

# COMPLICACIÓN Y MANEJO DE CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO DE 48H DE EVOLUCIÓN

C. Duarte-Chang, P. Cordero-Ruiz, F. Arguelles-Arias, F. Pellicer-Bautista, A. Caunedo-Álvarez, J.M. Herreras-Gutiérrez

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

## Resumen

La impactación de cuerpo extraño esofágico de tipo alimenticio se observa de forma frecuente en la práctica clínica habitual, con una incidencia de complicaciones que varían desde erosiones de la mucosa superficial hasta ulceraciones con un riesgo vital significativo.

Presentamos el caso de un varón de 52 años, con antecedentes de estenosis péptica, que acude a urgencias por cuerpo extraño esofágico impactado de más de 48h de evolución junto a una laceración esofágica secundaria.

Al paciente se le realizó una esofagogastroscoopia de urgencia, donde se observó un bolo cárnico situado en el tercio medio esofágico, junto con restos hemáticos y una ruptura intramural o laceración de la mucosa esofágica de unos 5cms de longitud, situada a este nivel. Mediante el uso de asa de polipectomía, se extrajo el bolo cárnico en su totalidad, sin incidencias inmediatas y sin precisar tratamiento quirúrgico durante su estancia intrahospitalaria.

El paciente evolucionó favorablemente mediante manejo conservador. De tal forma, que ante la ausencia de signos de

perforación u algún otro signo de complicación, este manejo sería el recomendable.

**Palabras clave:** cuerpo extraño esofágico, disfagia, laceración esofágica.

## Abstract

Esophageal foreign body food impactions are common in clinical practice. Consequences of such ingestions vary widely from superficial mucosal erosions to ulcerations with significant life-threatening.

We report the case of a 52-year-old-man with impacted esophageal foreign body resulting in esophageal laceration.

He underwent an upper endoscopy, where there was a meat bolus located in the middle third esophagus, along with traces of blood and a large 5cm intramural rupture or laceration of the esophageal mucosa located at this level. He did not require surgery during his hospital stay.

The patient improved with conservative management. Therefore, in the absence of perforation, and without any other complication, conservative management of esophageal laceration might be recommended.

**Keywords:** esophageal foreign body, dysphagia, esophageal laceration.

### CORRESPONDENCIA

Calixto Duarte Chang  
Hospital Universitario Virgen Macarena  
Avenida Doctor Fedriani s/n. Sevilla. España.  
Teléfono fijo: +34 955008801  
calixtoduarte@gmail.com

**Caso clínico**

Varón de 54 años que acude al servicio de urgencias por cuadro de 48h de evolución caracterizado por sensación de cuerpo extraño en tercio medio esofágico y disfagia a sólidos. En ningún momento presentó sialorrea, dolor retroesternal ni fiebre, sin embargo, en las últimas horas previo a su ingreso, presentó dos episodios de hematemesis, sin repercusión hemodinámica.

Analíticamente, no presentó un descenso de las cifras de hemoglobina y hematocrito. La radiografía de tórax no evidenció signos de neumomediastino.

Se le realizó una esofagogastroscoopia donde se logró observar, a unos 35cms de arcada dentaria, impactación de bolo alimenticio, cárnico, que ocupaba en su totalidad la luz esofágica junto con una laceración de la mucosa adyacente, de unos 6-8mm de ancho por unos 50mm de longitud, sin sangrado activo (Figura 1).

Se procedió a la extracción en bloque del bolo cárnico en su totalidad mediante el uso de asa de polipectomía de 27mm de diámetro sin incidencias inmediatas, logrando observar una estenosis de aspecto péptico en el tercio distal del esófago, que permitía el paso del endoscopio sin dificultad.

El paciente fue ingresado durante 72 horas en el hospital, debido a la presencia de una laceración mucosa de gran tamaño y a la clínica de hematemesis autolimitada. Durante su estancia intrahospitalaria, no volvió a presentar episodios de hematemesis, melenas, ni inestabilidad hemodinámica. Su evolución fue favorable sin nuevos episodios de disfagia durante el ingreso.

Una vez transcurrido unas dos semanas, se le realizó nuevamente una endoscopia digestiva alta, donde se observó una cicatrización mucosa evidente (Figura 2) y una estenosis péptica no estenosante en tercio distal.

