

VI. CUERPOS EXTRAÑOS ESOFÁGICOS

Sumario

Cuerpos extraños esofágicos, concepto. Breve reseña anatómica del esófago. Patogenia, cuadro clínico, diagnóstico, exámenes complementarios, conducta a seguir, complicaciones, profilaxis.

Concepto

Se considera un cuerpo extraño a todo material alojado en la luz del órgano.

El esófago constituye un órgano de paso obligado de todos los alimentos ingeridos, es una cavidad virtual, es un órgano hueco, su lumen se abre pasivamente por la presión dinámica del bolo alimentario y por la acción de su musculatura lisa, innervada por el vago y los plexos simpáticos de Meissner y Auerbach, toda esta fase de la deglución es completamente automática e involuntaria, y su objetivo es llevar a los alimentos desde su apertura en la hipofaringe hasta el cardias, en la entrada del estómago. Su longitud es de 24 a 30 cm.

Es un órgano tubular compuesto por una capa externa o serosa, una capa media muscular y la capa interna compuesta por una mucosa (**figura 1**). Corte transversal del esófago (figura 2).

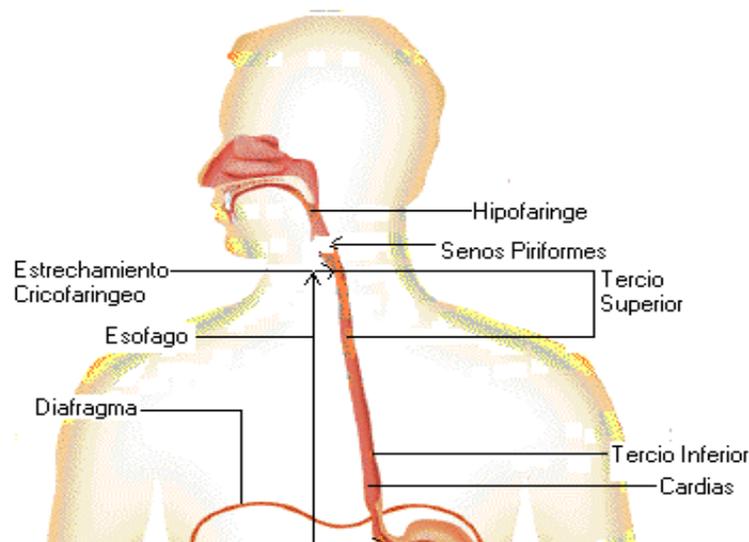


Figura 1. Esquema del esófago y su división en tercios

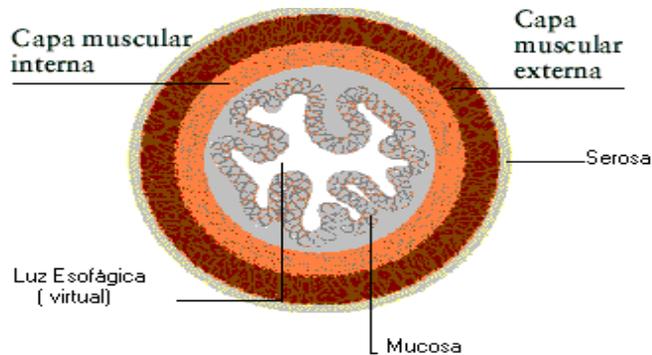


Figura 2. *Corte transversal del esófago*

Anatómicamente se divide en tres porciones perfectamente definidas que son: el esófago cervical, el cual se extiende por delante de la columna vertebral cervical desde aproximadamente C5 y C6 hasta D1 o D2, esta longitud depende del sexo (más corto en el femenino) y el tipo constitucional (más largo en los longilíneos), y por detrás de la tráquea. En esta porción del órgano se encuentra el primer estrechamiento fisiológico aunque verdaderamente es un esfínter, es el llamado estrechamiento cricofaríngeo por situarse por detrás del cartílago del mismo nombre, dicho estrechamiento es el más importante desde el punto de vista de los cuerpos extraños ya que la gran mayoría se detienen a ese nivel.

A partir de D2 se encuentra el esófago torácico que transcurre algo desplazado a la izquierda de la columna vertebral, el tercio medio del esófago tiene como punto de interés endoscópico un estrechamiento por compresión que le hace el cayado aórtico y es de mayor importancia en las personas de edad avanzada, donde el botón aórtico se hace muy prominente, algo más abajo la aurícula derecha le hace una pequeña impresión y deja ya las grandes estructuras del mediastino, tenemos también el tercio inferior, el cual logra atravesar el diafragma y presenta una corta expresión intrabdominal para unirse al estómago.

Patogenia

Varía notablemente en los diferentes grupos humanos, en la infancia resultan muy frecuentes por el hábito que tienen los niños de llevarse, en sus juegos, los más disímiles objetos a la boca, son muy peligrosos por debajo de los 4 años de edad ya que pueden producir asfixia por compresión de la pared posterior membranosa de la tráquea. Otro grupo que le sigue es el de las edades avanzadas, donde la pérdida del aparato masticatorio (edentes) o el uso de prótesis alteran la sensibilidad del paladar e impiden la evaluación voluntaria del volumen del bolo alimentario, todo lo anterior se suma a cierto grado de incoordinación neuromuscular en el mecanismo complejo de la deglución y el resultado es la notable incidencia de este accidente en el adulto mayor; también está el grupo de los alineados

mentales encefalopáticos, es decir, el de todas aquellas personas incapacitadas mentalmente y que es de difícil control y diagnóstico.

