

CUERPOS EXTRAÑOS ESOFÁGICOS

Autores:

Eva María Fernández Bonilla y Jose María Fraile Fraile

Servicio de Aparato Digestivo.

Hospital Clínico “Virgen de la Victoria”. Málaga.

INDICE

- I. INTRODUCCIÓN.**
- II. CLINICA.**
- III. EXPLORACIONES PREVIAS A LA EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS.**
- IV. INDICACIONES DE EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO.**
- V. INSTRUMENTAL.**
- VI. TÉCNICA ENDOSCÓPICA.**
- VII. COMPLICACIONES.**
- VIII. ACTUACIÓN EN EL ÁREA DE URGENCIAS.**
- IX. REGLAS DE ORO.**
- X. ALGORITMO DIAGNÓSTICO.**

I. INTRODUCCIÓN

La ingestión de cuerpos extraños esofágicos y la impactación de bolo de alimento, es muy frecuente en la práctica médica habitual, constituyendo la segunda indicación de endoscopia alta urgente tras la hemorragia digestiva (1). La mayoría de los casos de ingestión de cuerpos extraños ocurren en niños con un pico de incidencia entre los 6 meses y 3 años. (2). En adultos hay que destacar los pacientes psiquiátricos, retrasados mentales y aquellos con dentaduras o puentes dentales en los que la sensibilidad táctil durante la deglución está alterada por lo que presentan un mayor riesgo de ingestión accidental.

En cada caso, se debe de evaluar el tipo de objeto, condiciones del paciente y síntomas para decidir la actitud terapéutica más adecuada.

Los cuerpos extraños esofágicos se clasifican en orgánicos e inorgánicos. Los orgánicos están constituidos por carne, espinas o huesos y su ingesta suele ser accidental. La lista de cuerpos extraños inorgánicos es infinita, destacando las monedas, agujas, prótesis dentarias etc... siendo importante su clasificación en productos tóxicos y no tóxicos.

Otros autores distinguen en función del material ingerido entre bolo de alimento y verdaderos cuerpos extraños que a su vez los divide en objetos cortantes, punzantes y un grupo miscelánea donde se incluyen la ingesta de baterías o pilas y bolsitas de droga (3). Independientemente de la naturaleza del cuerpo extraño, éste tiende a detenerse en zonas esofágicas donde anatómicamente se estrecha la luz, por lo que es importante el conocimiento de la anatomía para distinguirlos de las estenosis patológicas que suelen ser la causa más frecuente de la impactación de los cuerpos extraños a nivel esofágico. Los pacientes con anomalías anatómicas del esófago como anillos, membranas, divertículos o neoplasias están predispuestos a sufrir impactaciones de cuerpos extraños (4). Más infrecuentemente los trastornos motores esofágicos como la acalasia, esclerodermia, espasmo esofágico difuso o esófago en cascanueces pueden predisponer a la impactación (5).

Haciendo un breve recuerdo de la anatomía el primer estrechamiento fisiológico lo constituye la boca de Killian en el esófago superior, por encima de ella en la hipofaringe, los senos piriformes y las vallecúlas son el primer lugar de asiento de cuerpos extraños. En esófago medio podemos observar las improntas bronquiales y aórticas y a nivel distal el cardias.

II. CLINICA

En pacientes adultos, tras la ingesta del cuerpo extraño se produce disfagia, odinofagia, sialorrea y/o sensación de cuerpo extraño o molestia a nivel cervical o retroesternal que en muchas ocasiones se debe a la acción traumática del paso a través del esófago del objeto ingerido. Los síntomas respiratorios pueden ser resultado de la compresión de la tráquea por el cuerpo extraño, especialmente en niños en los que la tráquea es elástica y fácilmente compresible, por aspiración de saliva o comida, o por obstrucción completa de la vía aérea (6). La presencia de dolor retroesternal agudo e imposibilidad para tragar suele ser la forma de presentación más característica de la impactación del bolo de alimento aunque en otras ocasiones puede ocurrir de forma más insidiosa (7).

La impactación de bolo de alimento puede ser el primer síntoma en pacientes con anillo de Schatzki, estenosis péptica o cáncer de esófago.

