

IV. CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO

Dr. Salustio Montalva Nouveau

A. Definición

Se llama cuerpo extraño esofágico a todo cuerpo sólido, detenido anormalmente en cualquier sitio del lumen esofágico en su trayecto desde la faringe al estómago, deglutido en forma voluntaria o involuntaria, o dejado accidentalmente por algún procedimiento médico, diagnóstico o terapéutico.

La ubicación más frecuente corresponde a las estrecheces anatómo-fisiológicas del órgano: a nivel cricofaríngeo, torácico en relación a la compresión producida por el bronquio izquierdo, y en el tercio distal en relación al paso del esófago a través del hiato esofágico. En los Cuadros 1 y 2, se aprecia su distribución de frecuencia de ubicación.

Cuadro 1. Distribución de ubicación topográfica.

Esófago cervical	70-80 %
Esófago torácico	15-20 %
Tercio distal	1 - 5 %

Cuadro 2. Distribución anatómica

Faringe	2,3 %
Estrechecr cricofaríngea	62,3 %
Estrechecr aórtica	12 %
Esófago distal	23,8 %
Esófago distal patológico	(21.5 %)*

* Este último dato es de gran importancia clínica, ya que diversos estudios han demostrado que el 10% de los cuerpos extraños impactados en el esófago, corresponden a una lesión preexistente de este órgano.

Tipo de cuerpo extraño deglutido:

En los niños, lo más frecuente es la deglución de juguetes o sus piezas, u otros elementos pequeños, como bolitas, aros, perlas, piedras, etc.; en el adulto en cambio, se trata trozos de carne u otro alimento (impactación alimentaria), espinas de pescado, huesos de ave, prótesis dentarias u otros.

El mecanismo puede ser una deglución **consciente voluntaria**, como sucede en individuos con patología psiquiátrica (psicosis, histeria, bulimia, etc.), niños pequeños o reos con intención de auto-agresión; **o accidental**, como al almacenar alfileres o clavos en la boca durante el trabajo, jugando en el caso de los niños, por trauma maxilofacial (esquirlas óseas, trozos de prótesis, piezas dentarias), o durante un acto anestésico en el que no se cuidó el retiro de prótesis dentales.

Los casos de deglución accidental pueden verificarse sobre un fondo de inconciencia como ocurre en el traumatismo maxilofacial, la anestesia, el sueño, las crisis epilépticas, etc..., o en un individuo conciente, como sucede en la "impactación alimentaria", con las espinas de pescado, los huesos de pollo o los cuescos de frutas.

Además existe el mecanismo iatrogénico, en el caso de retención de instrumentos, sondas o endoprótesis que pueden quedar abandonados en el esófago luego de maniobras instrumentales, diagnósticas o terapéuticas. La "impactación alimentaria" es a veces consecuencia de cirugía previa, como la antirreflujo o la gastrectomía total, donde se ha producido un estrechamiento excesivo del esófago distal o una anastomosis con un diámetro insuficiente.

B. Diagnóstico

1. Cuadro Clínico:

El diagnóstico suele ser fácil de hacer en el adulto, consciente y psiquiátricamente sano, quien consulta angustiado y relatando el antecedente de la deglución y atascamiento del cuerpo extraño; no así en el caso del accidente inconsciente ni en el niño, en que el diagnóstico fluirá de la sospecha reforzada por la presencia de signos y síntomas bastante constantes.

A veces el cuerpo extraño constituye una emergencia que determina riesgo vital para el paciente, como sucede en el cuerpo extraño impactado en la hipofaringe, con compromiso simultáneo de la vía aérea, o en la coexistencia de cuerpos extraños en el esófago y en la laringe y/o tráquea. Su gravedad está dada por el riesgo vital del compromiso de la vía aérea, y su permeabilización es la medida prioritaria. A pesar de ser una situación excepcional, debe ser siempre considerada ante mínimas manifestaciones de apremio respiratorio: disnea, taquipnea, estridor laríngeo, cornaje, tiraje, cianosis, disfonía, etc...

