

# CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO

G.J. Santamaría-Rodríguez, E. Lorente-Reyes, C. Aragón-Gutiérrez, A. Gil-Rodríguez, J.M. Pérez-Moreno

Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

## Resumen

Varón de 54 años, amigdalectomizado en la infancia con historia de tabaquismo (20 cig/día) y bebedor esporádico. No toma fármacos habitualmente. Acude al área de urgencias por cuadro de dolor centrotorácico de aparición progresiva y sensación de cuerpo extraño, con accesos de tos seca e irritativa. El dolor se agudiza tras la deglución de alimentos sólidos, y en las últimas horas, incluso a líquidos. Tras anamnesis dirigida, el paciente refería la ingesta de "arroz en paella con almejas", sin recordar nada extraño durante su ingesta, así como tampoco en las 72 horas previas al ingreso. La exploración física y la valoración por Especialista en ORL, no revelaron datos de interés, y no se objetivaron, enfisema subcutáneo cervical ni supraclavicular, ni signos de crepitación en dicha área. Exploraciones complementarias: En analítica leve leucocitosis izqda, ECG normal, y R-X Tórax, aunque de escasa calidad técnica, normal, sin objetivar opacificaciones en mediastino.

Finalmente tras Endoscopia oral urgente, se fragmentaron los trozos y se extrajeron, sin complicaciones inmediatas o precoces, siendo dado de alta en 72 horas.

**Palabras clave:** impactación; neumomediastino; hemorragia fístula vascular.

## Caso clínico

Varón de 54 años, amigdalectomizado en la infancia con historia de tabaquismo (20 cig/día) y bebedor esporádico. No toma fármacos habitualmente. Acude al área de urgencias por cuadro de dolor centrotorácico de aparición progresiva y sensación de cuerpo extraño, con accesos de tos seca e irritativa. El dolor se agudiza tras la deglución de alimentos sólidos, y en las últimas horas, incluso a líquidos. Tras anamnesis dirigida, el paciente refería la ingesta de "arroz en paella con almejas", sin recordar nada extraño durante su ingesta, así como tampoco en las 72 horas previas al ingreso. La exploración física y la valoración por Especialista en ORL, no revelaron datos de interés, y no se objetivaron, enfisema subcutáneo cervical

### CORRESPONDENCIA

Germán José Santamaría-Rodríguez  
Paseo marítimo. N° 30, 7°A  
Cádiz 11011  
Teléfono fijo: 956178071

germansrv@gmail.com

ni supraclavicular, ni signos de crepitación en dicha área. Exploraciones complementarias: En analítica leve leucocitosis izqda, ECG normal, y R-X Tórax, aunque de escasa calidad técnica, normal, sin objetivar opacificaciones en mediastino.

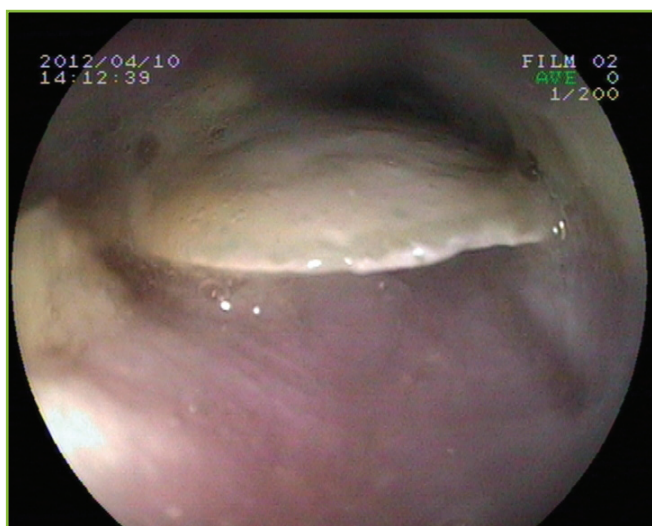
Se decidió practicar Endoscopia Oral urgente, previa obtención del Consentimiento informado, evidenciándose en la transición tercio superior y medio esofágico, un cuerpo extraño impactado (valva de molusco), que producía una amplia área de ulceración en los puntos de apoyo de la misma sobre la mucosa esofágica (**Figuras 1-5**).

