

IV. LARINGE Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL

Capítulo 138

CUERPOS EXTRAÑOS EN EL ESÓFAGO

J. H. Skufca Vieitez , I. Javier Clemente, X. González Compta

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Los cuerpos extraños esofágicos son un problema relativamente frecuente en el servicio de urgencias y se consideran responsables de 1.500 muertes al año en USA.

La mayoría de las ingestiones son accidentales, aunque pueden producirse de forma voluntaria en pacientes psiquiátricos y reclusos.

Existen diversos factores predisponentes tales como los trastornos mentales o psiquiátricos, el consumo de alcohol, la bulimia y el uso de prótesis dentales. En esta sentido son más frecuentes en las edades extremas de la vida y en los centros de internamiento o de reclusión.

La extracción endoscópica continúa siendo la técnica de referencia en la gran mayoría de los casos de cuerpos extraños, con un excelente pronóstico gracias al perfeccionamiento del tratamiento en los servicios de urgencias y de las técnicas de extracción.

EPIDEMIOLOGÍA

FRECUENCIA

Los cuerpos extraños esofágicos representan cerca del 60% del total en el tracto aerodigestivo superior.

Dado que el 80-90% de los cuerpos extraños ingeridos migran espontáneamente a través del tracto gastrointestinal, tanto sólo el 10-20% restante requiere extracción endoscópica, y menos del 1% de ellos cirugía.

EDAD Y SEXO

El 80% de los casos de ingesta de cuerpo extraño ocurren en la población pediátrica, con un pico de incidencia entre los 6 meses y 6 años de edad, seguido por adultos con problemas dentales, reclusos y pacientes psiquiátricos. La incidencia en adultos se incrementa significativamente después de los

70 años, considerando el uso de prótesis dental como uno de los factores más frecuentemente involucrados, dado que reduce la sensibilidad táctil del paladar y dificulta la masticación.

En un estudio sobre los bolos alimentarios impactados se observó un predominio en hombres, siendo la relación hombre/mujer de 7:1 para cualquier grupo de edad.

Se observan notables diferencias en las características de los cuerpos extraños entre las series publicadas en países occidentales y orientales debido principalmente a los tipos de cuerpos extraños, la incidencia de patología esofágica asociada y el tiempo transcurrido hasta la realización del procedimiento endoscópico, ya que la posibilidad de progresión espontánea es proporcional al tiempo transcurrido.

En China el 80%-90% de los pacientes se tratan endoscópicamente mientras que la Sociedad Americana de Gastroenterología y Endoscopia (ASGE) considera que esta cifra no debe superar el 20%, porque el resto progresan espontáneamente hacia el estómago. Esta diferencia se atribuye a varios factores. En primer lugar la ingesta de cuerpos extraños es más frecuente en la población asiática que en la occidental. En segundo lugar, los tipos más frecuentes en la población oriental son las espinas de pescado, huesos de pollo y prótesis dentales, los cuales no suelen progresar espontáneamente, y además tienen un alto riesgo de complicaciones severas. Por todo ello, en los países asiáticos se procede a su extracción endoscópica de forma rápida.

TIPOS DE CUERPOS EXTRAÑOS (Tabla I)

Tabla I. Tipo y frecuencia de cuerpos extraños ingeridos	
Cuerpo extraño	Frecuencia (%)
Monedas	27%
Objetos punzo-cortantes	16%
Baterías	13%
Piezas de juguetes	12%
Huesos de pollo/Espina de pescado	12%
Bolo alimentario	12%
Joyas	6%
Misceláneas	2%

▪ **Cuerpos extraños punzo-cortantes**

Los objetos más frecuentes dentro de este grupos son: palillos dentales, clavos, agujas, huesos, espinas de pescado, hojas de afeitar, prótesis dentales y ganchillos de costura. Son los que con más frecuencia se asocian a complicaciones.

▪ **Bolos alimentarios**

El impacto de un bolo alimentario es la forma más frecuente de obstrucción esofágica en adultos en los países occidentales. El 72% de los pacientes afectados presentan una historia previa de estenosis o disfagia. Sin embargo, en niños es un problema raro a menos que exista un defecto esofágico congénito.

El tipo de alimento impactado está relacionado con el hábito dietético. Así, en los Estados Unidos la carne es la causa más frecuente de bolo impactado, mientras que en Asia y países marítimos lo es el pescado.

▪ **Monedas**

Representan el cuerpo extraño más frecuentemente ingerido en la población pediátrica, en la que constituye según algunos autores hasta el 60% de ellos.

