Pediatr (Barc) 2009; 70 (2):195-6.
7. Coca A, Llorente JL, Suárez C. Utilidad de la cervicotomía videoasistida en la extracción de cuerpos extraños *Acta Otorrinolaringológica Española* 2008; 59 (2): 83-5.
8. Blanco G, Penchyna J, Ochoa PL, Álvarez H, Porras JD, Teyssier G ¿Qué tan urgente es extraer una pila de disco alojada en el esófago? Bol. Med. Hosp. Infant. Mex 2008; 65 (4):75-7.
9. Verdejo C, López B, Martín F, Lorente R, Hernández A.J, et al. La esofagitis eosinofílica como causa de impactación por cuerpo extraño: análisis de nuestra experiencia. Apuntes de Ciencia 2011; 68(3): 23-31.
10. Bosque MJ, Llompart A, Sebastián P. Cuerpo extraño esofágico. Rev. esp. enferm. Dig 2010; 102 <http://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082010000100007>.

11. Godoy L, Morilla L, Verónica I, Pavlicich V .Presentación en la Emergencia de un niño con neumomediastino espontáneo. *Pediatr. (Asunción)* 2011; 38 (1):49-52.

Recibido: 3 de marzo de 2014.

Aprobado: 18 de marzo de 2014.