



## Cuerpo Extraño en el Esófago

### Revisión de 500 Casos

F. QUIROZ, MD; M. PEREZ, INT; A. GARCIA, MD, SCC; M.R. MOSQUERA, Estud. MED.

---

**Palabras clave:** Cuerpo extraño en esófago, Endoscopia flexible, Endoscopia rígida, Perforación del esófago.

---

*Se hace una revisión retrospectiva de 500 pacientes que consultaron con sospecha de cuerpo extraño en el esófago, durante un período de 5 años. Se identifican los síntomas más frecuentes sin encontrar ninguno patognomónico de la presencia del cuerpo extraño. Se pone en evidencia la baja sensibilidad y especificidad de los estudios radiológicos, por lo cual se considera que éstos no deben ser rutinarios y se establece la necesidad de realizar endoscopia a todos estos pacientes, pudiendo ser en la mayoría de los casos endoscopia flexible, por ser menos costosa y no requerir anestesia general.*

#### INTRODUCCION

La impactación de cuerpos extraños en el esófago es un problema común tanto en niños como en adultos. En niños es frecuente encontrar monedas y pequeños juguetes (1, 2), mientras que en el adulto predominan los cuerpos extraños de origen alimentario como espinas de pescado y huesos de pollo (2, 3); en las edades más avanzadas se presenta con frecuencia la ingestión accidental de prótesis dentales (4).

El diagnóstico inicial usualmente es sencillo y orientado por la historia clínica. Una adecuada evaluación, exploración endoscópica y remoción del cuerpo extraño debe ser prontamente realizada con el propósito de prevenir complicaciones.

---

*Doctor Fernando Quiroz Romero, Jefe de Residentes de Cirugía General; Mariley Pérez, Interno de Cirugía General; Doctor Alberto García Marín, Cirujano General, Jefe de la Unidad de Cuidado Crítico Quirúrgico (UCCQ); Margarita Rosa Mosquera, Estud. de Med. (5o. año). Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia.*

La presente revisión se llevó a cabo con el objeto de identificar los tipos de cuerpo extraño más frecuentes en nuestra población, los síntomas asociados y evaluar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados.

#### MATERIALES Y METODOS

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes admitidos al Hospital Universitario del Valle (Cali, Colombia) con sospecha de impactación de cuerpo extraño en el esófago durante el período comprendido entre enero 1 de 1990 y diciembre 31 de 1994. Se excluyeron pacientes con cuerpo extraño impactado en la faringe y los extraídos únicamente con ayuda del laringoscopio por el otorrinolaringólogo o por el anestesiólogo durante el intento de intubación, asumiendo que se encontraban en o por encima de la unión faringoesofágica. Se evaluaron las variables demográficas, los síntomas y signos al ingreso, el tipo de cuerpo extraño, los hallazgos radiológicos y el procedimiento endoscópico o quirúrgico realizado.

Se revisaron los estudios radiológicos realizados y se correlacionó con los hallazgos endoscópicos y quirúrgicos.

#### RESULTADOS

Durante el período de estudio, se encontraron 500 pacientes que consultaron con sospecha de impactación de cuerpo extraño en el esófago; 52.2% del sexo masculino y 47.8% del femenino. La edad osciló entre 1 y 92 años con un promedio de 31 años; el 25.2% de la serie, 123 pacientes, correspondió a menores de 13 años. El 99.2% de los pacientes que consultaron, tenían algún síntoma; sólo 4 pacientes (0.8%) tenían historia de ingestión sin referir ningún síntoma. Los síntomas más frecuentes fueron: dificultad para la deglución (58%), dolor al deglutir (52%), sensación de cuerpo extraño (46%) y dificultad respiratoria (14%). Los signos más frecuentemente encontrados fueron, sialorrea (39%), dolor a la palpación del cuello (19%), vómito (8.8%) y fiebre (8.2%)

(Tabla 1). No se encontró ningún signo o síntoma que predijera por sí solo la presencia del cuerpo extraño; se encontró éste en 331 pacientes, 66.2%. Los tipos de cuerpo extraño hallados fueron, hueso de pollo o res en 155 casos, espinas de pescado en 137, monedas en 74 y prótesis dentales en 44 (Tabla 2). Cuando se analiza separadamente la edad pediátrica, las monedas ocupan el primer lugar con 71 casos, correspondiendo al 57.7% de los menores de 13 años (Tabla 3).