▪ **Pilas “planas” o cilíndricas**

Este tipo de cuerpo extraño es más frecuente en los niños menores de 5 años y su incidencia se ha incrementado actualmente debido al desarrollo tecnológico, con un número mayor de objetos que utilizan este tipo de baterías (calculadoras, relojes, cámaras, etc.). A pesar de que sólo el 10% de las pilas ingeridas son sintomáticas, su ingesta entraña un riesgo de perforación esofágica y se considera una urgencia vital. Este hecho es debido a que estas pilas contienen hidróxido de potasio o sodio, sustancias fuertemente alcalinas, que ocasionan una rápida necrosis por liquefacción de los tejidos.

▪ **Juguetes de metal o de plástico**

Actualmente son poco frecuentes y su incidencia se ha reducido debido a las normas de seguridad aplicadas en la fabricación de juguetes para niños.

▪ **Cuerpos extraños múltiples y recurrentes**

La ingesta de múltiples cuerpos extraños es rara y representa sólo el 2,5% de los casos.

Por otro lado, la tasa de recurrencia de ingesta de cuerpos extraños es del 3,3%. Esto último ocurre principalmente en presidiarios, pacientes psiquiátricos y personas afectas de estenosis esofágica.

FISIOPATOLOGÍA

Localización de los cuerpos extraños

El esófago presenta tres estrecheces fisiológicas que predisponen el alojamiento de los cuerpos extraños: superior a nivel de la boca de Killian, tercio medio debida a la impresión de la aorta a la altura de D3-D4 e inferior en el cardias.

La localización más frecuente de los cuerpos extraños esofágicos es el tercio superior (71%), seguido por el tercio medio (16,1%) e inferior (12,9%).

Lesión esofágica

Los cuerpos extraños punzo-cortantes presentan como mecanismo de lesión la penetración directa en la pared esofágica, por lo cual si no son extraídos tempranamente pueden ser causa de erosión, perforación, absceso periesofágico, mediastinitis, fístulas vasculares y ruptura de la arteria aorta. Dentro de los cuerpos extraños punzo-cortantes, los más involucrados en la perforación esofágica son las espinas de pescado, huesos de pollo y prótesis dentales.

La mayoría de los autores publican la presencia de patología esofágica subyacente entre el 78% y 97 % de los casos de bolo de alimento impactado en adultos. Las anomalías más frecuentes son la estenosis péptica y el anillo de Schatzki (40%), lo que explica su asociación a bolos del esófago distal (Tabla II).

El reflujo gastro-esofágico asociado a hernia de hiato puede participar también induciendo alteraciones de la motilidad gastro-esofágica y facilitando la impar-tación alimentaria.

En los niños, los bolos alimentarios impactados están frecuentemente asociados a una historia de atresia y estenosis esofágica. Por lo tanto, ante la impar-tación del bolo alimentario, una vez extraído, se debe realizar un estudio para descartar una patología esofágica subyacente.

	frecuencia%
Estenosis	61%
Acalasia	13%
Hernia de hiato	12%
Anillo de Schatzki, varices, divertículos, cáncer, etc.	14%

Los cuerpos extraños romos, como las monedas, pueden causar necrosis por presión, o por reacción a cuerpo extraño, erosión de la pared y riesgo de ruptura esofágica.

Como ya se ha comentado, las pilas contienen sustancias corrosivas capaces de provocar necrosis de la mucosa. En este caso la injuria esofágica vendrá dada por tres mecanismos diferentes: acción corrosiva directa, lesión por bajo voltaje y necrosis por presión. La quemadura por bajo voltaje suele presentarse a las 4 horas de la ingestión con el consecuente riesgo de perforación, que generalmente ocurre a las 6 horas. Las baterías de mercurio tienen un riesgo agregado debido a su alta toxicidad, aunque sólo se ha publicado un caso en la bibliografía.

No hay relación entre el tamaño y la forma del objeto y el incremento en la tasa de complicaciones esofágicas. Por el contrario, sí se aprecia una notable relación entre el tiempo de evolución desde la ingesta y el número de complicaciones, que se incrementan significativamente transcurridas 24 horas. Esto se debe a los fenómenos de necrosis local por presión que pueden alcanzar el 60% a las 48-72 horas.