En el adulto joven los cuerpos extraños esofágicos son consecuencia de un descuido en el acto de comer o por el uso de prótesis dentales parciales de construcción y diseño defectuosas, aunque no debemos olvidar que pueden verse en pacientes comatosos, víctimas de accidentes del tránsito, alcohólicos y epilépticos.

Cuadro clínico

Va a estar dado por el lugar de detención del cuerpo extraño, la edad del paciente y la naturaleza del objeto deglutido (su volumen, características físicas, etc.)

Cuerpo extraño en esófago cervical

En el adulto se recoge el antecedente de haber ingerido alimentos que contienen huesos o espinas, aunque este detalle tiene que ser referido por los familiares cercanos en los grupos especiales descritos anteriormente, a partir de ese momento el enfermo acusa sensación de cuerpo extraño en la región cricoidea, disfagia alta y odinofagia. En dependencia del tamaño del cuerpo extraño aparece la sialorrea abundante debido a la imposibilidad de que esta sea deglutida por estar ocluida la luz del órgano o por el estímulo reflejo que provoca aumento de la salivación, el dolor es muy frecuente sobre todo en los objetos puntiagudos y a veces llega a dominar el cuadro clínico. La disnea por compresión posterior de la traquea no es exclusiva de los niños y la podemos encontrar cuando se trata de objetos muy voluminosos. En el niño y otras personas que no pueden referir sus síntomas, además del cuadro dramático disneico, aparece una marcada sialorrea y el paciente se niega absolutamente a ingerir alimentos.

Diagnóstico

La indagación de los antecedentes debe preceder a todo diagnóstico, a continuación es necesario un examen de la faringe e hipofaringe donde podemos encontrar desgarros mucosos y sobre todo, la detención de saliva en senos piriformes conocido como el signo de Jackson, tampoco se debe omitir la palpación del cuello buscando enfisema y puntos específicos dolorosos, casi siempre a nivel del tiroides o cricoides.

A partir de este momento es necesario para establecer el diagnóstico el uso de los exámenes radiográficos, en el caso que nos ocupa basta con el estudio del esófago cervical, con el cuello en hiperextensión. Si se sospecha de un objeto radiopaco (monedas, alfileres u otros de carácter metálicos) el examen será simple, pero si se trata de uno radiotransparente como la carne, dicho estudio será contrastado. Se impone describir brevemente una técnica radiográfica especial, ideada hace mucho tiempo para estos fines diagnósticos y que por su confiabilidad su uso se ha impuesto por la práctica; para ello se utiliza una pequeña mota de algodón embebida en papilla de bario que se le da a ingerir al paciente, un par de minutos después hacemos la toma radiográfica en la posición antes señalada, habitualmente en algunos casos la mota de algodón baritado se detiene sobre el cuerpo extraño, en otros lo deja teñido haciéndolo visible en la radiografía; sin embargo, en algunas oportunidades este examen resulta negativo, cuando esto ocurre y ante una sospecha razonable, se procederá al estudio del esófago con igual técnica pero bajo control de pantalla fluoroscópica, donde es posible detectar el proceso dinámico de la deglución y si aparece una detención aunque sea momentánea en el lugar de posible ubicación del cuerpo extraño (**figura 3**).

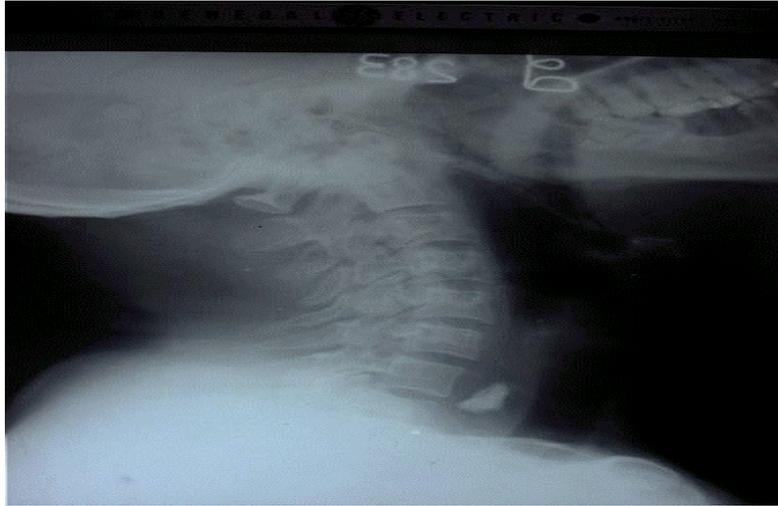


Figura 3. Radiografía simple del esófago. Se observa claramente el cuerpo extraño (hueso) situado por debajo del estrechamiento cricofaríngeo

Otro signo radiográfico importante es el desplazamiento anterior de la tráquea por el cuerpo extraño voluminoso y la presencia de aire en la cavidad virtual del esófago que se ha hecho real por estar ocupada su luz, lo que es conocido como falso signo de meningerodes.