**Tabla 1.** Síntomas y signos al ingreso.

Síntomas y signos	Número	%
Disfagia	290	58
Odinofagia	262	52
Sensación de cuerpo extraño	230	46
Sialorrea	199	39
Dolor a la palpación del cuello	95	19
Dificultad respiratoria	72	14
Dolor retroesternal	53	11
Vómito	44	9
Fiebre	41	8
	<b>n= 500</b>	

**Tabla 2.** Tipos de cuerpo extraño encontrados, en todas las edades.

Cuerpo extraño	Número	%
Huesos	155	31.4
Espina de pescado	137	27.4
Moneda	74	14.2
Prótesis dental	44	8.8
Carne	27	5.4
Misceláneos	63	12.6
	<b>n= 331</b>	

**Tabla 3.** Tipos de cuerpo extraño en menores de 13 años.

Cuerpo extraño	Número	%
Monedas	71	56.3
Huesos	13	10.3
Espina de pescado	12	9.5
Botones	1	0.8
Carne	1	0.8
Misceláneos	28	22.2
	<b>n= 126</b>	

Se realizó estudio radiológico a 322 pacientes (64%): radiografía del tórax a 56, radiografía del cuello a 206, y en 59 pacientes fueron realizados ambos estudios. En 129 casos no se visualizó el cuerpo extraño a los rayos X; en 166 se

observó el cuerpo extraño sin ningún otro hallazgo asociado; y en 26 se acompañó de algún signo radiológico adicional. En 27 casos se observaron signos indirectos sin que se visualizara el cuerpo extraño, tales como aumento del espacio retrotraqueal en 25 y *aire en el esófago* en 2. De los 192 pacientes con rayos X positivos, se encontró cuerpo extraño a la endoscopia en 146, y no se encontró en 46, para una sensibilidad del 65% y una especificidad del 53%.

Fueron sometidos a esofagoscopia flexible, 172 pacientes, siendo positiva en 92; de éstos, en 41 se extrajo el cuerpo extraño, en 24 se avanzó al estómago y en 27 fue fallida. Se realizó esofagoscopia rígida a 358 pacientes, se visualizó el cuerpo extraño en 266 lográndose extraer éste en 229 y se avanzó al estómago en 22; en 15 casos no se logró extraer ni avanzar, lo que requirió cirugía. En un paciente se intentó esofagoscopia rígida y no se logró avanzar el endoscopio por gran edema de la faringe.

En 7 casos en que no se encontró cuerpo extraño con el esofoscopia flexible, se realizó esofagoscopia rígida por persistencia de síntomas, y en 5 de éstos se halló el cuerpo extraño. En los 27 casos en los que no se pudo extraer el cuerpo extraño con esofagoscopia flexible, se realizó esofagoscopia rígida logrando extraerlo en 21. En resumen, la esofagoscopia rígida permitió la extracción del cuerpo extraño en 26 de 34 casos en que la esofagoscopia flexible fue fallida.

Como método diagnóstico, la esofagoscopia flexible tuvo una sensibilidad del 94% y una especificidad del 100%, con 6% de falsos negativos y cero falsos positivos; y la esofagoscopia rígida tuvo una sensibilidad del 100% y una especificidad también del 100%.

Como método terapéutico la esofagoscopia flexible fue efectiva en el 70% de los casos y la esofagoscopia rígida, en el 94%.

Los hallazgos endoscópicos asociados a la presencia de cuerpo extraño fueron, edema de la mucosa en 28 pacientes, laceración de la mucosa en 111, laceración hasta la muscular en 8, perforación en 5 y obstrucción maligna en 1.

El 3.8%, 19 pacientes, requirieron ser llevados a cirugía, 5 por sospecha de perforación en la esofagoscopia, 2 por sospecha clínica de perforación, 11 por imposibilidad de extracción con el esofoscopia y 1 paciente por persistencia de imagen radiológica de cuerpo extraño luego de esofagoscopia negativa; en la cirugía no se encontró cuerpo extraño y el paciente evolucionó satisfactoriamente.