En niños la clínica suele ser más larvada y en ocasiones son traídos al Hospital alertados por sus familiares que son testigos de dicha ingestión, sin que el niño exprese síntomas clínicos precisos. En ocasiones la presentación como cuadro de distress respiratorio agudo en niños puede ser debido a la presencia de un cuerpo extraño localizado en el esófago superior.

Es importante, en pacientes que acuden a Urgencias con sospecha de ingesta de cuerpo extraño, la realización de una historia detallada, que incluya el momento de la aparición de los síntomas, tipo y características del objeto ingerido, presencia de prótesis dentales, antecedentes previos de disfagia, pirosis o de impactación previa de cuerpos extraños esofágicos.

III. EXPLORACIONES PREVIAS A LA EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS.

Previa a la endoscopia, resulta imprescindible la realización de un estudio radiológico simple (proyecciones anteroposterior y lateral) para estudiar su localización y descartar la existencia de complicaciones como una perforación en cuyo caso la realización de la endoscopia estaría totalmente contraindicada.

Afortunadamente la mayoría de los cuerpos extraños son radiopacos y pueden ser identificados en radiografías simples de tórax, cuello o abdomen; sin embargo objetos tales como espinas de pescado, huesos de pollo, madera o cristal son difíciles de visualizar.

Los estudios con contraste baritado no se deben de realizar de forma rutinaria en pacientes con una alta sospecha de obstrucción aguda esofágica por el riesgo de aspiración; por otra parte la presencia de bario, dificulta y retrasa la realización de la exploración endoscópica (8). En caso de sospecha de perforación debemos de realizar un estudio con gastrografin y un TAC y nunca se realizará estudio baritado que en general aporta poca información diagnóstica y por otra parte retrasa y dificulta la realización de la endoscopia y la extracción del objeto.

Antes de proceder a la endoscopia, es importante asegurarse de que se dispone de todo el material necesario para la extracción del cuerpo extraño y personal auxiliar adecuado.

Así mismo es necesario la firma del documento de consentimiento informado por parte del paciente o del familiar responsable en caso de ser menor o incapacidad.

IV. INDICACIONES DE EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO.

Una de la reglas de oro es que todo cuerpo extraño accesible endoscópicamente debe de ser extraído o intentarse su extracción.

A pesar de la gravedad de las complicaciones que pueden derivar de la manipulación endoscópica, la extracción de cuerpos extraños puede acortar el tiempo quirúrgico y por otra parte evita el seguimiento radiológico y angustia familiar que se deriva de aquellos cuerpos extraños que por diferentes motivos, se dejan para su expulsión natural (9).

No obstante cada caso debe de valorarse individualmente, considerando la, clínica, características del cuerpo extraño y complicaciones que pueden surgir, así como la experiencia del explorador y material disponible.

V. INSTRUMENTAL.

La endoscopia es el método más seguro y efectivo para la extracción de cuerpos extraños localizados en el esófago (10). Se deben de utilizar endoscopios de visión frontal, tanto fibroendoscopios como videoendoscopio, siendo éstos últimos más recomendables puesto que facilita la visión de las maniobras al personal auxiliar. En ocasiones se puede utilizar un endoscopio con doble canal de trabajo.

Es imprescindible disponer de una pincería variada entre las que no deben de faltar tipo dientes de ratón, cocodrilo, cesta de dormia, para extraer huesos, monedas etc... Es importante comprobar el funcionamiento de todo el utillaje, así como ensayar maniobras de agarre de la pinza sobre un objeto similar, antes de introducir el endoscopio.

Entre los accesorios pueden ser muy útiles los sobretubos que permiten la extracción del endoscopio, protegiendo la vía aérea; útil en la extracción de cuerpos extraños punzantes o cortantes o en aquellos casos que sea necesaria la retirada e introducción repetida del tubo, o bien las campanas de goma o caucho, útiles para la extracción de objetos punzantes localizados a nivel gástrico, las cuales al ser retirado el endoscopio cambian de posición al ser abrazadas por el cardias, protegiendo así al esófago del cuerpo extraño.

