



CARTA AL DIRECTOR

Cuerpos extraños esofágicos

A. PAULINO HERRERA¹, J. M. FERNÁNDEZ NÚÑEZ², I. BENITO ARROYO³, F. J. SÁNCHEZ GONZÁLEZ¹,
M. R. DE SAA ÁLVAREZ⁴, R. GARCÍA MORA⁵

¹Servicio ORL del Hospital del Servicio Extremeño de Salud (SES) de Mérida.

²Servicio de Urgencias del Hospital del SES de Don Benito-Villanueva de la Serena.

³Centro de Salud Urbano II Mérida.

⁴Servicio ORL del Hospital del SES San Pedro de Alcántara de Cáceres.

⁵Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Unidad Docente de Don Benito (Badajoz).

■ INTRODUCCIÓN

La presencia de cuerpos extraños en el esófago es una entidad que con relativa frecuencia se ve en la urgencia diaria, ya sea en atención primaria o en la hospitalaria. En cualquier caso implicará su derivación necesaria a un centro hospitalario para, una vez realizado el diagnóstico de confirmación, proceder a su extracción, sin duda necesaria, dadas las complicaciones potenciales que puede dar lugar su no extracción o bien su extracción tardía.

Generalmente se ven afectados niños y personas mayores. Podemos encontrar una gran variedad de cuerpos extraños a nivel del esófago, la mayoría inge-

ridos de una manera accidental, ya fuera en adultos (clavos colocados en la boca al realizar trabajos caseiros, pequeños cristales de las boquillas rotas de las botellas, prótesis dentales) (Fig. 1) o bien en niños (piezas de juguetes, monedas, botones, etc.) (Fig. 2).



Fig. 1. Fragmento de vidrio de la boquilla de una botella extraído de un esófago.

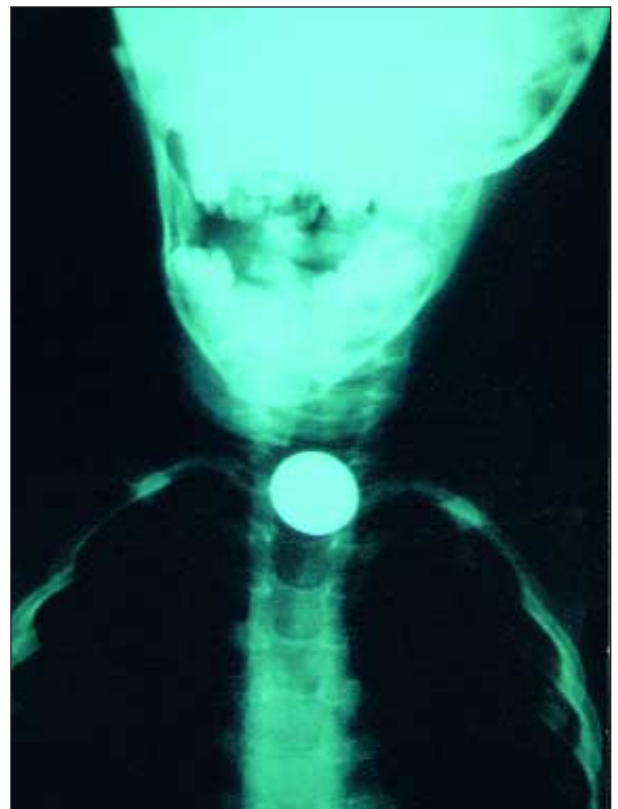


Fig. 2. Moneda de 2 euros en el tercio superior esofágico de un niño de 6 años. Rx pósterio-anterior.

Hay un grupo de personas que los ingieren de forma voluntaria con diversos fines, como son los reclusos y los pacientes psiquiátricos; aún es más amplia si cabe la diversidad de los objetos ingeridos (muelles, cuchillas de afeitar, cucharas, agujas, etc.) (1-4).

Los cuerpos extraños que con más frecuencia se encuentran son los restos de comida, concretamente trozos de carne (bien por masticarlos insuficientemente, por presentar espasmos esofágicos debido a alteraciones motoras, por estenosis provocadas por ingesta de cáusticos en la infancia o por la presencia de neoplasias esofágicas), espinas de pescado (los cuales se clavan con más frecuencia en orofaringe e hipofaringe) y huesos de carne. Se dan tanto en adultos como en niños (2, 5).