La incidencia total de complicaciones causadas por cuerpos extraños en el tracto digestivo superior es de un 15%-42%. Generalmente se trata de complicaciones menores como erosiones, laceraciones superficiales, edema, hematomas y complicaciones respiratorias moderadas. La incidencia de complicaciones mayores varía en un 0,5 y un 7,5% siendo la tasa de mortalidad publicada del 3,5%. Entre las complicaciones mayores la perforación esofágica es la más frecuente, mientras que la hemorragia resultante de la lesión de grandes vasos es la de mayor mortalidad

En los niños la incidencia de complicaciones por la ingesta de cuerpos extraños es menor que en adultos debido a que en ellos son comunes las monedas y los objetos romos.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICA

La mayoría de los pacientes acuden por aparición brusca de la sintomatología en las primeras 24 horas tras la ingesta del posible cuerpo extraño responsable. El síntoma clínico más frecuente es la disfagia-odinofagia, y en ocasiones afagia, seguidos por la sialorrea, el dolor cervical o torácico y la tos. La topografía del dolor en la región supraesternal, retroesternal o epigástrica no tiene ningún valor para la localización del cuerpo extraño. Por otro lado, la presencia de dolor retroesternal, enfisema cervical y síndrome febril deben establecer la sospecha de una posible perforación esofágica, lo cual debe tenerse en cuenta tras la endoscopia o la esofagoscopia. Así mismo, ciertos signos respiratorios como disnea, estridor y cianosis son indicativos de compresión de la vía respiratoria, que es más frecuente en la edad infantil.

En los niños se estima que en el 18-40% de los casos no se presencia la ingesta del cuerpo extraño, por lo que en ellos el diagnóstico sobreviene con el desarrollo súbito de los síntomas. A estas edades la clínica es más engañosa, siendo comunes el dolor retroesternal, la sialorrea con náuseas y vómitos, la irritabilidad, el rechazo de la comida, los accesos de tos y la dificultad respiratoria. Sin embargo, y a pesar de esta clínica tan variada, el 50% de los cuerpos extraños esofágicos infantiles pueden ser asintomáticos.

EXPLORACIÓN

Se deben explorar las fosas amigdalinas y la base de la lengua mediante visión y palpación en busca de un cuerpo extraño alimentario o de una herida en la mucosa. El examen orofaríngeo debe ser seguido de una exploración faringo-laríngea completa que incluya la laringoscopia. Se debe tener presente que esta última no descarta la presencia de un cuerpo extraño localizado en el esfínter esofágico superior, pero hay signos indirectos, como la retención salival en los senos piriformes, que pueden sugerir su presencia.

Si la palpación cervical pone de manifiesto un enfisema subcutáneo es obligado descartar una complicación grave como la perforación. Así mismo, la auscultación pulmonar y abdominal debe realizarse de forma sistemática.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Las placas de frente y perfil del cuello, tórax y abdomen se indican inicialmente en todos los pacientes con sospecha de un cuerpo extraño esofágico, permitiendo determinar su presencia, tipo y localización (Figura 1). Además, el examen radiológico también es útil en la detección de neumotórax o neumomediastino como signos indirectos de perforación esofágica.

El diagnóstico de un cuerpo extraño radioopaco en las placas radiológicas estándar es positivo en el 84% de los casos en los niños. Por su parte, en los adultos el diagnóstico radiológico simple es positivo en sólo el 30% de los casos y además las calcificaciones de las estructuras cartilaginosas dificultan su interpretación.

El estudio radiológico debería practicarse en los casos de sospecha de ingesta de monedas, aunque sean asintomáticos, ya que el 16,6% de los pacientes sin síntomas presentaban radiografías positivas. Se ha descrito también el uso de un detector especial de metales para identificar estos objetos metálicos, pero no puede sustituir al estudio radiológico.

Las radiografías simples tienen escasa sensibilidad cuando los cuerpos extraños son radiotransparentes (espinas de pescado, huesos de pollo, plástico, cristales), por lo que su negatividad radiológica no descarta su presencia en el tracto gastrointestinal, debiendo ampliar el estudio si el paciente se encuentra sintomático.

Algunos autores recomiendan realizar un tránsito baritado cuando se sospecha un cuerpo extraño radiotransparente, pero otros recomiendan realizar la endoscopia directamente, ya que el estudio baritado presenta riesgo de aspiración y dificulta la endoscopia posterior. Es preferible usar contraste con amidotrizoato sódico y de meglumina (Gastrografin®) en lugar de sulfato de bario ya que en caso de aspiración bronquial su efecto es menos lesivo.

La Tomografía Computarizada permite un diagnóstico rápido y fácil, presentando 100% de sensibilidad, por lo que es la técnica de elección ante un posible cuerpo extraño esofágico con clínica compatible, pero no visible en la radiografía. En estos casos, la realización de una Tomografía Computarizada, una endoscopia digestiva o incluso un tránsito esofágico depende de la disponibilidad y accesibilidad propia de esos métodos en cada centro.

La Resonancia Magnética no aporta ninguna ventaja en el diagnóstico sobre la Tomografía Computarizada y no está indicada en los protocolos actuales.