VI. TÉCNICA ENDOSCÓPICA.

Una vez que el diagnóstico de la ingestión de cuerpo extraño se ha realizado, el endoscopista debe de decidir la urgencia de realizar la exploración endoscópica, que viene determinada por la edad del paciente, condiciones clínicas, tamaño, forma y naturaleza del material ingerido, localización anatómica del cuerpo extraño y por último la habilidad técnica del endoscopista (3).

En casos de impactación de bolo alimenticio, en los que se sospeche una obstrucción de bajo grado, que no presenten datos de distress respiratorio, pueden ser tratados de forma menos urgente, lo que permite en muchos casos el paso espontáneo hacia estómago (11). Bajo ninguna circunstancia un cuerpo extraño o bolo de alimento debe de permanecer en esófago más de 24 horas.

Se debe dar al paciente una información completa acerca de la maniobras que se van a realizar, así como la necesidad de una perfecta colaboración. Habitualmente no es necesaria la sedación, aunque en los casos de ingestión voluntaria o falta de colaboración ésta se hace imprescindible. En niños es importante garantizar la inmovilidad y en cualquier caso la actitud a tomar siempre debe de ser valorada junto con el pediatra.

Se debe canular una vía venosa para la administración en algunos casos de medicación espasmolítica o reconsideración de la sedación.

Tendremos disponible un laringoscopio y pinzas de Magill, para exploración de la hipofaringe. La endoscopia se realizará en la posición habitual de decúbito lateral izquierdo, con introducción bajo control visual continuo, habiendo comprobado previamente, como ya se ha comentado que disponemos de todo el utillaje necesario y que éste se encuentra en condiciones satisfactorias.

Una vez localizado el cuerpo extraño debe de estudiarse su morfología y los puntos de agarre más adecuados. En objetos alargados se debe de hacer coincidir el eje longitudinal con la luz esofágica para evitar traumatismos de la mucosa. En casos de impactación puede ser útil la utilización de sondas con balón distal tipo Foley que producen una distensión atraumática del esófago, favoreciendo el desenclavamiento del cuerpo extraño y permitiendo su extracción.

Nunca se debe intentar empujar los cuerpos extraños, sobretodo bolos de alimento impactados, ya que podemos producir lesiones mayores en primer lugar porque no sabemos lo que hay distalmente, sin olvidar que en muchas ocasiones la causa de la impactación suelen ser estenosis, y por otra parte porque esquirlas contenidas en el bolo pueden producir traumatismos en la mucosa esofágica e incluso perforación.

A continuación describiremos las maniobras aconsejadas en función de la naturaleza del cuerpo extraño:

MONEDAS

Las monedas de diámetro pequeño, no suelen plantear problemas; son sin embargo aquellas de mayor tamaño las que pueden quedar impactadas en esófago, sobretodo a nivel de músculo cricofaríngeo o distal a él.

Debido a que las monedas localizadas tanto en esófago o traquea pueden ser asintomáticas es importante la obtención de radiografías anteroposterior y lateral de cuello y tórax, para determinar su localización. En niños es conveniente completar el estudio con una radiografía de abdomen para descartar la presencia de otros cuerpos extraños, sobretodo en aquellos con historia previa de ingestión de cuerpo extraño.

Las monedas localizadas en esófago deben de ser extraídas tan pronto como sea posible para evitar las posibles complicaciones como las fistulas que pueden resultar de la permanencia prolongada (12). Cuando las monedas se encuentran localizadas a nivel del músculo cricofaríngeo es importante mantener la vía aérea permeable por lo que podemos utilizar la intubación, en caso contrario puede ser útil la colocación del paciente en posición de Trendelenburg.

En un niño con una moneda localizada a nivel de esófago, que pasa espontáneamente, no es necesario la realización de la endoscopia a no ser que se trate de episodios recurrentes. Si ha transcurrido más de una hora desde la realización de la última radiografía, ésta se debe de repetir previa a la endoscopia para verificar la localización o bien en el caso de desaparición espontánea de los síntomas. Aunque las monedas localizadas en esófago cervical y medio deben extraerse lo más pronto posible, en las de esófago distal podemos permitir un plazo de 12-24 horas para favorecer el paso espontáneo a estómago.

