



Cuerpos extraños esofágicos

N. Saroul, A. Dissard, L. Gilain

Los cuerpos extraños esofágicos es una situación particularmente frecuente en la práctica clínica. Afecta tanto a la población pediátrica (la mayoría de los cuerpos extraños ingeridos se observan entre los 6 meses y los 6 años) como a la población adulta. La localización de enclavamiento esofágico es el principal lugar de impactación de los cuerpos extraños ingeridos. La mayoría de ellos pasan de forma espontánea. En la mayoría de los casos, la anamnesis permite establecer el diagnóstico de cuerpo extraño esofágico. Las situaciones difíciles corresponden a aquellas en las que dicha anamnesis es imposible (niños, adultos con deficiencia mental, etc.). No obstante, la clínica, completada en mayor o menor medida con pruebas de imagen, permite establecer el diagnóstico en la mayoría de los casos. La urgencia terapéutica depende esencialmente de la tolerancia del paciente al cuerpo extraño y de las características de éste (pila de botón, cuerpos extraños cortantes, etc.). Las modalidades terapéuticas son múltiples (abstención, tratamiento farmacológico, fibroendoscopia o endoscopia rígida) y dependen de las competencias de manejo de cada centro, así como de las características del cuerpo extraño. Tanto la presencia como la extracción del cuerpo extraño son una fuente de complicaciones que deben conocerse para proporcionar un tratamiento óptimo.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Cuerpos extraños esofágicos; Endoscopia esofágica; Fibroendoscopia esofágica; Pila de botón; Moneda; Bezoar; Perforación esofágica; Mediastinitis

Plan

| | |
|---|---|
| ■ Introducción | 1 |
| ■ Epidemiología | 1 |
| Generalidades | 1 |
| Reseña anatómica del esófago y consecuencias fisiopatológicas | 2 |
| Edad, características del objeto y localización del enclavamiento | 2 |
| ■ Diagnóstico | 3 |
| Presentación clínica | 3 |
| Exploración física | 3 |
| Pruebas complementarias | 3 |
| ■ Actitud terapéutica | 4 |
| Urgencia: tratamiento respiratorio | 4 |
| Plazo de actuación | 5 |
| Diferentes técnicas de tratamiento de los cuerpos extraños esofágicos | 5 |
| Tratamiento dependiendo del tipo del cuerpo extraño | 7 |
| ■ Medidas postoperatorias y vigilancia | 7 |
| ■ Complicaciones | 7 |
| Complicaciones leves | 7 |
| Complicaciones graves | 7 |
| ■ Conclusión | 9 |

■ Introducción

La ingestión de cuerpos extraños esofágicos y la impactación esofágica de alimentos son urgencias frecuentes en otorrinolaringología (ORL). La gran mayoría de estos cuerpos extraños progresan de forma espontánea a través de todo el tubo digestivo y no requieren una intervención de extracción. Por el contrario, el bloqueo esofágico de estos cuerpos extraños puede causar complicaciones graves que necesitan un tratamiento urgente. El objetivo de este artículo es presentar el diagnóstico y el tratamiento de los cuerpos extraños esofágicos, describiendo las técnicas de extracción consistentes sobre todo en la endoscopia rígida y la fibroendoscopia.

■ Epidemiología

Generalidades

Los cuerpos extraños esofágicos suponen el 30-70% de todos los cuerpos extraños ingeridos. Se trata de los cuerpos extraños más frecuentes^[1].

En la mayoría de los casos, los cuerpos extraños ingeridos se eliminan por las vías naturales sin intervención exterior (más del 80% en las series históricas). La

necesidad de extracción endoscópica se estima en el 20% de los casos y la necesidad de una cirugía externa es excepcional [2,3]. Sin embargo, dos series más recientes han demostrado que, durante el seguimiento de la ingestión voluntaria de cuerpos extraños, el uso de la endoscopia era mucho más frecuente, con una necesidad de actuación en el 63-76% de los casos [4,5].

Reseña anatómica del esófago y consecuencias fisiopatológicas [6]

El esófago es un conducto musculomembranoso longitudinal, de 25 cm de longitud en promedio, que comienza a nivel de la hipofaringe y se extiende hasta el cardias gástrico. Discurre por la parte inferior del cuello (espacio visceral del cuello) y, después, por el mediastino posterior del tórax, atraviesa el diafragma y termina en la cavidad abdominal, en el cardias gástrico.

Se relaciona en todo su trayecto con la cara anterior de la columna vertebral cervicotorácica y, en sus segmentos toracoabdominales, con la aorta.

Se distinguen tres segmentos: el esófago cervical, el esófago torácico y el esófago abdominal.

El esófago cervical (5-6 cm de longitud) comienza en el borde inferior del cartílago cricoides (sexta vértebra cervical) y se extiende hasta el borde superior de la escotadura yugular del esternón (segunda vértebra torácica). El esófago torácico (16-18 cm) comienza a nivel de la segunda vértebra torácica y termina en el hiato esofágico del diafragma (décima vértebra torácica). Por último, el esófago abdominal, que es el segmento más corto (3 cm), termina en el cardias, que es un orificio esofagogástrico circular.

Se trata de un conducto aplanado, constituido por varias capas concéntricas (de la luz a la periferia: la mucosa, la zona submucosa intermedia laxa y celular, y la zona externa muscular gruesa, que está recubierta por una túnica conjuntivoelástica fina).