Se realizó cervicotomía a 16 y toracotomía a 2; 1 paciente con trastorno psiquiátrico requirió ambos procedimientos,

por presentar perforaciones múltiples luego de ingerir una cuchilla de afeitar. En 10 casos se encontró el cuerpo extraño impactado, en 4 se observó perforación simple, en 1 perforación y mediastinitis y en 2, perforación más absceso; en 2 pacientes llevados a cirugía con sospecha de perforación, ésta no se encontró.

Las complicaciones, además de la perforación, la mediastinitis y el absceso, fueron: broncoaspiración en 2, neumonía en 7, sepsis en 1, e infección de la herida quirúrgica en 1. El 40% de los pacientes fue tratado en forma ambulatoria y el 39% permaneció menos de 48 horas; sólo el 2% requirió hospitalización por más de 7 días; el promedio de estancia fue de 2.3 días.

## DISCUSION

La impactación de cuerpos extraños en el esófago es una patología relativamente frecuente en nuestro medio; en la presente revisión se encontraron en promedio 100 casos por año; en la serie informada por Nandi y Ong con 2.394 en 11 años, 1.030 correspondieron a esófago, para un promedio de 93 casos por año (2); en el estudio de Singapur (3), con 397 casos en 8 meses, sólo 30 correspondían a cuerpos extraños en el esófago y en el estudio español de González y col (4), se reportaron 101 casos en 3 años.

Los tipos de cuerpo extraño son diferentes en niños que en adultos y la orientación terapéutica es ligeramente diferente (5-7).

El diagnóstico es usualmente sencillo y dado por la historia clínica. No existe ningún signo clínico patognomónico de la presencia del cuerpo extraño; en algunas series, se ha encontrado correlación con la presencia de odinofagia y disfagia (3, 4). En esta serie ningún síntoma tuvo una correlación mayor del 60% con la presencia de cuerpo extraño.

Los estudios radiológicos simples y en algunos centros los estudios baritados se incluyen en forma rutinaria como método diagnóstico inicial. En el Hospital Universitario del Valle no se usan rutinariamente los estudios baritados como método inicial, sólo se realizan cuando la endoscopia sugiere la presencia de una perforación u otra anomalía subyacente. En la presente revisión encontramos que los rayos X simples tienen una baja sensibilidad y especificidad y en ningún caso reemplazan la endoscopia para confirmar o descartar la presencia del cuerpo extraño; en un paciente un falso positivo de los rayos X, llevó a una cervicotomía innecesaria. Consideramos que los estudios radiológicos no deben ser rutinarios y se requiere mayor evaluación para determinar sus indicaciones precisas; ya otros autores han llamado la atención acerca del escaso aporte de los rayos X en el estudio de estos pacientes (4, 8, 9).

La esofagoscopia flexible, además de tener una sensibilidad y especificidad diagnóstica aceptable, permite realizar el diagnóstico y el tratamiento definitivo en forma ambulatoria en la mayoría de los pacientes, no requiere anestesia general en adultos y tiene muy baja morbilidad asociada (3, 5). Como inconvenientes tiene el hecho de no estar disponible las 24 horas y ser menos eficaz como método terapéutico que la esofagoscopia rígida. En niños requiere anestesia general; en esta serie no se realizó esofagoscopia flexible en ningún niño.

La esofagoscopia rígida tiene una mayor sensibilidad y especificidad diagnóstica y una mayor eficacia terapéutica que la flexible; la morbilidad atribuible al procedimiento es igualmente baja (3), pero requiere anestesia general para su realización, lo cual adiciona costos y riesgos atribuibles al procedimiento anestésico; sin embargo, éstos son bajos. En la presente serie no se encontró ninguna complicación atribuible directamente al procedimiento anestésico.

La estancia hospitalaria en esta serie es baja, la mayoría de los pacientes fueron tratados ambulatoriamente, 6 horas después de la endoscopia, luego de probar la tolerancia a la vía oral; esta conducta disminuye costos y no se presentó ningún inconveniente relacionado con ella.

## CONCLUSIONES

Una revisión retrospectiva como ésta, no permite sacar conclusiones definitivas, pero identifica cuáles son los tipos más frecuentes de cuerpo extraño y la sintomatología asociada; pone en evidencia la baja sensibilidad y especificidad de los estudios radiológicos y plantea la necesidad de una evaluación más profunda acerca del uso rutinario de éstos. Evalúa los procedimientos endoscópicos utilizados e identifica sus ventajas y desventajas.

