

# Cuerpos extraños en la vía digestiva. Tratamiento con endoscopía flexible. Revisión de casuística personal (108 observaciones).

Dr. Alvaro Piazzese\*

## Resumen

En EUA se calculan 1500 muertos al año por ingestión de cuerpos extraños (CE). Quienes realizan urgencias endoscópicas son convocados frecuentemente por la noción de ingestión de CE por parte del paciente. La presentación clínica es variable. Si bien la mayoría de CE ingeridos pasan espontáneamente (80-90%), 10 a 20% requieren de endoscopía y 1% será tratado quirúrgicamente. La fibroendoscopía permite resolver la mayoría de los casos, desplazando a la endoscopía rígida.

A través de la revisión de 108 observaciones, se obtienen datos epidemiológicos de interés, y evaluando los resultados nos permitirá reafirmar la preferencia de la fibroendoscopía, en el diagnóstico y tratamiento de los CE en el tubo digestivo.

Se emplean fibroendoscopio pediátrico y estándar, pinzas de extracción de CE, Dormias, asa de polipectomía. Anestesia orofaríngea. Se estudiaron 56 mujeres y 52 hombres, con edad variable de

20 meses a 92 años. Entre 51 y 80 años constituyen el 62,9%. No tenían CE 31 pacientes (28,7%). La carne representa la causa más frecuente (68%), siendo el sitio de impactación más frecuente el tercio superior del esófago. Se describen las lesiones asociadas. La más grave una perforación por hueso vacuno. El tratamiento en base a la extracción, progresión o ambas fueron los más empleados. Ocasionalmente se indicó lavado esofágico por sonda y antiespasmódicos intravenosos.

De 77 pacientes con CE, se fracasó en 3 (3,8%), siendo el resultado exitoso en 74 (96%).

Se concluye que el CE más frecuentemente encontrado fue carne, en esófago. Casi el 30% no tenían CE en la endoscopía. Más del 90% de casos pudo solucionarse con fibroendoscopía, en forma ambulatoria y sin anestesia general.

## Palabra Clave:

Tracto gastrointestinal  
Endoscopía  
Cuerpos extraños

## Abstract

In the USA there occur approximately 1500 yearly deaths due to ingestion of extraneous bodies (EBs). Those in charge of endoscopic urgencies are frequently called upon due to the patient's notion of having ingested an extraneous body. Clinical presentation varies. Even though the majority of

---

Presentado al 49 Congreso Uruguayo de Cirugía Salto 1998

\* Cirujano, Ex Asistente de Clínica Quirúrgica  
Asistente de Clínica de Nutrición y Digestivo  
Consultorio de Endoscopía Digestiva: Ac. Diaz 1024 Montevideo Tel 4016686  
Domicilio: Feliciano Rodríguez 3032 CP 11600  
Tel: 6283627 - [apiazze@hc.edu.uy](mailto:apiazze@hc.edu.uy)

*extraneous bodies pass through spontaneously (80-90%), 10 to 20% require endoscopy and 1% has need of surgery.*

*Fibroendoscopy helps to solve the majority of cases and has displaced rigid endoscopy.*

*Revision of 108 cases supplies epidemiological data of interest and evaluation of results merely serves to reaffirm preference for fibroendoscopy in diagnosis and treatment of extraneous bodies in the digestive tract.*

*Instruments employed consist of pediatric and standard fibro-endoscopes, clamps for extraction of extraneous body, Dormia baskets and polypectomy loops. Anesthesia is oropharyngeal.*

*The series includes 56 women and 52 men, varying in age from 20 months to 92 years, most of which (62.9%) are to be found between 51 and 80 years of age. Of these patients (28.7%) had no extraneous body. Meat constitutes the most frequent cause (68%). The main impaction site is the upper third of esophagus. There follows a description of associate lesions. The most serious is perforation by bovine bone.*

*The most frequent treatment applied consisted of extraction, progression or both. Sporadically, indication consisted in esophageal flushing through catheter and intravenous antispasmodic drugs.*

*Out of 77 patients with extraneous bodies, there were 3 failures (3.8%) and 74 were successful (96%).*

*We can thereby conclude that the most frequent extraneous body found was meat in esophagus. As many as 30% presented no extraneous body when examined under endoscopy. Over 90% of cases could be solved through fibroendoscopy, as ambulatory cases and without requiring general anesthesia.*

### **Key words:**

*Gastrointestinal tract  
Endoscopy  
Foreign bodies*

## **Introducción**

La sospecha de cuerpo extraño en la luz digestiva, constituye la segunda causa de urgencias endoscópicas, en el Hospital Universitario de "San Carlos", Madrid <sup>(1)</sup>, luego de las hemorragias digestivas. Quienes realizan urgencias endoscópicas, son convocados con relativa frecuencia, por lo que cada mes se ven enfrentados al diagnóstico y tratamiento de algún cuerpo extraño en la vía digestiva.

