

Cuerpo extraño en esofago cervical de 1 mes de evolucion

One-month old foreign body in esophagus

G. Coello Casariego ■ P. Gete García ■ C. Almodovar Alvarez ■ A. Galván Parrado

RESUMEN

Habitualmente los cuerpos extraños esofágicos en los servicios de urgencias son diagnosticados precozmente y se extraen endoscópicamente sin incidencias. En algunos casos se pueden producir complicaciones infrecuentes pero graves. Presentamos el caso de un paciente que consultó por disfagia tras ingerir un reloj de pulsera un mes antes, la extracción endoscópica resultó imposible de manera que se realizó apertura quirúrgica del esófago. Posteriormente desarrolló un gran neumomediastino que fue tratado quirúrgicamente. Se realiza una revisión sobre el manejo de los cuerpos extraños esofágicos y sus complicaciones.

Palabras clave: cuerpo extraño; Perforación esofágica; Pneumomediastino.

ABSTRACT

The majority of foreign bodies found in the oesophagus seen at the emergency department are usually promptly diagnosed and removed endoscopically without complications. In some cases rare but severe complications can arise.

Take the case of a patient who visited the doctor with dysphagia after swallowing a watch the previous month. The endoscopic extraction failed and a surgical approach was required. Later a serious pneumomediastinum was diagnosed and treated with surgery. A review has been made about the management of foreign bodies in the oesophagus and their complications.

Key words: foreign body; Esophageal perforation; Pneumomediastinum.

GUADALUPE COELLO CASARIEGO

Servicio de Otorrinolaringología.
Hospital Universitario "12 de Octubre" Avda de Cordoba s/n 28041 Madrid.

P. GETE GARCÍA

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario "12 de Octubre". Madrid.

C. ALMODOVAR ALVAREZ

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario "12 de Octubre". Madrid.

A. GALVÁN PARRADO

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario "12 de Octubre". Madrid.

Correspondencia:

Guadalupe Coello Casariego
Avda Montecarmelo portal 17, 5ºA. 28034 Madrid
e-mail: lupecoello@yahoo.es

INTRODUCCION

Los cuerpos extraños esofágicos son una patología frecuente sobre todo en la edad pediátrica, con un pico de incidencia entre los 6 meses y los 3 años¹⁻⁴. En los adultos la mayoría se presentan en pacientes mayores edéntulos o que mastican mal o bien en pacientes con patología psiquiátrica. En otras ocasiones la existencia de una patología esofágica previa favorece la impactación de los mismos.

La mayoría son diagnosticados precozmente. La localización más frecuente es el esófago cervical, debido al estrechamiento de la región cricofaríngea y a la debilidad de la musculatura de esa zona.^{1-3,4}. Respecto al tipo de cuerpo extraño, en los niños lo más frecuente son las monedas mientras que en los adultos los tres más habituales son los huesos, las espinas de pescado y la impactación de carne sin hueso, aunque debemos destacar el enclavamiento de prótesis dentales que además revisten una especial peligrosidad. Los síntomas de presentación son variados siendo el más frecuente la disfagia-odinofagia¹⁻³. En los niños se pueden presentar también con síntomas respiratorios como sibilancias o tos

En el 80-90% de los casos la progresión del cuerpo extraño se produce espontáneamente, siendo necesarias maniobras de extracción en el 10-20% y cirugía en el 1%.^{1,2,4} El riesgo de perforación esofágica secundaria depende de la naturaleza del cuerpo extraño, su localización y el tiempo de evolución. El pronóstico es mejor cuando se produce en el esófago cervical.⁵⁻⁷

CASO CLINICO

Presentamos el caso de un varón de 34 años con antecedentes de esquizofrenia trasladado a nuestro hospital por imposibilidad de extracción de cuerpo extraño (reloj de pulsera ingerido un mes antes) tras esofagoscopia flexible.

A su llegada el paciente se encuentra estable con discreta disfagia que había aumentado en los últimos días.

La exploración por laringoscopia indirecta es nor-

mal. En la Rx simple de tórax se aprecia el cuerpo extraño a nivel del esófago cervical (Fig. 1). Se realiza endoscopia rígida bajo anestesia general resultando imposible su extracción siendo necesaria la apertura quirúrgica (Fig. 2).



FIGURA 1. Radiografía simple en la que se aprecia el cuerpo extraño con lateralización y probable impactación de los enganches del mismo.



FIGURA 2. Pared lateral del esófago cervical durante la extracción quirúrgica mediante esofagotomía.

A las 72 horas de la cirugía, tras haber tenido accesos de tos frecuentes e intensos, el paciente presenta enfisema subcutáneo cervical importante, con moderada dificultad respiratoria y dolor con los movimientos respiratorios, sin fiebre. Se realiza un TC cervicotorácico apreciándose un importante enfisema subcutáneo cervicotorácico, neumomediastino y leve neumotorax bilateral (Fig. 3).

Tras realizar revisión quirúrgica de la sutura esofágica no encontrándose dehiscencia ni colección purulenta, se colocan drenajes múltiples para evitar la progresión del enfisema. No fue necesario el drenaje del neumotorax. El paciente evolucionó de manera satisfactoria realizándose esofagograma a los 14 días en el que no se apreció fuga de contraste.