ACTITUD TERAPÉUTICA

MÉTODOS ENDOSCÓPICOS.

Son los métodos más utilizados e incluyen la endoscopia flexible y la esofagoscopia rígida.

▪ Endoscopia flexible

La endoscopia flexible es hoy en día la técnica de elección dada su efectividad y la posibilidad de realizarse bajo sedación, evitando el uso de la anestesia general y reduciendo el coste sanitario (Figura 2). El uso asociado de una funda protectora denominada “sobre-tubo” aumenta la eficacia y seguridad de esta técnica.



Figura 1. Almeja en esófago proximal



Figura 2. Endoscopio flexible

La anestesia general se reserva para la edad pediátrica y para pacientes no colaboradores o con cuerpos extraños complejos o múltiples, en los cuales la extracción podría llevar un largo período de tiempo.

El instrumental de endoscopia incluye un juego de pinzas, un asa diatérmica y un extractor con tres brazos o en “canasta”, siendo la elección del material endoscópico variable, de acuerdo al tipo y localización del cuerpo extraño.

Las ventajas de la endoscopia flexible sobre otros procedimientos son la ausencia de anestesia general, su eficacia en la extracción del cuerpo extraño, que oscila entre el 83 y el 98,9%, y la valoración y tratamiento de la patología esofágica subyacente.

Las desventajas vienen dadas por el paso a ciegas por la boca de Killian, con el riesgo de pasar por alto el cuerpo extraño y producir lesiones a ese nivel. Igualmente, con la endoscopia flexible puede ser difícil la extracción de cuerpos extraños enclavados, en los que es necesario el uso de pinzas fuertes con visión directa. Sin embargo, la tasa de complicaciones con esta técnica es baja, menor del 5%, y la incidencia de perforación esofágica durante la extracción de un cuerpo extraño es inferior al 1%.

La tasa de éxito de extracción de cuerpos extraños esofágicos con endoscopia flexible es del 96,2%, y aunque inferior al 100% de la endoscopia rígida, las complicaciones son también menores con la flexible (5%) respecto a la rígida (10%).

A continuación se revisa la indicación de los métodos endoscópicos en la extracción de los cuerpos extraños esofágicos según su naturaleza.

- Cuerpos extraños punzo-cortantes

Es un grupo muy heterogéneo que incluye los mondadientes, clavos, agujas, espinas de pescado, huesos, hojas de afeitar, alfileres de seguridad y prótesis dentales. En concreto, los palillos dentales, las espinas y los huesos son los que con más frecuencia requieren cirugía al enclavarse y ser causa de perforación esofágica. Muchos de estos objetos como las espinas de pescado y plásticos son radiolúcidos, por lo cual si existe el antecedente de la ingesta, tanto si el paciente está sintomático como si no, debería realizarse la endoscopia. Únicamente cuando un cuerpo extraño ingerido inicialmente sintomático deja de serlo súbitamente se puede prescindir de la endoscopia, porque este hecho indicaría su paso al estómago y la solución del problema.

Estos cuerpos extraños representan un importante desafío para el endoscopista, debiendo ser extremadamente cuidadoso en su extracción que debe realizarse rápidamente por el riesgo de complicaciones. Actualmente se describen tasas de éxito del 76-98,5% con la endoscopia flexible. Durante la extracción de este tipo de cuerpo extraño con la endoscopia flexible es importante el uso de sistemas de protección de la mucosa, como el sobre-tubo, para contrarrestar el alto riesgo de laceración y perforación del esófago.

-Bolo alimentario impactado.

De los distintos tipos de cuerpos extraños, el manejo de los bolos impactados es el más controvertido, debido a la profunda discordancia respecto a si debe ser extraído o empujado hacia el estómago.

El método más utilizado es la endoscopia flexible y de acuerdo con la ASGE debe emplearse el sobre-tubo que además de proteger la vía aérea, facilita múltiples pasajes del endoscopio y protege la mucosa. La ASGE recomienda que cuando sea posible el bolo sea empujado hacia el estómago con el endoscopio. Sin embargo, la desobstrucción mediante el empuje a ciegas es hasta cierto punto arriesgada, debido al desconocimiento de la patología subyacente que causa la impactación y al riesgo de perforación o ruptura del esófago. Por eso es preferible la fragmentación previa al empuje hacia el estómago, o bien la extracción en bloque mediante una cesta de Dormia. Solamente en pacientes sin historia de disfagia o con el bolo alimentario fragmentado se recomienda la técnica del empuje.