Con los datos obtenidos, creemos que todo paciente con sospecha de cuerpo extraño en el esófago debe ser sometido a endoscopia, ya que no hay otro método disponible lo suficientemente sensible y específico que nos permita descartar la presencia del cuerpo extraño. Cuando esté disponible debe hacerse endoscopia flexible por ser menos costosa y no requerir anestesia general; en el caso de que falle o no esté disponible, debe realizarse esofagoscopia rígida; la cirugía se reserva para los casos en que se demuestre perforación o el cuerpo extraño no pueda ser extraído con el esofagoscopio rígido. Algunos casos seleccionados de perforación pueden ser tratados en forma conservadora.

Los estudios radiológicos no deben ser rutinarios, se requiere evaluación adicional para identificar sus indicaciones precisas; creemos que éstos deben limitarse a aquellos casos en que se sospeche perforación por los signos clínicos o por la esofagoscopia. En niños, en quienes la información clínica es deficiente, la mayoría de los cuerpos extraños son mo-

nedas claramente visibles a los rayos X; en muchas ocasiones han avanzado espontáneamente al estómago y los rayos X pueden evitar una endoscopia innecesaria.

El esquema de estudio y tratamiento no puede ser rígido y cada caso debe individualizarse.

### ABSTRACT

*We have reviewed the records of 500 patients that presented with suspicion of foreign body in the esophagus over a 5*

*year period. Analysis of pertinent symptoms did not disclose any pathognomic sign or symptom.*

*The sensitivity and low specificity of the radiologic studies became evident; therefore, we consider that they should not be performed in a routine manner, and that endoscopy is mandatory, favoring flexible endoscopy for the majority of cases, since this is a less costly procedure that does not require general anesthesia.*

### REFERENCIAS

1. Peixoto MV: Cuerpos extraños en vías aerodigestivas superiores en 1.200 niños. *Anal ORL Mex* 1993; 38 (4): 203-6
2. Nandi P, Ong GB: Foreign body in the esophagus: review of 2.394 cases. *Br J Surg* 1978; 65: 5-9
3. Lim CT, Quah RF, Loh LE: A prospective study of ingested foreign bodies in Singapore. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994; 120: 96-101
4. González JH, Vidal JM, Sarandeses AG, Barro CV: Esophageal foreign bodies in adults. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1991; 105: 649-53
5. Schunk JE, Harrison AM, Corneli HM, Nixon GW: Fluoroscopic foley catheter removal of esophageal foreign bodies in children. Experience with 415 episodes. *Pediatrics* 1994; 94 (5): 709-14
6. Kelley JE, Leech MH, Carr MG: A safe and cost-effective protocol for management of esophageal coins in children. *J Pediatr Surg* 1993; 28 (7): 898-900
7. Robbins MI, Shortleeve MJ: Treatment of acute esophageal food impaction with glucagon, and effervescent agent, and water. *AJR* 1994; 162: 325-8
8. Derove A, Ophir D: Negative finding of esophagoscopy for suspected foreign bodies. *Am J Otolaryngol* 1994; 15 (1): 41-5
9. Ghahremani GG: Radiologic evaluation of suspected gastrointestinal perforations. *Radiol Clin North Am* 1993; 31 (6): 1219-34.

### Correspondencia:

Alberto García Marín, MD. Calle 5B No. 41-53. Cali, Colombia.

### COMENTARIO

Señor Editor:

El estudio incluye la revisión de 500 casos de cuerpo extraño esofágico, durante un período de 4 años, comprendido entre enero de 1990 y diciembre de 1994.

Estamos de acuerdo con los autores, que no existe un síntoma o signo semiológico que por sí solo sea patognomónico de la presencia de cuerpo extraño esofágico, pero sí vale la pena destacar, que una anamnesis cuidadosa sobre el tipo de alimento ingerido y un examen físico en el cual se detecte sialorrea, odinofagia, disfagia, asfixia, dolor a la movilidad del cuello y, sobre todo, la presencia de enfisema subcutáneo manifestado por crepitación, fiebre y sepsis, resulta valioso para el diagnóstico. Los tres últimos signos son sospechosos de perforación; en tal caso, estaría contraindicada la endoscopia alta de cualquier tipo. La sialorrea es síntoma de impacción alta, en nivel cricofaríngeo o cercana a él.