Una vez en estómago éstas no suponen una complicación y se puede hacer un radiográfico semanal. Antes de realizar extracción endoscópica de monedas del estómago se debe de permitir un periodo de 3-4 semanas para que ésta migre a través del píloro a intestino delgado. Esto no suele ocurrir en niños que han sido intervenidos previamente.

IMPACTACIÓN DE BOLO DE CARNE.

La impactación de bolo de carne en esófago medio o inferior es la causa más frecuente de cuerpo extraño esofágico en adultos. La mayoría de los pacientes que presentan una impactación de bolo de carne presentan una patología esofágica de base, responsable directamente de la impactación. (13). En niños es poco frecuente a o ser que tengan un defecto congénito del esófago.

Si el paciente no se encuentra molesto y es capaz de deglutir saliva, se puede permitir un plazo razonable de tiempo, antes de la realización de la endoscopia, ya que a menudo, el bolo pasa a cavidad gástrica. Sin embargo no se debe de demorar más de 12-24 horas, porque las complicaciones pueden ser mayores. Si el paciente se encuentra en distress y es incapaz de deglutir las secreciones, la endoscopia se debe de hacer sin demora.

La endoscopia flexible, es la técnica preferida para desimpactación de un bolo de alimento, ya que es segura, se hace bajo visión directa (4) y permite evaluación y tratamiento de la patología de base en la misma sesión.

La realización de un esofagograma de rutina no está recomendado porque retrasa la realización de la endoscopia, dificulta la visualización e incrementa el riesgo de aspiración.

La endoscopia se realiza con el paciente en decúbito lateral izquierdo, pudiendose utilizar sedación, pero es conveniente que el paciente permanezca consciente. Se debe de estudiar la localización y tipo de impactación. En ocasiones el bolo de alimento puede ser extraído de una pieza mediante un asa de polipectomia, pero en otras ocasiones es necesario fragmentarlo, para esto último resulta muy útil la colocación previa de un sobretubo que permitirá extraer el endoscopio múltiples veces, disminuyendo la lesión de la mucosa esofágica y disminuyendo el riesgo de aspiración (4). Una vez que el bolo ha sido reducido de tamaño este puede pasar a estómago bajo visualización. En ocasiones tras la insuflación se produce una distensión del esófago que permite bajo visión directa el paso del endoscopio evitando el bolo de alimento, una vez que conocemos el trayecto y excluimos la presencia de estenosis, el endoscopio puede retirarse para posteriormente empujar de forma muy suave el bolo hacia la cavidad gástrica.

El uso de glucagon a dosis de 1mg intravenoso, en un intento de relajar el esófago es seguro y puede favorecer el paso espontáneo del bolo al estómago, sin embargo otros autores no encuentran utilidad en el uso de éste fármaco (14). En cualquier caso la endoscopia debe de ser realizada, independientemente de la resolución del cuadro.

OBJETOS PUNZANTES Y CORTANTES

Los objetos punzantes y cortantes , pueden ser muy difíciles de manejar, debiendo de extremar las precauciones para evitar complicaciones mayores como la perforación esfágica.

Dentro de éste grupo los objetos más frecuentes son alfileres, agujas, prótesis dentales, huesos o imperdibles.

Los imperdibles abiertos suponen una complicación añadida; en éstos casos es mejor intentar desplazarlos hasta estómago y posteriormente extraerlos fijándolo por el extremo no punzante y con la ayuda de un sobretubo. Las cuchillas de afeitar una vez localizadas en estómago pueden extraerse con ayuda de un sobretubo.

En aquellas ocasiones en los que la extracción del cuerpo extraño mediante endoscopia implique un riesgo alto de complicaciones, el tratamiento quirúrgico suele ser una alternativa más segura.

PAQUETES DE DROGA

No es infrecuente ver en urgencias pacientes que han ingerido paquetes de droga contenidas en plástico o latex. En general la endoscopia está contraindicada por el riesgo de ruptura que supone su manipulación. La vigilancia debe de ser radiológica, recomendándose un estrecho seguimiento e indicandose tratamiento quirúrgico en caso fracaso en la progresión a través del intestino del material ingerido o datos de obstrucción intestinal.