Si la localización de la obstrucción es en el esófago proximal, la frecuente asociación a sialorrea y retención de saliva justifica su remoción lo antes posible para evitar el alto riesgo de aspiración. En estos casos puede ser necesario además el uso del esofagoscopio rígido.

A menudo el tiempo que transcurre hasta la extracción junto con el uso de sedación en la endoscopia permite el paso del bolo hacia el estómago. Con respecto al tiempo es importante tener presente que el bolo no debe permanecer en el esófago más de 12 horas, pues se incrementa el riesgo de complicaciones.

Después de la extracción del bolo hay que realizar una nueva endoscopia para ver si hay patología subyacente. Si observamos una estenosis péptica podría realizarse en ese momento una dilatación, siempre que no exista edema importante o reacción a cuerpo extraño que supongan riesgo de lesión para la pared esofágica

La tasa de éxito de la endoscopia flexible en el manejo del bolo de alimento impactado se encuentra en el 92-98%.

- Monedas

El 25-30% de las monedas localizadas en el esófago de los niños pasan espontáneamente y sin complicaciones al estómago, por lo que en el tratamiento de estos pacientes se recomienda un período de observación de 8 a 16 horas, en especial en las localizadas distalmente. Sin embargo, en presencia de sialorrea, disfagia u otra sintomatología acompañante es preferible pasar directamente a la endoscopia digestiva para su extracción.

- Pilas – Baterías

Las pilas en el esófago representan una emergencia y deben ser extraídas tan rápido como sea posible. Es especialmente importante en estos casos la anestesia general con intubación, a fin de proteger la vía aérea. Actualmente se considera que el procedimiento de elección es empujar la pila hacia adentro del estómago para luego ser extraída y posteriormente realizar una nueva endoscopia de revisión para valorar el grado de daño tisular.

La extracción basada en el uso de un imán tiene una eficacia que no llega al 40% pero es un procedimiento sencillo y seguro para casos concretos.

▪ Esofagoscopia Rígida

La principal indicación de la esofagoscopia rígida es el fracaso de la endoscopia flexible, lo cual corresponde básicamente a los cuerpos extraños punzantes, enclavados en la mucosa y localizados en la boca de Killian o sus proximidades, debido a las dificultades técnicas para la visualizar y manipular con el instrumental flexible a ese nivel

El equipo de esofagoscopia rígida consta de aspirador, juego de pinzas de garra, cocodrilo y doble cuchara, así como sistemas ópticos y de iluminación proveniente de un generador de luz fría (Figura 3).



Figura 3. Instrumental para endoscopia rígida

Para su realización se requiere anestesia general, adecuando la utilización del instrumental al tipo y localización del cuerpo extraño. Los cuerpos extraños deben ser extraídos mediante control visual directo, introduciendo, si es posible, su extremo cortante en el endoscopio. En ocasiones tanto el cuerpo extraño como la pinza y el endoscopio deben ser extraídos en bloque como una unidad. Tras la extracción, se debe llevar a cabo una revisión completa del esófago, para detectar lesiones de la mucosa o un posible cuerpo extraño residual.

La gran ventaja de la técnica consiste en el seguimiento visual constante que le confiere una gran fiabilidad, con una tasa de éxito del 96-100%. Sin embargo, esta técnica tiene algunos inconvenientes como son la necesidad de anestesia general, con sus riesgos y sobrecostes. Además, la rigidez del esofagoscopio hace que la tasa de complicaciones alcance el 10%, sobre todo en forma de laceraciones mucosas y perforaciones esofágicas. Por todo ello, la esofagoscopia rígida debe ser la segunda opción en el manejo de cuerpos extraños esofágicos, debiendo recurrir a ella sólo en caso de fracasar la endoscopia flexible.

TRATAMIENTO RADIOLÓGICO Y BUJÍAS DILATADORAS

En algunos casos de cuerpos extraños romos y planos, como las monedas, puede estar indicada la técnica de Foley o las bujías dilatadoras. La técnica de Foley consiste en localizar el cuerpo extraño por radioscopia, colocar una sonda por la nariz o boca y, una vez debajo de la moneda, hinchar el balón con contraste hidrosoluble retirando la sonda y el cuerpo extraño bajo control fluoroscópico. Las indicaciones concretas de la técnica de Foley son: ingesta de un cuerpo extraño único con un tiempo de evolución menor a 24 horas, niño sin antecedentes de anomalías esofágicas, ausencia de signos respiratorios y de antecedentes previos de cuerpos extraños

Su principal ventaja consiste en evitar la anestesia e incluso la premedicación con una eficacia del 91-98%. Sin embargo, hay menor control del cuerpo extraño durante la extracción, por lo que tiene mayor riesgo de compromiso de la vía aérea. Así mismo, con este método no hay visualización del esófago y existe riesgo de pasar por alto un cuerpo extraño residual, lesiones de la mucosa y/o patología esofágica subyacente. Por lo tanto es una técnica sólo recomendada cuando la endoscopia no se encuentra disponible.