Cuando el esófago está vacío, presenta ciertas zonas de estrechamiento de su luz que explican las localizaciones preferentes de enclavamiento de los cuerpos extraños:

- un estrechamiento superior cricoideo, correspondiente a la boca esofágica de Killian, en el borde inferior del cartílago cricoides;
- un estrechamiento intermedio doble: el estrechamiento aórtico correspondiente a la impronta del cayado aórtico e, inmediatamente por debajo, el estrechamiento relacionado con el bronquio principal izquierdo;
- un estrechamiento inferior diafragmático que se sitúa en el paso del hiato esofágico del diafragma.

Edad, características del objeto y localización del enclavamiento

La localización del enclavamiento de los cuerpos extraños depende de la edad, del tipo de cuerpo extraño, del intervalo transcurrido desde la ingestión y de la presencia en el paciente de condiciones favorecedoras (estenosis previa, etc.) [7-10].

Las propias características del cuerpo extraño determinan en parte la localización del enclavamiento. Por ejemplo, los cuerpos extraños grandes y rígidos tienden a enclavarse en la boca esofágica y el tercio superior del esófago, las espinas de pescado y los huesos de animales finos y cortantes se enclavan a menudo a nivel hipofaríngeo (seno piriforme), y las monedas e impactaciones alimentarias pueden encontrarse tanto en el tercio proximal como en el tercio distal del esófago.

Las características de los cuerpos extraños difieren en los niños y en los adultos.

En la población pediátrica, los episodios de ingestión de cuerpos extraños comienzan a partir de la edad de adquisi-

ción de la prensión, de la autonomía motora y de la capacidad de llevarse objetos a la boca [11]. En la mayoría de los casos, el episodio se produce durante el juego y los progenitores suelen estar presentes durante la ingestión del objeto. También se han descrito varios casos en lactantes en quienes la absorción del cuerpo extraño se debió a una tercera persona. Conviene recordar que existen normas de seguridad para los juguetes destinados a los niños menores de 36 meses. Los juguetes deben cumplir las siguientes normas: «Los juguetes y sus piezas deben tener unas dimensiones que no supongan riesgos de asfixia por bloqueo del paso de aire debido a una obstrucción interna de las vías respiratorias por objetos atascados en la boca o la faringe o en la entrada de las vías respiratorias inferiores». «Los juguetes que estén manifiestamente destinados a niños menores de 36 meses, así como sus elementos y sus piezas desmontables deben tener unas dimensiones suficientes para impedir su ingestión o su inhalación» [12].

En la población pediátrica, la mayoría de las ingestiones de cuerpos extraños se produce entre los 6 meses y los 6 años, con un pico de frecuencia entre los 2 y los 4 años (promedio: 2,6 años) [13,14]. La localización del bloqueo suele situarse a nivel del músculo cricofaríngeo (boca esofágica), que es el estrechamiento esofágico de menores dimensiones. En series extensas recientes, se observa un 78% de cuerpos extraños a nivel del tercio proximal del esófago, un 10% en el tercio intermedio, un 11% en el tercio distal y un 1% en el estómago [11]. Los cuerpos extraños en los niños son metálicos en la mayoría de los casos (más del 80%), entre los que predominan las monedas (30-80%) [12,15-17]. También se pueden encontrar imperdibles, agujas y pequeñas piezas de juguetes. Hay que prestar una atención especial a las pilas de botón que suelen estar presentes en los aparatos electrónicos y cuyas complicaciones pueden ser graves. Los cuerpos extraños de origen alimentario son menos frecuentes en los niños que en los adultos (3-10%) [15,16]. Pocas veces se encuentra una patología esofágica subyacente (6-13%) [15,18], pero la impactación alimentaria en los niños obliga a realizar una biopsia esofágica en busca de una enfermedad concurrente asociada.

En los adultos, los cuerpos extraños son de origen alimentario en la mayoría de los casos (50-75% de las ocasiones) [19]. Muestran una tendencia a enclavarse en la parte distal del esófago, en particular en las impactaciones alimentarias. En la mayoría de los casos, son secundarios a una ingestión accidental durante las comidas. El 50% de los cuerpos extraños son alimentarios (espina, hueso, conglomerados alimentarios), un 20% son alfileres, un 10% corresponde a materiales de origen dental (prótesis, en particular en ancianos) y un 5% son palillos para aceitunas [20]. No es infrecuente observar una ingestión voluntaria de cuerpos extraños en presidiarios y en pacientes con trastornos psiquiátricos con un fin de obtener un beneficio secundario. Además, algunos tipos de cuerpos extraños, como los fragmentos de cristal y las cuchillas de afeitar, se ingieren en los intentos autolíticos. Hay que citar también el caso particular de la ingestión de bolas de droga en el marco del narcotráfico.

Además, existen factores que predisponen al enclavamiento de los cuerpos extraños en los adultos [21,22]. Estos factores favorecedores son de dos tipos: algunas obstrucciones alimentarias se deben a una causa local de impactación o a un trastorno de la motilidad esofágica. Entre las causas locales, hay etiologías benignas, como las estenosis de origen péptico o posquirúrgico, el anillo de Schatzki, la esofagitis eosinófila, así como causas malignas, como las neoplasias esofágicas o una compresión extrínseca e incluso una invasión por un tumor mediastínico. Entre las enfermedades que causan trastornos de la motilidad esofágica, pueden citarse: la acalasia esofágica, la enfermedad de Chagas, la esclerodermia, algunas enfermedades neurológicas, como la enfermedad de Parkinson, el esófago en cascanueces, etcétera [21].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4053034>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4053034>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)