Actualmente, el paciente se encuentra en seguimiento en consulta externa de Digestivo, con una evolución favorable, en ausencia de sintomatología, por lo que no se plantea, en este



**Figura 1**  
Se observa a nivel de tercio medio esofágico, un cuerpo extraño, de aspecto cárnico, situado junto a una dislaceración de la mucosa que abarca desde los 35 cm de la arcada dentaria hasta los 30 cm, sin signos de sangrado activo ni de perforación.



**Figura 2**  
Se observa a unos 35 cm de la arcada dentaria una ulceración plana y lineal cubierta de fibrina sin restos de sangrado reciente.

momento, la posibilidad de dilatación esofágica o colocación de prótesis.

**Discusión**

Los cuerpos extraños esofágicos son relativamente frecuentes. En los adultos, la impactación de cuerpo extraño de tipo no alimenticio es más frecuente en aquellos con trastornos psiquiátricos, intoxicación etílica y en presidiarios<sup>1</sup>. Por otro lado, en los portadores de prótesis dentales, existe un mayor riesgo de tener una impactación de bolo alimenticio esofágico e incluso existen casos en los que han ingerido su propia prótesis<sup>2</sup>.

El bolo alimenticio es el cuerpo extraño esofágico que con mayor frecuencia aparece en el adulto y en muchas ocasiones está relacionado con una patología esofágica de base que limita su paso a través de su luz (estenosis péptica, neoplasia esofágica, esofagitis eosinofílica, achalasia, etc), por tanto se recomienda su extracción precoz, en menos de 12 horas, con el fin de evitar posibles complicaciones, entre ellas, la perforación esofágica cuya tasa de mortalidad es de aproximadamente 21%<sup>3</sup>, y la laceración esofágica o también conocida como ruptura intramural esofágica.

La ruptura intramural esofágica consiste en una solución de continuidad más profunda que la observada en el síndrome de Mallory-Weiss, no obstante sin alcanzar la capa muscular. Se puede producir por cuadros de tos, vómitos o un aumento rápido de la presión intraabdominal, sin embargo se ha visto en asociación con alteraciones de la coagulación, escleroterapia de varices esofágicas e impactación de cuerpo extraño<sup>4</sup>.

El diagnóstico se basa en la historia clínica y el examen físico. Usualmente, el paciente refiere molestias retroesternales tras la ingesta, sin embargo la presentación clínica es variable ya que abarca desde náuseas, dolor torácico, disfagia a sólidos y líquidos, sialorrea, hematemesis hasta edema del cuello junto con crepitantes (en caso de enfisema subcutáneo secundario a una perforación esofágica).

El abordaje inicial consiste en la valoración de una vía aérea permeable. El manejo va a depender del tipo de cuerpo extraño (bolo alimenticio, pilas, agujas, etc.), de las complicaciones locales, de la patología esofágica de base, del estado general de salud del paciente y del tiempo de evolución. Según la literatura entre el 10 y 20 % de los cuerpos extraños se manejan endoscópicamente y el 1% aproximadamente necesitará tratamiento quirúrgico<sup>5</sup>.

Entre el 80-90% de los bolos alimenticios impactados se resolverán espontáneamente sin dejar secuelas clínicas<sup>6</sup>. En aquellos casos que requieran la extracción endoscópica se puede realizar con la ayuda de distintos dispositivos endoscópicos (asa de polipectomía, cesta de Roth, pinzas de ratón, tridente, etc.) ya sea en bloque o en partes, o en algunos casos en que la obstrucción sea parcial o se pueda descartar una estenosis en dicha zona, el bolo alimenticio puede ser empujado, de forma cuidadosa a cavidad gástrica, para evitar una posible perforación. En aquellos pacientes que se resuelve la impactación espontáneamente se puede posponer la endoscopia para descartar patología orgánica de base.

Se ha descrito que la probabilidad del paso de un cuerpo extraño a través del tracto gastrointestinal aumenta con el tiempo<sup>7</sup>, pero sabemos, que una demora mayor de 48h entre la ingesta del cuerpo extraño y la intervención ha demostrado ser un factor de riesgo para la aparición de complicaciones, tales como la perforación. De igual forma, existen otros factores de riesgo de complicaciones como son el tipo y tamaño del cuerpo extraño<sup>8-10</sup>.