En el niño, el cuadro clínico es ocasionalmente precedido por el dato anamnéstico de algún adulto que lo vio previamente con algún objeto en la cavidad oral (bolitas, aros, perlas, etc.), sin embargo, muchas veces este dato no existe. Cobran importancia entonces, elementos anamnésticos más o menos constantes, tales como el **rechazo abrupto de la alimentación**, la **sialorrea** a veces sanguinolenta, la **disfagia u odinofagia**, la **pseudoregurgitación**, y algunas manifestaciones de dificultad respiratoria.

En el adulto, el cuadro clínico parte con el antecedente de la ingestión, de una anestesia, de una crisis epiléptica, de un trauma reciente, etc; la **disfagia**, presente casi en todos los enfermos, que va desde la obstrucción real y total,

hasta "la sensación de impactación" secundaria al trauma provocado por un cuerpo extraño que ya ha pasado; la odinofagia, producto del daño que se produce en la mucosa esofágica; la **pseudoregurgitación** del contenido esofágico retenido por la obstrucción, y la **sialorrea**; y algunos **síntomas respiratorios**, secundarios a la aspiración de contenido líquido o semilíquido desde el esófago.

2. Examen Físico:

En el examen físico debe partir con una Evaluación General inicial, que considere el estado general y de conciencia, el estado hemodinámica (pulso - presión arterial - signos de vasoconstricción periférica) y de la función respiratoria (frecuencia respiratoria - cianosis - tiraje - cornaje), elementos fundamentales para establecer la sospecha de una complicación local, o del compromiso de la vía aérea.

El examen general debe complementarse con un minucioso **examen de la faringe** en búsqueda de elementos obstructivos que pueden estar al alcance de la mano o de un instrumento simple; y **también de la laringe**, apoyado por un espejo dental para hacer una laringoscopia indirecta, para asegurarse que no exista un componente obstructivo de la vía aérea.

3. Exámenes Complementarios:

i. Rx Tórax: como un número importante de los cuerpos extraños son radio opacos, el estudio radiológico se hará sin medio de contraste (Rx torácica simple), en proyecciones antero posterior, lateral y oblicua, abarcando toda la extensión del esófago. Si no aparece la imagen buscada, no se descarta el diagnóstico, pues puede corresponder a un cuerpo radio lúcido.

Tiene este examen la importancia adicional, que puede evidenciar la presencia de enfisema mediastinito de peque-

ña cuantía, que es altamente sugerente de una perforación esofágica mínima.

ii. Tránsito Esofágico: se realiza con la ingesta de medio de contraste (papilla baritada diluida o hypaque) y tomando placas en posición de pié o decúbito dorsal, visualizando todo el trayecto del esófago, y está especialmente indicado cuando la Rx Tórax fue negativa. Igual que ésta, da información de las características del cuerpo extraño, de su dimensión y número, y también de su superficie y sus aristas. Se puede observar también, el escape del medio de contraste fuera del lumen esofágico (al mediastino o a una cavidad pleural), en cuyo caso se estará en presencia de una perforación esofágica secundaria. Debemos tener presente que la radiología tiene aproximadamente un 14% de falsos negativos.

iii. Endoscopia: precedida por el estudio radiológico, debe ser realizada por un endoscopista experimentado. Se hará cuando no hay evidencias de perforación o de mediastinitis. Tiene el riesgo de producir ella misma una perforación al distender una pared esofágica dilacerada por el cuerpo extraño. Más que como elemento diagnóstico, su valor está en el tratamiento.

C. Complicaciones

Pueden ser precoces o tardías:

Las complicaciones precoces son **i. la Hemorragia Digestiva Alta (HDA)**, habitualmente leve; **ii. la Perforación**, sin duda la más grave, puede ocurrir en el esófago cervical provocando un flegmón de cuello, en el esófago torácico provocando una mediastinitis seguida de un cuadro séptico grave con alta mortalidad, o en el esófago abdominal produciendo una peritonitis aguda, todas circunstancias que exigen una resolución quirúrgica; **iii. la obstrucción simultánea de la vía aérea**, condición de urgencia extrema con riesgo vital inminente; **iv. la obstrucción esofági-**

ca aguda, causa de pseudoregurgitación y aspiración que provocan patología respiratoria aguda asociada; y **v. fistula esófago-aórtica**, situación excepcional, con mortalidad cercana al 100 %.