El motivo de consulta es variable: disfagia, afagia, odinofagia, sialorrea, dolor torácico, sensación de cuerpo extraño, horas o días después de la noción de ingesta alimentaria o de otro cuerpo extraño al que se le responsabiliza como causante de la sintomatología. El paciente es asistido por el médico de emergencia, o a veces previamente evaluado por otorrinolaringólogo, quien no encuentra cuerpo extraño o lesiones hasta donde le permite observar la laringoscopia indirecta.

Desconocemos cifras nacionales de mortalidad, pero en EUA, ocurren 1500 muertes por año, a consecuencia de la ingestión de cuerpos extraños, <sup>(2)</sup> por lo que siempre que se pueda deberán extraerse para evitar complicaciones <sup>(1)</sup>. Se calcula que el 80-90% de los cuerpos extraños ingeridos, pasan espontáneamente, por lo que 10 a 20% necesitarán de su extracción por endoscopia, calculándose que 1% necesitará de cirugía <sup>(2,3)</sup>

Respecto al tratamiento endoscópico, la endoscopia flexible permite resolver la mayoría de los pacientes, quedando reservada la endoscopia rígida para el fracaso o imposibilidad de realizar la primera, o para cierto tipo especial de cuerpos extraños <sup>(3)</sup>. Quienes practican exclusivamente endoscopia rígida, tienen una opinión distinta <sup>(4)</sup> considerando que sistemáticamente deben tratarse por endoscopia rígida. Pero autores que practican ambas, son coincidentes con la preferencia de fibroendoscopia <sup>(2)</sup>.

## Objetivo

A través de la presentación de 108 fibroendoscopías realizadas personalmente, a pacientes con sospecha de cuerpo extraño en el tubo digestivo, se evalúan aspectos epidemiológicos generales y los resultados de la técnica.

Con anterioridad <sup>(5)</sup> participamos en un trabajo cooperativo, en el que se colectaba la experiencia de sus autores en conjunto. La presente casuística incluye todos casos personales posteriores a dicha publicación.

## Material y Método

Se utilizaron fibroendoscopios estándar y pediátrico y varios accesorios: pinzas de cuerpo extraño, asa de polipectomías, Dormias. Las endoscopías fueron realizadas con carácter de urgencia, en los servicios de emergencia respectivos. Raramente en consultorio, si coincidía la solicitud, con la coordinación de Endoscopia. El plazo horario entre la notificación de ingesta del cuerpo extraño y la consulta, varió desde pocas horas a varios días. Todos los estudios fueron realizados por el autor, contando con por lo menos un ayudante. Se incluyen 108 pacientes, 56 del sexo femenino y 52 del sexo masculino cuyas edades oscilaron de 20 meses a 92 años. El grupo de edad comprendido entre 51 y 80 años, representó el 62,9% del total (68 pacientes), semejante a otras casuísticas <sup>(1)</sup>. Se premedicó con Xilocaína spray al 4% o al 10% en bucofaringe. Algunos pacientes recibieron sedantes (Diazepam sublingual) y antiespasmódicos intravenosos (Bromuro de Hioscina) en la espera de la endoscopia, o a posteriori de la misma, si se dejaba indicado tratamiento médico complementario. Dos pacientes requirieron colocación de sonda nasoesofágica, para lavados antes de repetir el examen 24 horas después. Cinco pacientes requirieron de anestesia general en sala de operaciones por tratarse de niños. De 108 solicitudes, en 31 pacientes no se comprobó cuerpo extraño (28,7%), habiendo referencias con cifras de hasta 55,2% <sup>(1)</sup>.

*Tipos de cuerpos extraños:* carne 42, hueso-cartilago 7, espina de pescado 4, diente de ajo 3, inhomogéneo 5, frankfurter 1, carne-manzana 1, manzana 1, fideos-fruta 1, queso duro 1, cubos de verdura 1, monedas 3 (todos niños), aguja 1, balón de Sengstaken 1, envoltura de aluminio 1, rama 1, diente 1, mondadientes 1, prótesis esofágica 1.