Por otro lado, la técnica de las bujías dilatadoras tiene como fin empujar el cuerpo extraño dentro del estómago para que luego siga el tránsito espontáneo. Se utilizan bujías de distinto calibre según la edad del paciente. Esta técnica se realiza sin anestesia, pero al ser a ciegas tiene mínimas indicaciones.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La disrupción enzimática con papaína se desaconseja dado que se han publicado muertes con su uso debidas a complicaciones hemorrágicas o edema de pulmón.

El uso de glucagón por vía endovenosa produce un efecto inhibitorio sobre los esfínteres esofágicos y sobre los espasmos esofágicos a nivel del cuerpo extraño, lo cual puede permitir el tránsito espontáneo de un bolo alimentario hacia el estómago. Este método está contraindicado en casos de cuerpo extraño punzante o cortante, de más de 24 horas de evolución, localizado en el tercio superior del esófago o en pacientes con patología esofágica como estenosis, neoplasia, divertículo o hipertrofia del músculo cricofaríngeo. Sin embargo, en pacientes con un bolo alimentario localizado en el tercio medio o inferior del esófago, sin antecedentes de patología esofágica, puede ser un tratamiento eficaz y evitar maniobras endoscópicas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Se indica en los casos de fracaso de la extracción endoscópica, sobre todo en las prótesis dentales, espinas de pescado, huesos de pollo y cuerpos extraños de larga evolución.

La cirugía externa también se indica en la perforación esofágica, que ocurre en menos del 1% de los casos de los cuerpos extraños esofágicos, provocada más frecuentemente por el propio cuerpo extraño que por las maniobras de extracción.

Adjuntamos unos algoritmos diagnóstico-terapéuticos básicos para el manejo de niños y adultos con sospecha de ingesta de cuerpo extraño esofágico (Figuras 4 y 5).