Los factores que la detención del cuerpo extraño a lo largo del recorrido esofágico son el tamaño y la forma del mismo, las características anatómicas del esófago (estrechamientos fisiológicos) y alteraciones orgánicas locales intrínsecas o extrínsecas (como estenosis, espasmos y neoplasias; estas últimas son descubiertas en no pocas ocasiones en fases iniciales de esta manera) (5-7).

La mayoría de los cuerpos extraños se detiene en el tercio superior del esófago, por debajo del esfínter esofágico superior.



Fig. 3. Botón de cazadora vaquera, metálico, alojado en tercio superior esofágico de un niño. Rx pósterio-anterior.

■ CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

Las manifestaciones clínicas dependen de varios factores, como su localización, el tamaño y su morfología; pero de forma general la mayoría de las veces dan lugar a un síndrome digestivo caracterizado por una disfagia más o menos intensa, como síntoma más frecuente, retención salivar en los senos piriformes, náuseas, dolor local y a veces pueden dar un síndrome respiratorio con sofocación, tos y cianosis.

Para su diagnóstico son fundamentales, además de la anamnesis, un estudio radiológico simple para los cuerpos extraños radiopacos (Fig. 3) y el esofagograma con papilla baritada que permite objetivar el obstáculo o el espasmo. Pero será la realización de la endoscopia la que confirme o no la presencia del cuerpo extraño (1-6).

■ TRATAMIENTO

El cuerpo extraño esofágico debe ser extraí-

do lo más rápido posible para evitar complicaciones derivadas tanto del propio cuerpo extraño como de las maniobras terapéuticas que al pasar más tiempo se ven dificultadas por la inflamación y edema que se produce en la zona de impactación.

La mayoría de los cuerpos extraños esofágicos son extraídos con endoscopios flexibles, previa sedación leve del paciente (7-10). En el caso de no poder realizar su extracción, bien sea por las características del cuerpo extraño o porque la impactación del mismo lo impida, debe realizarse esofagoscopia rígida bajo anestesia general (tarea que lleva a cabo el otorrino en un quirófano).

■ COMPLICACIONES

Las complicaciones pueden llegar a ser graves, pero en la actualidad son muy raras. Las más frecuen-

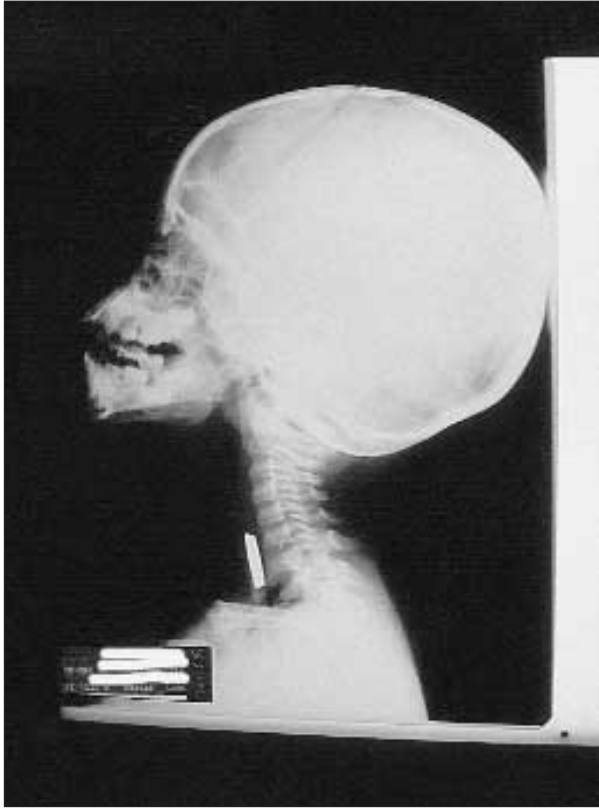


Fig. 4. Caso anterior en proyección lateral de cuello.

