

Extracción de cuerpos extraños del tracto digestivo superior por endoscopia flexible

Estudio de 75 casos

Dres. Gustavo H. De Simone¹, Carlos Boccardo², Daniel Calleri³,
Alvaro Piazze⁴, Walter Zimmer⁵

Resumen

Se realiza el análisis retrospectivo de 75 casos de cuerpos extraños a nivel del tracto digestivo superior tratados por endoscopia flexible. Se analizan las indicaciones y ventajas del método así como los buenos resultados obtenidos.

Palabras clave: Endoscopia. Aparato digestivo.

Summary

A retrospective analysis of 75 cases of foreign bodies in the upper digestive tract treated by means of flexible endoscopy is carried out. Indications and advantages of the method as well as the good results that are obtained are analysed.

Introducción

Iniciaremos esta presentación recordando que 90% de los cuerpos extraños (CE) ingeridos se eliminan espontáneamente a través del recto; 10% restante puede determinar complicaciones varias: impactación, penetración en la pared, perforación, migración, mediastinitis, peritonitis localizada o difusa, granuloma inflamatorio, hemorragia y oclusión intestinal⁽¹⁻⁴⁾.

El grupo de más alto riesgo está constituido por:

Trabajo realizado en el Centro de Diagnóstico y Tratamiento de la Patología Digestiva de MUCAM

1. Médico jefe de Serv. del Centro de Diag.

2. Residente de Clínica Quirúrgica

3. Residente de Clínica Gastroenterológica

4. Cirujano del Hospital de Colonia

5. Médico endoscopista

Presentado en el 42º Congreso Uruguayo de Cirugía. Punta del Este, diciembre de 1991.

Correspondencia: Dr. G. De Simone. Fco. Vidal 785 Apto. 102. Montevideo C.P. 11300

ancianos, niños, prisioneros, adultos alcoholizados, zapateros, carpinteros, tapiceros, etc.

En el tracto digestivo superior existen obstáculos anatómicos: esfínter esofágico superior, arco aórtico, cardias, píloro y ángulo de Treitz; y eventualmente obstáculos patológicos: estenosis, tumores, hernias y divertículos, que pueden obstaculizar la progresión del CE⁽⁵⁾.

Antes de 1980 se utilizaba el tubo de Chevalier Jackson, equipo rígido con poco ángulo de visión que sólo era útil hasta el sector cardial y requería de anestesia general para su utilización.

El desarrollo alcanzado por la fibroendoscopia en la actualidad permite la extracción de la gran mayoría de los CE hasta el ángulo de Treitz y más allá del área ileocecal, zona de perforación más frecuente en grandes estadísticas.

Material y método

En el período comprendido entre los años 1980 y 1991 fueron atendidos 75 pacientes cuyas edades oscilaban entre 24 y 85 años, y con una prevalencia de 2 a 1 de mujeres sobre varones.

Se utilizó un endoscopio operativo de canal ancho y múltiples accesorios de acuerdo al hallazgo endoscópico: pinza caimán, pinza con dientes, fórceps, ansa de diatermia, dormia, cubretubo, etc.

La preparación de los pacientes fue la misma que utilizamos para los estudios de rutina: atropina y anestesia tópica con lidocaína.

Resultados

De los 75 casos 39 correspondían a bolos de carne (52%), 18 a huesos de ave o vacuno, 9 a espinas de

pescado, 5 a prótesis dentales y 4 a otros (hoja de laurel, cartílago, semilla y alfiler de gancho abierto).

En cuanto a la topografía de la impactación la misma tuvo lugar fundamentalmente a nivel del tercio superior de esófago (45 casos), seguido por el tercio medio (14 casos), tercio inferior (9 casos), hipofaringe (6 casos), y cardias en 1 caso.

Como fenómeno acompañante en 3 casos (huesos) se observó laceración mucosa en el área de impacto que podría corresponder a una perforación por lo que se indicó vigilancia estricta.

En 11 casos luego de la remoción de CE se observaron lesiones por decúbito que iban desde una discreta congestión mucosa a ulceraciones profundas.

Como patología asociada en 2 pacientes añosos (78 y 81 años), se observaron anillos hipertónicos a nivel del esófago alto, sector donde se había producido la impactación (carne), en un paciente una estenosis posingesta de cáusticos, una estenosis posesofagectomía, una estenosis péptica, una estenosis tumoral y un divertículo de tercio medio.

Procedimiento

En 54 casos se procedió a la extracción de los CE y en 17 casos se efectuó la progresión de los mismos hacia la cámara gástrica con técnicas apropiadas para cada caso.

En 3 casos se derivó a cirujano, 2 de ellos se trataban de huesos de pollo profundamente impactados a nivel de tercio superior de esófago y el otro a gran prótesis dental fija a la mucosa a nivel del sector cardial.

En un caso se derivó a otorrinolaringólogo, se trataba de una espina de pescado firmemente enclavada a nivel de la pared posterior de la faringe, próxima al pilar posterior.

Conclusiones

El desarrollo alcanzado por la fibroendoscopia la ha llevado a transformarse en el método de elección en el tratamiento de los CE, si bien reconocemos que la endoscopia rígida podría estar indicada en casos excepcionales.

En esta serie la endoscopia flexible se ha mostrado efectiva en el tratamiento de los cuerpos extraños de tracto digestivo superior en 94% de los casos.

Las complicaciones se debieron en todos los casos al propio cuerpo extraño y no a la técnica endoscópica. Esta técnica presenta nula morbimortalidad, excelente tolerancia por parte del paciente y no es necesaria la anestesia general, a diferencia de la endoscopia rígida, por lo que la totalidad de los casos fueron tratados en forma ambulatoria.

Obviamente el éxito del procedimiento está supeeditado a la experiencia del endoscopista y al hecho de contar con el instrumental adecuado.

En estas condiciones el tratamiento de cuerpos extraños mediante endoscopios flexibles es un método seguro y efectivo.

Bibliografía

1. **Kenet Hamilton J, Polter Daniel E.** Cuerpos extraños en el tubo digestivo. In: *Enfermedades gastrointestinales* 3ª edición. Sleisenger: Fordtran, 1988.
2. **Selivanov V, Sheldon G, Cello JP, Crass RA.** Management of foreign body ingestion. *Ann Surg* 1984; 199(2): 187-91.
3. **Dávila D, Zaragoza C, Llovet F.** Cuerpos extraños en aparato digestivo por ingestión voluntaria. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1987; 72 (2): 127-32.
4. **Zuloaga J, Olivera J, Candia A, Arias V.** Ingestión de cuerpos extraños en población reclusa, tratamiento quirúrgico. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1987; 72: 617-21.
5. **Mac Canse DE, Kurchin A, Hinshaw JR.** Gastrointestinal foreign bodies. *Am J Surg* 1981; 142: 335-7