Tras intento de lazar -con asa de alambre- por un extremo de forma infructuosa, se procedió a la fragmentación con pinza en varios trozos y, a su posterior extracción. La visión de la luz esofágica mostraba amplias ulceraciones lineales en las áreas de decúbito, sin interesar



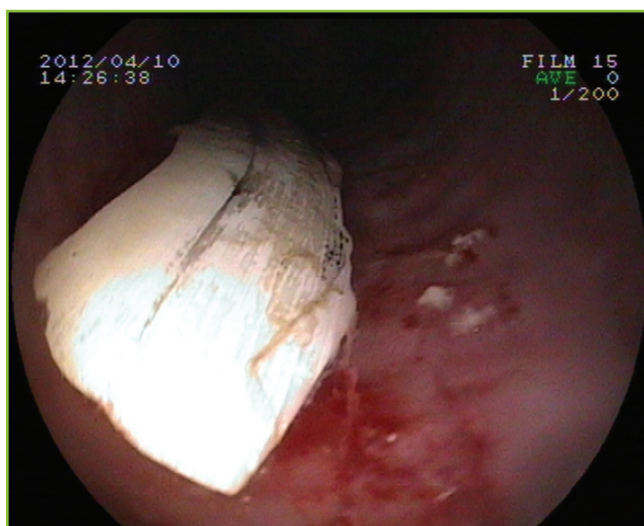
**Figura 3**

Fragmento de valva una vez desimpactado y extraído.



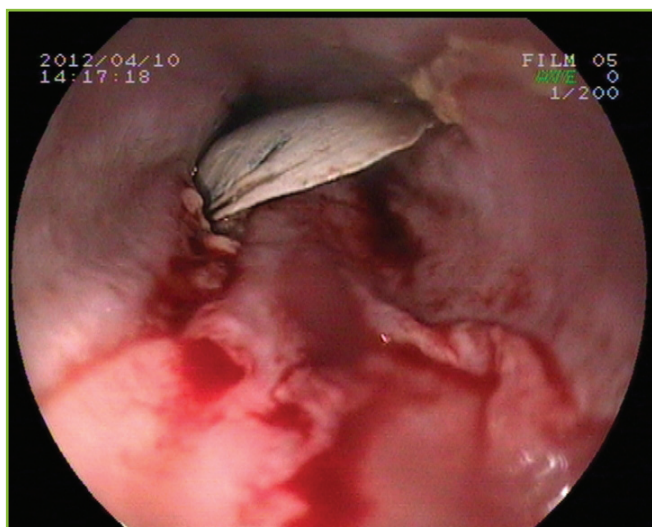
**Figura 1**

Valva de molusco impactada .



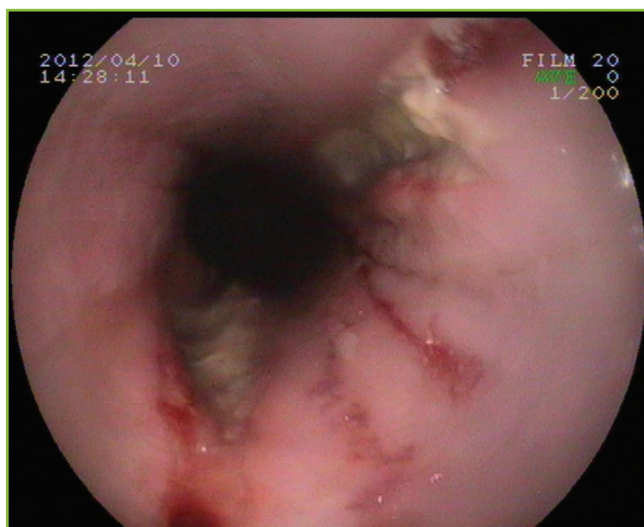
**Figura 4**

Visión parcial de la valva una vez fragmentado.