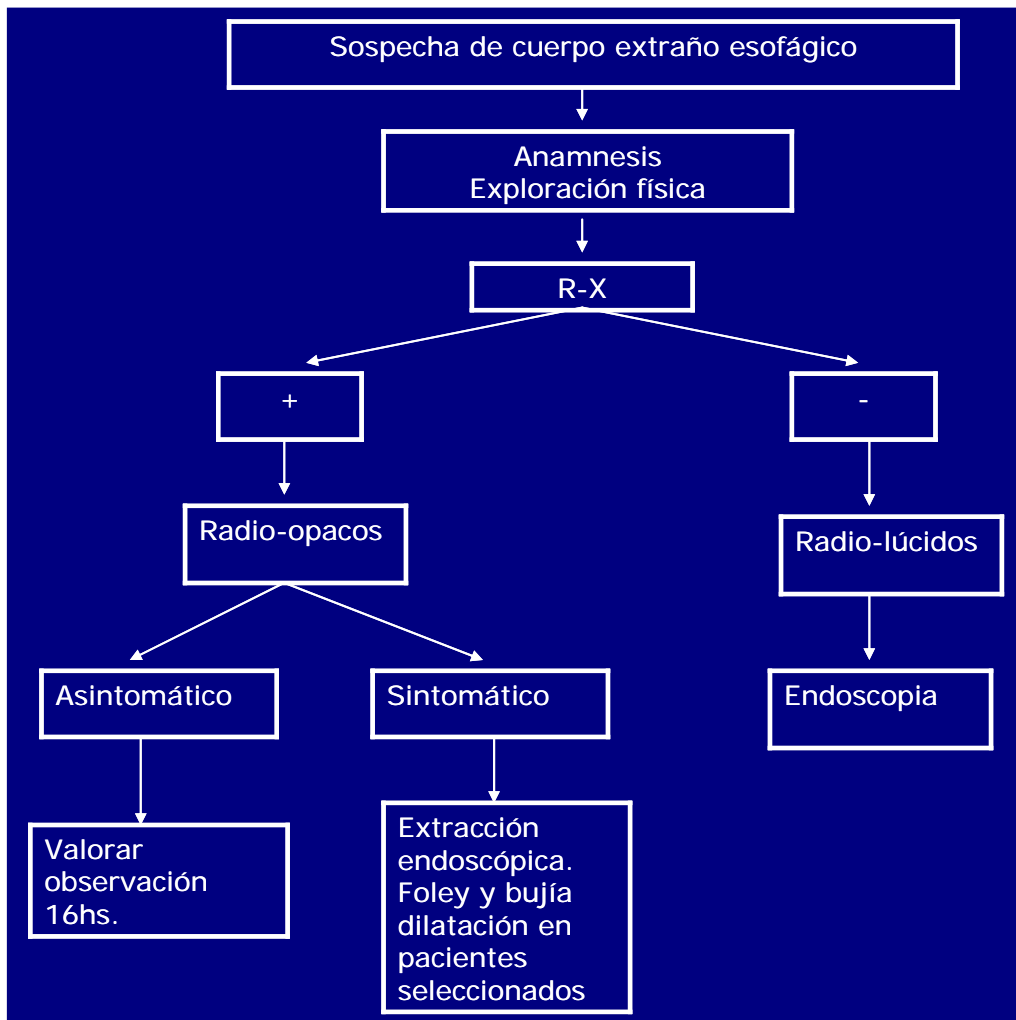


Figura 4. Algoritmo diagnóstico – terapéutico. Niños

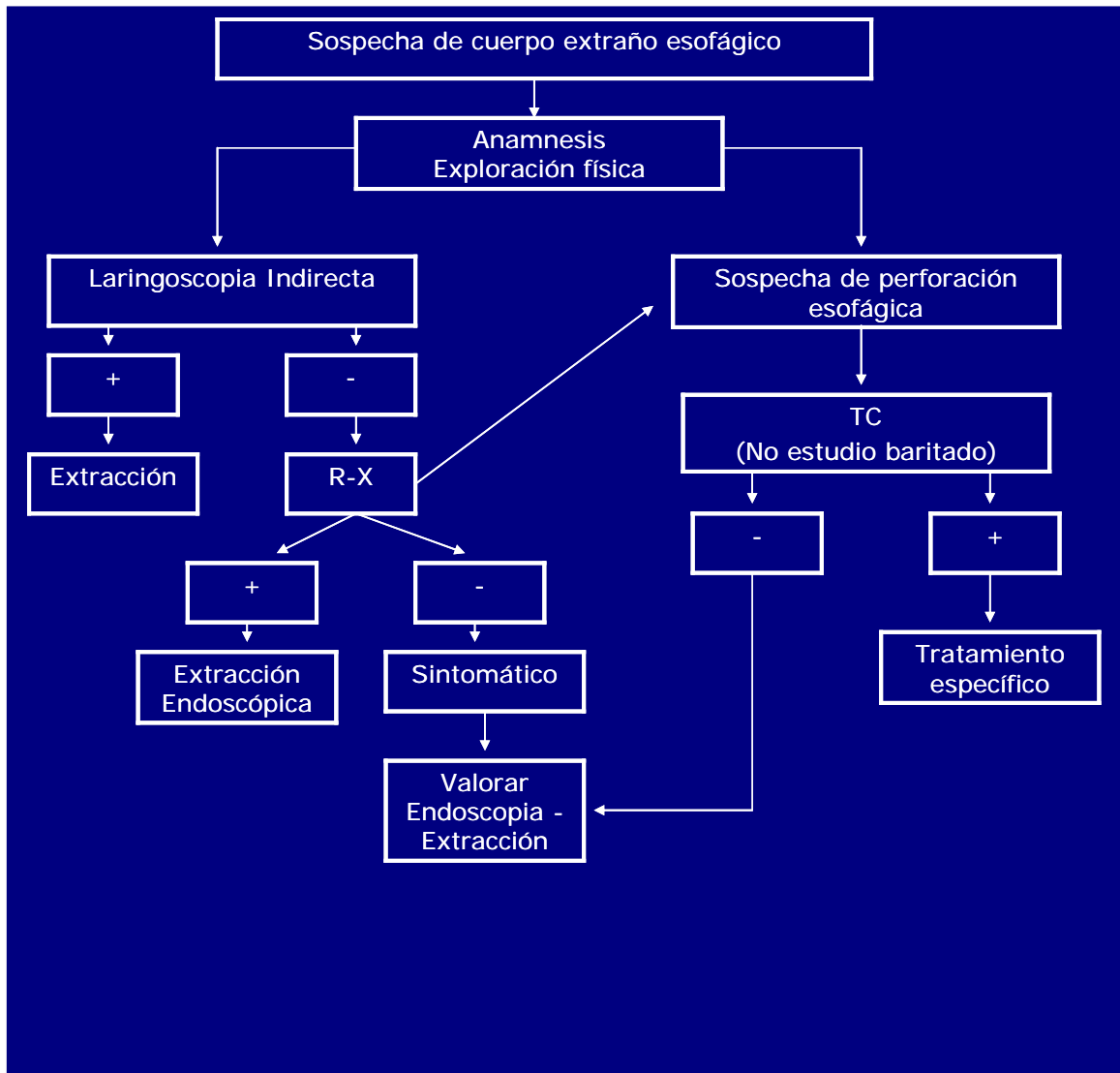


Figura 5. Algoritmo diagnóstico – terapéutico Adultos.