VII. COMPLICACIONES

Toda técnica endoscópica lleva asociada una serie de complicaciones debido a la instrumentación terapéutica, siendo las más importantes la hemorragia y la perforación, aunque por fortuna no dejan de ser poco frecuentes.

Debemos de considerar que el fracaso de extracción del cuerpo extraño , constituye otra complicación ya que obliga a la realización de procedimientos más agresivos, como la

cirugía. Este fracaso puede ser debido al tamaño del cuerpo extraño, localización o bien la dificultad para cogerlo a pesar de disponer de pincería y material adecuado.

VIII. ACTUACIÓN EN EL ÁREA DE URGENCIAS

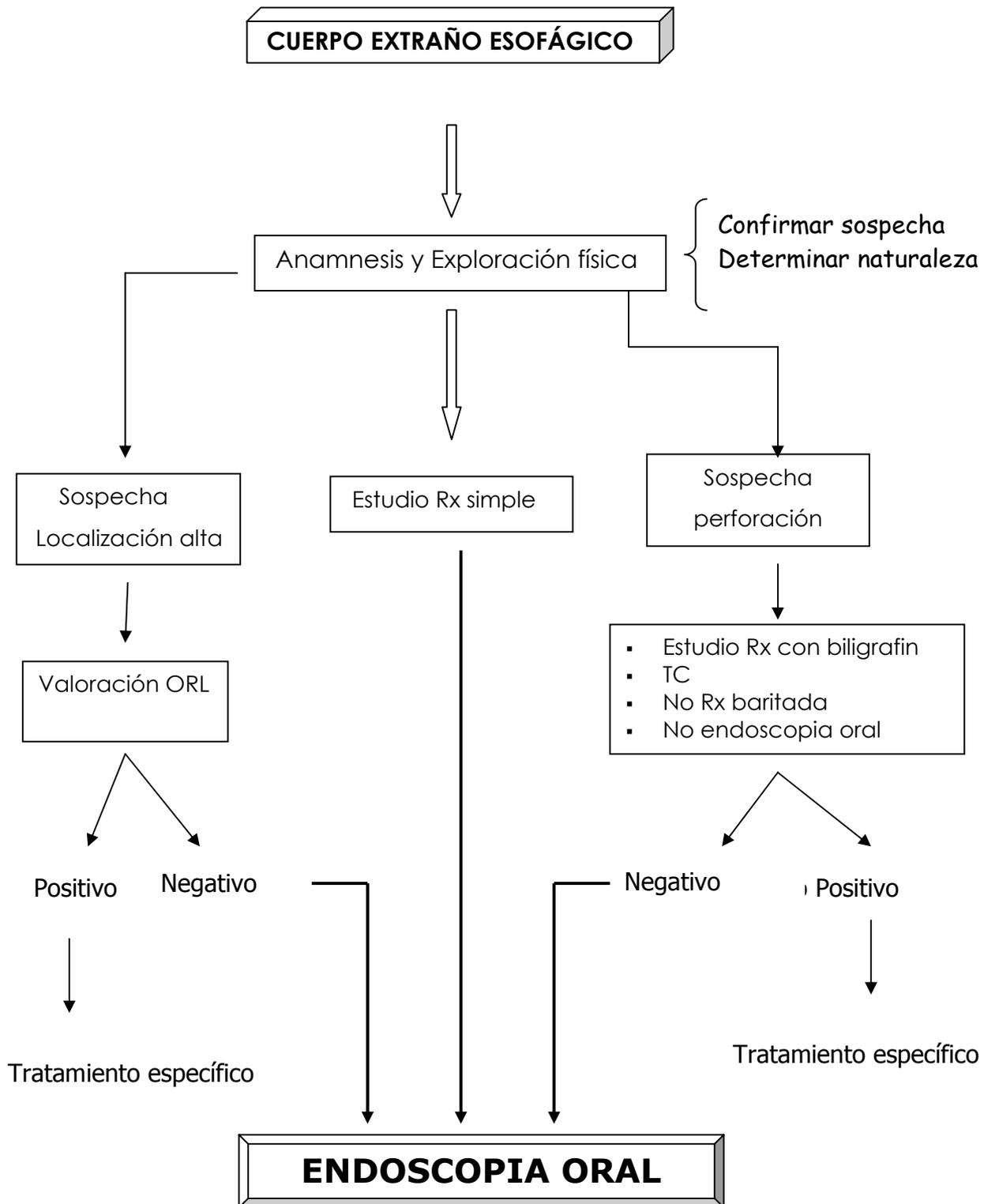
Ante un paciente con sospecha de ingestión de cuerpo extraño esofágico debemos de seguir los siguientes pasos:

- Anamnesis y exploración del paciente.
- Exploración ORL si se sospecha localización alta .
- Rx de tórax y/o abdomen.
- Estudio con gastrografin si se sospecha perforación esofágica.
- Valoración por especialista la realización de endoscopia para extracción de cuerpo extraño.

IX. REGLAS DE ORO

1. Todo cuerpo extraño accesible endoscópicamente debe de ser extraído.
2. Siempre se debe estudiar la peligrosidad del cuerpo extraño.
3. Hay que hacer un estudio radiográfico simple, previo a la extracción.
4. Si hay sospecha de perforación, completar el estudio con gastrografin o TAC.
5. Nunca se debe de realizar un estudio baritado previo.
6. Se debe de disponer de personal médico y auxiliar cualificado.
7. Comprobación previa de todo el instrumental.
8. Obtener la firma del documento de consentimiento informado.
9. Solventar de inmediato la transformación en ce bronquial.
10. No empujar nunca un cuerpo extraño.
11. Adaptar el ce al eje más favorable.
12. No efectuar maniobras intempestivas.

X. ALGORITMO DIAGNÓSTICO



BIBLIOGRAFÍA.

1. Ramírez Armengol. Ingestión de cuerpos extraños. En: Endoscopia digestiva alta. Vázquez Iglesias. Galicia Editorial.
2. Webb WA. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract. *Gastroenterology* 1988;94:204-216.
3. Sanowski RA. Foreign body extraction in the gastrointestinal tract. In: Sivak MV, ed. *Gastroenterologic Endoscopy*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1987: 321-31.
4. Brady PG: Esophageal foreign bodies. *Gastroenterol Clin North Am* 20:691-701, 1991.
5. Lyons MF, Tsuchida AM: Foreign bodies of the gastrointestinal tract. *Med Clin North Am* 77:1103-1114, 1993.
6. Lawrence B, Munter DW. Foreign bodies in the gastrointestinal tract. *Emergency medicine Clin of North Am*: 14; 493-523, 1996.).
7. Ginsberg, MD. Management of ingested foreign objects and food bolus impactions. *Gastrointest Endosc* :41;33-38, 1994.
8. Henderson CT, Engels J, Schlesinger P. Foreign body ingestion: review and suggested guidelines for management. *Endoscopy* 1987; 19:68-71.
9. Ramírez Armengol. Cuerpos extraños esofágicos en el tramo esofágico superior. En: Villarderil et al. *Enfermedades digestivas*. Tomo 1. Aula Médica- Madrid 1998.
10. Berggreen PJ, Harrison ME, Sanowski RA et al. Techniques and complications of esophageal foreign body extraction in children and adults. *Gastrointest Endosc* 1992;38: 229.
11. Bending DW , Machael GC. Management of smooth-blunt gastric foreign bodies in asymptomatic patients . *Pediatr* 1990;29:642-5.
12. Splitz L. Management of ingested foreign bodies in childhood. *BMJ* 1971;4:469-72.
13. Vizcarrondo FJ, Brandy PG, Nord HJ. Foreign bodies of the upper gastrointestinal tract. *Gastrointest Endosc* 1983;29:208-10.
14. Colon V, Grade A, Pulliam G et al. Effect of doses of glucagon used to treat food impaction on esophageal motor function of normal subjects. *Dysphagia* 1999; 14: 27-30.