**Figura 2**

Valva impactada con ulceraciones por decubito y sangrado babeante activo.



**Figura 5**

Ulceraciones lineales por decúbito tras desimpactación.

macroscópicamente a la submucosa. El paciente quedó ingresado con dieta absoluta (48 horas), sueroterapia, antiseoretos y antibioterapia endovenosas. La evolución fue muy favorable, y tras controles seriados radiológicos normales (que descartaron neumomediastino, u otros signos indirectos de perforación), reinició dieta blanda sin problemas, siendo alta clínica a las 72 horas del ingreso.

## Discusión

La relevancia del caso radica en la escasa correlación clínico-endoscópica, con una secuencia temporal atípica tras la ingesta del cuerpo extraño. El paciente estuvo hasta 72 horas deglutiendo con normalidad, tanto sólidos como líquidos, hasta la aparición de sintomatología en las horas previas a la atención médica. Ello da idea de la capacidad de distensibilidad y acomodación de la luz esofágica y de la susceptibilidad individual a la aparición del dolor una vez producidas las ulceraciones por decúbito.

La incidencia de cuerpos extraños gastrointestinales es más frecuente en niños (1:1) hombres:mujeres), siendo en edad adulta mucho más frecuente en varones. En esta circunstancia suele tratarse de pacientes desdentados, psiquiátricos o institucionalizados en prisiones<sup>1</sup>. En el 95 % de los casos estos cuerpos extraños serán expulsados espontáneamente, y sólo un 1 % requerirán intervención quirúrgica para su extracción.

Las estenosis anatómicas esofágicas (boca de Killian, muesca del bronquio principal izquierdo y cardias) son los puntos donde habitualmente se detienen. La presencia de un cuerpo extraño en el esófago puede dar lugar a graves complicaciones, siendo las más importantes, la Hemorragia por fístula vascular -siendo el vaso que con más frecuencia se afecta la aorta torácica- que puede ocasionar una hemorragia exanguinante, la perforación esofágica que puede complicarse con una grave mediastinitis, la broncoaspiración y el neumomediastino<sup>2</sup>. Estas potenciales complicaciones, obligan a proceder a la endoscopia urgente y a intentar en lo posible la extracción o desimpactación urgente, habida cuenta que el riesgo de que se presenten, está en relación directa con la demora en la extracción<sup>3,5</sup>. Aunque no es la opción más deseable en el caso de objetos punzantes, en nuestro caso no podía progresarse a la cámara gástrica por la impactación, y pone de manifiesto, que es posible la extracción completa del cuerpo extraño sin daño, una vez fragmentados los trozos cuidadosamente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Rodríguez M R, Flores Cortés M, Méndez C, Valera Sánchez Z, López Bernal F, Pareja Ciuro F. Rev Esp Enferm Dig. 2009; 101: 881-889.
2. Rodríguez Ramos C y Martín Herrera L. Gastroenterología Endoscopia diagnóstica y terapéutica .L. Abreu. Ed Panamericana 2º Edición. Extracción de cuerpos extraños. Cap 14: 141-146
3. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Guideline for the management of ingested foreign bodies. Gastrointest Endosc 1995; 42: 622-625.
4. Llopart A, Reyes J, Ginard D, Barranco L, Riera J, Gayà J, et al. Abordaje endoscópico de los cuerpos extraños esofágicos. Resultados de una serie retrospectiva de 501 casos. Gastroenterol Hepatol 2002; 25: 448-451.
5. Bosque López, MJ, Llopart Rigo A, De Miguel Sebastián, P. Cuerpo extraño en esófago. Rev Esp Enferm Dig 2010; 102: 51-52