CONCLUSIONES

Los cuerpos extraños esofágicos son una patología relativamente frecuente en los servicios de urgencias. El diagnóstico precoz y su control inmediato son indispensables para garantizar un tratamiento apropiado.

En nuestro medio los cuerpos extraños esofágicos más frecuentes en adultos son los bolos alimentarios, en los que debe descartarse patología esofágica subyacente. En los niños son más habituales las monedas y las pilas planas, que por sus constituyentes químicos pueden ser causa de graves complicaciones.

Si la radiología simple no confirma el diagnóstico, la endoscopia, tomografía computarizada y más raramente el tránsito esofágico permiten completar el estudio.

El tratamiento de elección es generalmente la endoscopia flexible, aunque en algunos casos específicos puede ser preferible la esofagoscopia rígida. Otros tratamientos como la extracción con control radioscópico, las bujías dilatadoras o el uso de glucagón son de uso excepcional. La cirugía abierta se limita para fracasos endoscópicos o las complicaciones.

PALABRAS CLAVES

Disfagia, Cuerpo extraño, Endoscopia flexible, Esofagoscopia rígida, Bolo alimentario

REFERENCIAS

1. Arana A, Hauser B, Hachimi-Idrissi S, Vandenplas Y. Management of ingested foreign bodies in childhood and review of the literature. *Eur J Pediatr*. 2001;160:468-72.
2. Barros (de) A, Dehesdin D. Cuerpos extraños en el esófago. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Oto-rhino-laryngologie*. Paris: Elsevier; 2000. p. 835-839.
3. Connors GP. Management of asymptomatic coin ingestion. *Pediatrics*. 2005;116:752-3.
4. González Compta X, Menén Navarro J, Foglia Fernández M, Bravo Domínguez O, Sandoval Puig M, Dicenta Sousa M. La calcificación cricoidea en el estudio de los cuerpos extraños esofágicos. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 1998;49:416-7.
5. Katsinelos P, Kountouras J, Paroutoglou G, Zavos C, Mimidis K, Chatzimavroudis G. Endoscopic techniques and management of foreign body ingestion and food bolus impaction in the upper gastrointestinal tract: a retrospective analysis of 139 cases. *J. Clin Gastroenterol*. 2006;40:784-9.
6. Li ZS, Sun ZX, Zou DW, Xu GM, Wu RP, Liao Z. Endoscopic management of foreign bodies in the upper-GI tract: experience with 1088 cases in China. *Gastrointest Endosc*. 2006;64:485-92.
7. Longstreth G, Longstreth K, Yao J. Esophageal food impaction: epidemiology and therapy. A retrospective, observational study. *Gastrointest Endosc* 2001;53:193-8.
8. Marco De Lucas E, Sadaba P, Lastra Garcia-Baron P, Ruiz-Delgado ML, Gonzalez Sanchez F, et al. Value of helical computed tomography in the management of upper esophageal foreign bodies. *Acta Radiol*. 2004;45:369-74.
9. Mosca S, Manes G, Martino R, Amitrano L, Bottino V, Bove A, et al. Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract: report on a series of 414 adult patients. *Endoscopy* 2001;33:692-6.
10. Persaud R, Sudhakaran N, Ong C, Bowdler D, Dykes E. Extraluminal migration of a coin in the oesophagus of a child misdiagnosed as asthma. *Emerg Med J*. 2001;18:312-3.
11. Pino Rivero V, Trinidad Ruiz G, Marcos García M, Pardo Romero G, González Palomino A, Blanco Huelva A. Esofagoscopia en adultos. Nuestra experiencia y revisión de la literatura. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2003;54:642-645.
12. Shivakumar AM, Naik AS, Prashanth KB, Yogesh BS, Hongal GF. Foreign body in upper digestive tract. *Indian J Pediatr*. 2004;71:689-93.
13. Uyemura MC. Foreign body ingestion in children. *Am Fam Physician*. 2005;72:287-91.
14. Vicari J, Johanson J, Frakes J. Outcomes of acute esophageal food impaction: success of the push technique. *Gastrointest Endosc*. 2001;53:178-81.
15. Webb WA. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: update. *Gastrointest Endosc*. 1995;41:39-51.