Cuando los estudios radiográficos o el cuadro clínico sospechan la perforación, la decisión de intervención quirúrgica

queda a juicio del cirujano, ya que son muy pocos los casos de conducta conservadora, y la mayoría son tributarios de cervicotomía o toracotomía de acuerdo con su localización.

La presente revisión muestra los objetos más comunes y está de acuerdo con la literatura médica sobre el tema. En nuestra práctica hemos encontrado tres casos raros: una cuchara dulcera de pequeño tamaño deglutida con impacción en la unión cardioesofágica, caso resuelto con esofagoscopia flexible usando asa de diatermia. Cepillo dental deglutido tras episodio de risa durante el cepillado con deglución espontánea y enclavamiento en la rodilla superior del duodeno, caso que no se pudo resolver con endoscopia y fue objeto de laparotomía. Otro caso similar al tratarse de un lápiz escolar que se enclavó en el bulbo duodenal. No hay que olvidar que el ser humano es capaz de deglutir cualquier objeto por raro que sea, hecho que permitió a Kussmaul el desarrollo del primer endoscopio rígido, después de haber observado a un tragador de sables en un circo.

Algunas espinas de pescado delgadas de bajo contenido en calcio no son opacas a los Rx lo cual explica algunos falsos negativos por este método diagnóstico.

El médico debe estar muy entrenado en la interpretación de las series radiográficas, ya que no debe confundir la calcificación del cricoides como ocurre en algunos pacientes de edad mediana o avanzada. Normalmente la estructura posterior a la tráquea correspondiente al esófago no contiene aire y si llegare a observarse por fuera de ella es signo de perforación. La exposición radiográfica siempre debe ser lateral con el cuello en hiperextensión y lateral del tórax, sin administrar medios contrastados con algún otro artificio como algodón pues esto invalida la endoscopia y enmascara cuerpos extraños pequeños. De usar medios de contraste deberían ser hidrosolubles (hipaque). Cuando la impactación es por bolo alimenticio el manejo del caso debe afrontarse con la endoscopia flexible de primera intención sin recurrir a la radiografía que es de poca utilidad. Cuando hay ingestión de agujas o alfileres es importante recurrir primero a los Rx; si es negativo el esófago, continuar con placa simple de abdomen, ya que por fenómenos no bien explicados de física, estos elementos generalmente bajan por el tubo digestivo sin sufrir enclavamiento.

Llama la atención en la revisión en referencia el número elevado de casos estudiados y tratados con esofagoscopia rígida, tal vez explicable por la carencia de endoscopia flexible las 24 horas del día. En nuestra experiencia personal la endoscopia flexible resuelve más del 90% de los casos. Con ella sólo hemos fracasado en las siguientes situaciones:

1. Impactación de prótesis totales con ganchos metálicos, casos tratados con cirugía.
2. Espinas de pescado visibles a los Rx, pero de localización intramural no visualizables a la endoscopia flexible ni a la rígida.

3. Espinas de pescado enclavadas en nivel cricofaríngeo, zona que es generalmente ciega y no permite colocar bajo visión directa la pinza de fórceps para extraer el cuerpo extraño.

En el momento actual la endoscopia flexible y la radiografía son los dos pilares del diagnóstico y tratamiento de los cuerpos extraños esofágicos. La endoscopia flexible tiene la ventaja sobre la rígida que no requiere anestesia general, por lo tanto baja el costo.

Es bueno enfatizar que cuando hay sintomatología alta a la deglución, conviene practicar laringoscopia directa utilizando para iluminación el endoscopio flexible aprovechando el aumento de que dispone ( $\times 25$ ) para examinar mejor la hipofaringe y las fosas amigdalinas.

Los signos de asfixia o la presencia de sialorrea ameritan una intervención endoscópica flexible inmediata. En ausencia de estos signos y si el paciente puede deglutir, la endoscopia puede diferirse por algunas horas. Nunca debe intentarse extraer un cuerpo extraño esofágico en un paciente con intoxicación alcohólica aguda sin ayuno menor de 4 horas, por el peligro de broncoaspiración.

Hago énfasis en que esta revisión muestra la utilización demasiado frecuente del esofagoscopio rígido, hoy superado por la endoscopia flexible en todos los centros médicos.

**Luciano Aponte López, MD.**  
Gastroenterólogo-Endoscopista