*Topografía del cuerpo extraño:* la gran mayoría se topografió en el esófago: en hipofaringe (receso glosoepiglótico y senos piriformes) 7, 26 en tercio superior (33,7%), 11 en tercio medio, 11 en tercio inferior, 12 en tercios medio e inferior, 3 en todo el esófago, en prótesis esofágica 2, estómago 3, en colon 2 casos. En 81,8% de los pacientes el cuerpo extraño se situaba en el esófago, siendo el tercio superior el más frecuente, considerados individualmente. Un paciente tenía estenosis esofágica postrádic, y 9 pacientes estenosis postquirúrgicas (esofagoyeyunostomías, esofagogastrostomías, esofagocoloplastia, Heller, Nissen).

*Lesiones encontradas:* edema-hematoma-erosión-laceración en 17 pacientes, perforación en 1, esofagitis erosiva en 24 pacientes, hernia hiatal en 15, gastritis y/o duodenitis en 11, úlcera gastroduodenal en 1, mucosa de Barrett en 2, várices de esófago en 1, laringitis en un paciente. La probabilidad de algún trastorno motor esofágico, se infería ante la ausencia de estenosis, dilatación y atonía durante el procedimiento, o marcada contractilidad esofágica.

## Tratamiento

El tratamiento endoscópico elegido, varió según el tipo de cuerpo extraño. Para aquellos en que se logra una buena presa, para extraerlo al exterior, fue el tratamiento preferido (26 casos). Cuando la consistencia blanda, inhomogénea del impacto alimentario, impedía su extracción, se procedió a su progresión instrumental, suavemente, mientras no se encontrara resistencia al avanzar (29 casos). También se hizo progresar cierto tipo

de alimento impactado, por ejemplo, dientes de ajo. Combinación de ambas técnicas se requirió en 14 pacientes. Un paciente expulsó espontáneamente el cuerpo extraño, con el esfuerzo nauseoso provocado por la endoscopia.

El paciente con atascamiento del balón gástrico de Sengstaken, se solucionó puncionándolo en múltiples sitios para lograr desinflarlo y al evacuar su contenido permitió su retiro. Tratamiento médico (reposo, miorrelajantes, antiespasmódicos, lavado esofágico) se indicó en 5 pacientes. Hubo necesidad de repetir el examen al día siguiente en 4 pacientes, ya sea por la cantidad de alimentos retenidos o por intolerancia.

En 31 pacientes no se encontró cuerpo extraño, existiendo en algunos de ellos pequeñas erosiones o hematomas intramucosos, señal de traumatismo local y muy probablemente responsables de la sintomatología. En este grupo de pacientes existía noción de ingesta de espinas de pescado, hueso de pollo, carne y mondadientes entre otros.

Se fracasó en 3 pacientes: un niño con una moneda firmemente engarzada en el esfínter esofágico superior, en una posición fija, no logrando emplazar perpendicularmente la pinza de cuerpo extraño para su extracción, arribando en todos los intentos en forma paralela a la moneda. Se realizó con endoscopia estándar. Se sugirió la repetición con endoscopia pediátrica, pero finalmente se trató con endoscopia rígida.

Otro paciente, alcoholista, con voluminoso trozo de carne impactado en tercio superior del esófago, inmediatamente distal al esfínter esofágico superior, no colaboró con el procedimiento presentando arcadas incontrolables, no siendo posible ningún intento de extracción. Se realizó la extracción por endoscopia rígida bajo anestesia general.

Otro paciente con un mondadientes dispuesto transversalmente en colon sigmoideos con múltiples divertículos, estando los extremos del mismo, a cada lado introducidos en divertículos y bastante fijo, no se logró desplazar. Existía severa sig-

moiditis con exudación mucopuriforme en la zona e intenso dolor que hacía sospechar perisigmoiditis y factible perforación. No se insistió y continuó en tratamiento médico.

Al paciente con una prótesis transtumoral plástica de esófago, que migró hacia el estómago, se la dejó en su lugar, colocándose una nueva prótesis transtumoral.

## Resultados

De los 108 pacientes estudiados, 31 no necesitaron tratamiento pues no se encontró el cuerpo extraño. De los 77 con cuerpos extraños, al de la prótesis intragástrica no se le extrajo. En 3 pacientes se fracasó (3,8%), de los cuales 2 pasaron a ser atendidos por ORL (2,5%), y en el otro se tomó conducta expectante. El enfermo con perforación por hueso vacuno, se operó con buena evolución. El éxito del tratamiento en 74 pacientes, equivale al 96%. Cifra comparable con otras publicaciones<sup>(1)</sup>. No hubo mortalidad ni complicaciones mayores. Pequeñas erosiones mucosas traumáticas por los múltiples intentos de pinzamiento del o los cuerpos extraños, son frecuentes.