Las complicaciones tardías son, la **Estenosis Esofágica** producto de la cicatrización retráctil secundaria a las dilaceraciones de la mucosa, y el **Granuloma Inflamatorio** en el lumen esofágico por incrustación submucosa de un cuerpo extraño que se manifiesta como un síndrome esofágico y puede confundirse con un cáncer de esófago. .

D. Tratamiento

Se debe tranquilizar e informar al paciente de la evolución favorable de la mayoría de estos casos, especialmente en ausencia de compromiso respiratorio.

Cuando hay compromiso obstructivo respiratorio, el cuadro es una emergencia y la permeabilización de la vía aérea es prioritaria, lo que se logra retirando el cuerpo extraño de la hipofaringe, laringe o tráquea, pudiendo requerirse de una traqueobroncoscopia. Si está impactado y no es posible su extracción, la hipoxia será seguida de un paro cardiorrespiratorio, por lo que es necesario practicar una traqueostomía de urgencia evitando así un desenlace fatal. Por este motivo, es necesario iniciar la evaluación, si es posible, con una laringoscopia indirecta.

El paciente debe quedar con Régimen 0, hidratación parenteral y tranquilizantes.

Cuando el cuerpo extraño está ubicado en la faringe, pueden extraerse fácilmente con los dedos o pinzas.

Es necesario advertir al paciente que puede persistir una "sensación de cuerpo extraño", atribuibles a las lesiones de la mucosa y que habitualmente curan en forma espontánea y sin complicaciones.

Su tratamiento de elección es la extracción endoscópica realizada con esofagoscopio rígido o flexible, teniendo el primero mayor riesgo de perforación por el instrumento, y el segundo, mayor riesgo por la extracción "descubierta" del cuerpo extraño. El procedimiento puede fracasar en el primer intento, pero puede repetirse con un intervalo de tiempo adecuado.

Para mayor seguridad, mejor manipulación y menor riesgo de complicaciones, debe hacerse con anestesia general, y realizado en lo posible por operador experimentado.

Las complicaciones más graves de este procedimiento son la hemorragia digestiva alta y la perforación del esófago. Una complicación poco frecuente es posible cuando la extracción se intenta sin anestesia general (sin intubación traqueal) es la caída del cuerpo extraño a la vía aérea en el momento que está siendo extraído del esófago.

Cuando el cuerpo extraño no puede ser extraído por la boca con el endoscopio, puede ser empujado hacia el estómago; así se eliminará por la heces, cuando son pequeños, o podrá impactarse en el

intestino y provocar una obstrucción intestinal o una peritonitis por perforación de víscera hueca. En estas situaciones se debe recurrir a la laparotomía. Cuando no es posible extraer el cuerpo extraño mediante endoscopía ni empujarlo a distal, es necesario operar al paciente para evitar complicaciones y restablecer la permeabilidad esofágica.

Así, se hará toracotomía y esofagotomía para extraer el objeto desde el esófago torácico y laparotomía para el caso de cuerpos extraños impactados en el esófago abdominal o en el estómago.

También son de indicación quirúrgica las complicaciones derivadas de la perforación esofágica por cuerpo extraño: la mediastinitis y la peritonitis.

A todo enfermo al cual se le ha extraído un cuerpo extraño desde el esófago mediante endoscopía, se le debe hacer un control endoscópico o radiológico antes del alta hospitalaria para determinar las condiciones finales de la mucosa esofágica. Un control endoscópico más alejado, corresponde hacer para detectar casos con lesiones esofágicas preexistentes a la impactación de cuerpo extraño.