Según las guías de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE), debe realizarse una endoscopia en menos de 24h, tras la valoración inicial, cuando se trate de objetos punzantes, baterías de disco y en aquellos pacientes con clínica de obstrucción esofágica<sup>9</sup>.

En nuestro caso, el paciente presentaba disfagia a sólidos, náuseas y dos vómitos hemáticos autolimitados. La endoscopia se realizó inmediatamente tras su llegada a urgencias, observándose ruptura intramural esofágica de unos 5 cms de longitud debido probablemente al cuerpo extraño alojado en el tercio medio esofágico durante más de 48 horas y a las náuseas persistentes. Aunque no se observaron signos de perforación clínicos, radiológicos ni endoscópicos, el paciente se mantuvo ingresado por los dos episodios de hematemesis y la laceración de gran tamaño que presentaba, requiriendo la transfusión de 2 concentrados de hemátis.

En el manejo de la ruptura intramural esofágica o la laceración esofágica, la tomografía toraco-abdominal es fundamental en casos de sospecha de perforación, sin embargo una vez descartada, la mayoría de los pacientes suelen responder tras manejo conservador y no suelen desarrollar secuelas a largo plazo<sup>11</sup>. De hecho, algunos autores describen que ésta se considera una complicación menor y autolimitada, que no precisa seguimiento endoscópico<sup>12</sup>.

De tal manera, debemos individualizar cada caso y valorar el grado de urgencia que supone la impactación de un cuerpo extraño alimenticio, teniendo en cuenta que la extracción precoz disminuye el riesgo de aparición de complicaciones esofágicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Palta R, Sahota A, Bemarki A, Salama P, Simpson N, Laine L. Foreign-body ingestion: characteristics and outcomes in a lower socioeconomic population with predominantly intentional ingestion. *Gastrointest Endosc.* 2009 Mar; 69:426-33.
2. Tihan D, Trabulus D, Altunkaya A, Karaca S, Cihan A, Aliş H. Esophageal perforation due to inadvertent swallowing of a dental prosthesis. *Turk J Gastroenterol.* 2011 Oct; 22(5):529-33.
3. Eroglu A, Can Kürkçüoğlu I, Karaoganoğlu N, Tekinbaş C, Yılmaz O, Başoğlu M. Esophageal perforation: the importance of early diagnosis and primary repair. *Dis Esophagus.* 2004;17:91-4.
4. Hsu CC, Changchien CS. Endoscopic and radiological features of intramural esophageal dissection. *Endoscopy* 2001; 33: 379-81.
5. Pfau PR, Ginsberg GG. Foreign bodies and bezoars. In : Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH, eds. *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease.* Philadelphia : Saunders ; 2002: 386-398.
6. Lyons MF, Tsuchida AM. Foreign bodies of the gastrointestinal tract. *Med Clin North Am.* 1993 Sep;77(5):1101-14.
7. 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 Oct;40(9):784-9.
8. Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JL, Johanson JF, et al; American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Guideline for the management of ingested foreign bodies. *Gastrointest Endosc.* 2002 Jun; 55(7):802-6.
9. ASGE Standards of Practice Committee, Ikenberry SO, Jue TL, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, Ben-Menachem T, et al. Management of ingested foreign bodies and food impactions. *Gastrointest Endosc.* 2011 Jun;73(6):1085-91.
10. Sung SH, Jeon SW, Son HS, Kim SK, Jung MK, Cho CM, et al. Factors predictive of risk for complications in patients with oesophageal foreign bodies. *Digestive and Liver Disease* 43 (2011) 632– 635.
11. Ortiz Moyano C, Gómez Rodríguez BJ, Pellicer Bautista F, Herreras Gutiérrez JM. Intramural rupture of the esophagus: clinical presentation and outcome. *Rev Esp Enferm Dig.* 2006 Apr;98(4):303-5
12. Tokar B, Cevik AA, İlhan H. Ingested gastrointestinal foreign bodies: predisposing factors for complications in children having surgical or endoscopic removal. *Pediatr Surg Int.* 2007 Feb;23(2):135-9.
13. Palta R, Sahota A, Bemarki A, et al. Foreign-body ingestion: characteristics and outcome in a lower socioeconomic population with predominantly intentional ingestion. *Gastrointest Endosc* 2009; 69.