## Discusión

Existe una población de riesgo para la ingestión de cuerpos extraños: niños, presidiarios, paciente psiquiátricos, adultos desdentados o que utilizan prótesis dental, ya que en este caso la ausencia de sensibilidad en el paladar, les impide reconocer el cuerpo extraño. Las estenosis esofágicas, o inflamación mucosa asociada quizá a trastornos motores, representan una causa de impacción alimentaria. La ingestión de cuerpos extraños representa una convocatoria frecuente para realizar endoscopías de urgencia.

En nuestra serie, el 28,7% de los pacientes que refería síntomas por posible cuerpo extraño, no lo tenía al momento de la consulta. De aquellos que si encontramos un cuerpo extraño, a casi todos se le solucionó con endoscopia flexible, sea con su

extracción, progresión hacia distal o combinación de ambos. La endoscopia digestiva flexible constituye el tratamiento de elección, ya que resuelve la gran mayoría de situaciones, en términos generales en una sola sesión, de minutos de duración, sin necesidad de anestesia y coordinación de block quirúrgico, haciendo innecesaria la internación. El paciente se va de alta aliviado de su sintomatología, una vez terminado el procedimiento. Similar opinión publican otros autores<sup>(1,2)</sup>. Existen excepciones:

- a) endoscopia prolongada, por abundante cantidad de cuerpos extraños a extraer, que obliga a repetidos retiros y reintroducciones del endoscopio, agotándose la tolerancia del paciente. En estos casos preferimos internar al paciente, dejar colocado suero intravenoso, administrar sedantes y antiespasmódicos, asociando o no la colocación de sonda nasoesofágica para lavados;
- b) niños al igual que adultos no colaboradores, requieren de sedación por anestesista, asegurando la permeabilidad de la vía aérea;
- c) cuerpos extraños grandes metálicos y con aristas o puntas que puedan perforar al ser retirados, preferimos se realice con sedación, pudiéndose extraer por fibroendoscopia complementando con sobretubo, o bien se realice con endoscopio rígido que cuenta con la vaina metálica para la introducción del mencionado cuerpo extraño, retirándose simultáneamente todo el conjunto de la pinza que fijó el cuerpo extraño y la vaina. Es válido frente a este tipo de cuerpo extraño alojado en esófago hacerlos deslizarse endoscópicamente hacia el estómago, para proceder a su extracción por laparotomía.

## Conclusiones

- 1) Trozos de carne, con o sin hueso, solos o asociados a otros alimentos, representaron la causa más frecuente de impactación alimentaria en esófago (68%).
- 2) El esófago es el órgano de impactación más frecuente, encontrándose en varios pacientes asociación con esofagitis, hernia hiatal o estenosis postquirúrgicas.
- 3) Casi un 30% de pacientes que consultan por sospecha de cuerpo extraño en la vía digestiva, no lo tienen al realizar la endoscopia.
- 4) Casi la totalidad de pacientes pudo resolverse con endoscopia flexible, en forma ambulatoria, sin anestesia general, constituyéndose en el tratamiento de elección.

## Bibliografía

- 1) Velasco Suarez M, Nisa Gutierrez E, Asteinz Daganzo M y Ramirez Armengol JA. Incidencia de cuerpos extraños en emergencias endoscópicas. Rev. Esp. Enferm. Dig., 1992, Feb; 81(2):91-4
- 2) Webb W. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: update. Gastrointest. Endosc, 1995; 41 (1): 39-51
- 3) American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Guideline for the management of ingested foreign bodies. Gastrointest. Endosc. 1995; 42 (6):622-5
- 4) Piazza A, Navarrete C, Chifflet J, Fugasot L. Tratamiento endoscópico de cuerpos extraños en la vía digestiva. In: Sesión Científica de la S.U.E.D; 1997, 13 de junio. Salón Docente del Sanatorio Americano. Montevideo
- 5) De Simone G, Boccardo C, Calleri D, Piazza A, Zimmer W. Extracción de cuerpos extraños del tracto digestivo superior por endoscopia flexible. Estudio de 75 casos. Cir. Uruguay 1994;64: 204-5