FIGURA 3. CT cervicotorácico: gran neumomediastino e importante enfisema subcutáneo cervicotorácico tras la extracción del cuerpo extraño sin apreciarse colección purulenta.

DISCUSION

El desarrollo de la endoscopia flexible ha desbancado a la rígida por su sencillo manejo y por no precisar anestesia general para su realización, siendo más segura; aunque hay autores que afirman que la seguridad es similar, siempre y cuando la rígida sea realizada por personal experimentado⁸, sin embargo todavía hay determinadas situaciones en las que es necesaria la esofagoscopia rígida: cuerpos extraños enclavados o con los bordes afilados y cortantes o localizados a nivel del esfínter cricofaríngeo (zona relativamente "ciega" para la exploración y con la vía aérea no protegida durante la extracción³⁻⁸). Tan sólo en un 1% de los casos ambas técnicas fracasan siendo necesaria la cirugía.

El manejo de las perforaciones esofágicas continúa siendo un tema controvertido. Antes la actitud inicial era casi siempre quirúrgica, actualmente cada vez son más los estudios y publicaciones que abogan por un manejo más conservador.^{6,7,9,10} Morales-Angulo y colaboradores⁶ proponen que, debido a que el pronóstico de las perforaciones a nivel del esófago cervical es mejor que el de otras localizaciones, ante una perforación esofágica pequeña o con neumomediastino o neumotórax pequeño sin compromiso del paciente, se debe seguir un tratamiento conservador con antibioterapia intravenosa de amplio espectro y restricción dietética absoluta. Por otra parte si la perforación es grande o presenta complicaciones infecciosas (mediastinitis, sepsis o absceso) el tratamiento debe ser quirúrgico con drenaje y cierre de la perforación.

Hubert y colaboradores¹⁰ tras realizar un estudio

sobre 25 perforaciones esofágicas no observaron diferencias significativas entre el tratamiento conservador y el quirúrgico de las mismas, concluyendo que se puede seguir un tratamiento conservador en pacientes clínicamente estables, con perforaciones bien contenidas en el mediastino, sin extravasación y que se han diagnosticado muy precozmente o bien muy tardíamente y no han presentado complicaciones.

Amir y colaboradores⁷ abogan por un tratamiento individualizado, recomendando un tratamiento conservador en las perforaciones diagnosticadas precozmente sin extravasación de fluidos o signos de sepsis y con mínimos síntomas. La intervención quirúrgica quedaría reservada para aquellos casos con deterioro de la situación clínica, signos de sepsis, sospecha de empiema o progresión del neumomediastino. Sin embargo Atila y colaboradores⁵ preconizan el cierre quirúrgico primario como tratamiento de elección, aunque coinciden en que la mortalidad de la perforaciones es menor cuando éstas se producen en esófago cervical.

No existe una norma generalizada en el manejo de las perforaciones esofágicas por cuerpos extraños. El tratamiento debe ser individualizado. En las perforaciones del esófago cervical, debido a su mejor pronóstico, se debe realizar un tratamiento conservador en principio salvo que se desarrollen complicaciones.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Mike K Chen, Elisabeth A Beierle. Gastrointestinal foreign bodies. *Pediatric Annals* 2001; 30 (12): 736-743.
- ² William A Webb. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: Update. *Gastrointestinal Endoscopy* 1995; 41 (1): 39-51.
- ³ González Pena M, Martínez Novoa M D, Masgoret Palau E, Flores Martín JC, et al. Manejo y complicaciones de cuerpos extraños esofágicos. *Anales ORL Iber-Amer*. 2004; 31 (5): 459-469.
- ⁴ Gregory G Ginsberg. Management of ingested foreign objects and food bolus impactions. *Gastrointestinal Endoscopy* 1995; 41 (1): 33-38.
- ⁵ Atila Erolu, Ibrahim Can Kürkcüoğlu, Nurettin Karaoglanoglu, Celal Tekinbas, et al. Esophageal perforation: the importance of early diagnosis and primary repair. *Diseases of the esophagus* 2004; 17: 91-94.
- ⁶ Morales Angulo C, Rodríguez Iglesias J, Mazón Gutiérrez A, Rama J. Diagnóstico y tratamiento de las perforaciones de esófago cervical en adultos. *Acta Otorrinolaring Esp* 1999; 50(2): 142-146
- ⁷ Amir A.I., Dulleman, Plukker J. Th. M. Selective approach in the treatment of esophageal perforations. *Scand J Gastroenterol* 2004; 39 (5): 418- 422.
- ⁸ Roffman E, Scharukh J, Hybels R, Catalano P. Failed extraction of a sharp esophageal foreign body with a flexible endoscope. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128:1096-1098.
- ⁹ Pino Rivero V, Trinidad Ruíz G, Marcos García M, Pardo Romero G, et al. Esofagoscopia en adultos. Nuestra experiencia y revisión de la literatura. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2003; 54: 642-645.
- ¹⁰ Hubert A; Shaffer Jr, Valenzuela G, Ravinder K. Esophageal perforation, a reassessment of the criteria for choosing medical o surgical therapy. *Arch Intern Med* 1992; 152: 757-761.