tes suelen ser pequeñas laceraciones mucosas y periesofagitis que mejoran en unos días con protectores de la mucosa esófago-gástrica. Otras más importantes son la fístula broncopulmonar, la fístula aortoesofágica o incluso la lesión pericárdica con taponamiento cardíaco (11). Pero sin duda la complicación más temida es la perforación esofágica, que puede dar lugar a mediastinitis y abscesos retroesofágicos, con un alto porcentaje de mortalidad (12). Las perforaciones se pueden producir bien por acción del cuerpo extraño por sus características morfológicas (objeto cortante o punzante), por erosión progresiva o necrosis de la pared esofágica al permanecer mucho tiempo el cuerpo extraño en contacto con la mucosa esofágica y también por yatrogenia en las maniobras instrumentales



Fig. 5. Fotografía del botón del caso anterior una vez extraído del esófago.

de extracción. La localización de la perforación más habitual es el esófago cervical (1, 2, 7, 8). La rapidez en el diagnóstico de la misma es fundamental dada su alta mortalidad (mayor del 60% a las 24 horas) (12). Su frecuencia en la esofagoscopia es menor del 1%; sin embargo, en más del 80% de los casos es la manipulación instrumental la causante de la misma (13). En el estudio radiológico de partes blandas cervicales aparece aire en el espacio prevertebral. También se debe hacer esofagograma, inicialmente con contraste hidrosoluble para localizar la perforación, así como la correspondiente endoscopia.

Concluimos señalando la importancia de la sospecha de un cuerpo extraño en el esófago referido por un paciente en una consulta de Atención Primaria; ello nos obliga a su derivación urgente a un centro hospitalario para descartar o confirmar su presencia (y proceder a su extracción) mediante los medios radiológicos o endoscópicos descritos. A pesar de representar una urgencia médica, existen no pocos casos de presentación atípica y diagnósticos tardíos. En estos casos será fundamental la pericia en la anamnesis y seguimiento por parte del médico de familia del paciente.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Vega y Diego M. "Cuerpos extraños esofágicos". En: Ponencia Oficial de la Sociedad Española de ORL y Patología Cérvico-Facial "Urgencias en ORL". 1991: 67-71.

2. Bremond G, Magnan J. "Cuerpos extraños del esófago". En: Portmann M. Otorrinolaringología. La Habana: Ed. Científico-Técnica. 1984; 472-474.

3. Turker GF, Hollinger LD. "Cuerpos extraños en el esófago o en el tracto respiratorio". En: Paparella MM, Shumriul DD. Otorrinolaringología (2ª ed.). La Habana: Ed. Científico-Técnica. 1982; 2603-2616.

- 4. Guerrero E, Crespo M, Cerezo E, et al.** Ingestión de cuerpos extraños. *Medicina Integral* 1992; 19 (4): 45-47.
- 5. Chevalier J.** "Otorrinolaringología y Broncoesofagología". Ciudad de Méjico: Ed. Hispano Americana, Tomo I. 1949; 72-79.
- 6. Ballenger JJ.** "Enfermedades de la nariz, garganta y oído". La Habana: Ed. Científico-Técnica. 1983; 82-93.
- 7. Alonso JE.** "Cuerpos extraños en el esófago". En: Alonso JM. *Tratado de Otorrinolaringología y Bronco-Esofagología* (2ª ed.). Madrid 1964; 1.581-1.587.
- 8. Berendes J, Link R, Zollner F.** *Tratado de Otorrinolaringología*. Barcelona: Ed. Científico-Médica. 1970; 135-142.
- 9. Castellón Ortega JT, Hernández Díaz A, Pila Pérez R, Pila Peláez R, Pila Peláez M.** "Cuerpos extraños en el esófago de adultos". *Acta ORL Esp* 2000; 51 (6): 511-514.
- 10. Sebastián Domingo J. y cols.** "Manejo endoscópico de los cuerpos extraños del tubo digestivo". *Rev Esp Enf Digest* 1990; 77 (4): 259-262.
- 11. Pedrosa CS.** Diagnóstico por Imagen. *Tratado de Radiología Clínica*. Tomo I. Ed. Interamericana: 678-679.
- 12. Atkis JP, Keane WH, Rowe LD.** Cuerpos extraños en el esófago. *Gastroenterología*. Bockus 4ª Edición. Tomo II. 1987.
- 13. Yela C, Conejo MJ, Bris J, Álvarez ME.** Cuerpo extraño intraesofágico. A propósito de un caso en Atención Primaria. *Medicina General* 2000; 22: 296-298.