Si todo lo anterior resulta negativo o dudoso y en el enfermo persisten los síntomas, se indica la esofagoscopia exploradora, la cual se convierte en un medio diagnóstico y terapéutico.

Cuerpo extraño en tercio medio del esófago

Menos frecuentes que los anteriores y tienen notables variaciones en sus manifestaciones, persisten sensaciones de cuerpo extraño retroesternal, con carácter opresivo, a veces, y dolor a este nivel que ocasionalmente puede ser hipopersistente. Todo ello se suma a la disfagia y a la sialorrea en relación directa con las características y volumen del objeto deglutido.

Diagnóstico

Insistimos en la importancia de la indagación de los antecedentes, el examen laringoscópico solo indicará la retención de saliva en la hipofaringe, por lo que lo primero reviste importancia vital.

En estos casos se indica el estudio radiográfico contrastado, pero en vista oblicua anterior derecha, aunque muchas veces por la superposición ósea de las estructuras vecinas es muy difícil la visualización del cuerpo extraño. El examen endoscópico se impone ante la persistencia de los síntomas como explicamos en el caso de los de ubicación cervical.

Cuerpo extraño en tercio inferior de esófago

Son los menos comunes, en estos casos el objeto ha logrado transitar casi por todo el órgano sin detenerse y lo hace aquí, casi siempre, por un espasmo del cardias que ha aparecido en forma refleja. No debemos olvidar que muchas veces la detención de alimentos comunes a este nivel puede ser la primera manifestación de una neoplasia maligna del tercio inferior que

es precisamente la ubicación más común de este cáncer, también lo hemos observado como punto de detención en aquellos pacientes portadores de estenosis cáusticas del órgano.

Diagnóstico

Solo los síntomas son diferentes, el paciente acusa además de los malestares comunes a los del tercio medio, dolor y sensación de cuerpo extraño en la región epigástrica; a veces, las manifestaciones de náuseas, acompañadas de vómitos, pueden dominar el cuadro clínico.

Los estudios radiográficos y la conducta endoscópica son iguales a los recomendados cuando hay presencia de cuerpos extraños en tercio medio.

Tratamiento

Desde finales del siglo pasado en que Killiam realizó con éxito, en Alemania, las primeras esofagoscopias para la extracción de los cuerpos extraños esofágicos este ha sido el proceder curativo más eficiente; en el curso de las primeras décadas de este siglo se continuaron perfeccionando los instrumentos y las técnicas de extracción (Jackson, Robert, etc.). En nuestro medio hemos preconizado el uso de anestesia general con relajación muscular para la esofagoscopia, por esta indicación se han reducido al mínimo las complicaciones antaño tan frecuentes; aún son perfeccionados los instrumentos de esofagoscopia con la mejora de los sistemas de iluminación por fibra óptica y el uso de pinzas ópticas de diseño especial, todo ello ha permitido identificar a este proceder como un elemento muy seguro, indicado tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de los cuerpos extraños esofágicos en todas las edades.

Las maniobras de extracción, con el empleo de sondas de balón y otros medios análogos, están contraindicadas por ser inseguras y peligrosas.

En los últimos tiempos se ha divulgado la maniobra de Heimlich, con fines de salvar vidas ante una situación de asfixia inminente, única circunstancia en la que aprobamos su realización.

Las complicaciones están relacionadas con la naturaleza y ubicación del cuerpo extraño, así, aquellos capaces de comprimir la tráquea cartilaginosa provocarán una grave insuficiencia respiratoria aguda, a menudo fatal; no resultan menos dramáticas aquellas en las cuales se produce la perforación del esófago por un cuerpo extraño puntiagudo que en ocasiones daña a un vaso importante, genera una hemorragia cataclísmica y es común que permita el paso de gérmenes muy agresivos a los espacios profundos del cuello o al mediastino, ambas situaciones muy graves.

Teniendo en cuenta todo lo anterior reiteramos la importancia de una cuidadosa exploración radiográfica de estos pacientes, en la placa simple podemos observar, por ejemplo, la presencia de aire entre el esófago y la columna vertebral que es el llamado signo de Mengerodes verdadero, en otros casos líneas de aire que traducen enfisema prevertebral, mediastínico e incluso en neumopericardio, todos ellos signos inequívocos de una perforación esofágica; antes de la perforación como tal solemos ver signos de peri-esofagitis, dados por el ensanchamiento del espacio retroesofágico, muchas veces si se logra extraer el cuerpo extraño no pasa de esta etapa, pero si ocurre la perforación, solo queda la alternativa de un proceder quirúrgico, con el fin de cerrarla para producir el drenaje de los planos profundos del cuello o mediastinales; dicho proceder estará acompañado de un plan terapéutico con antibióticos para combatir a los microorganismos que han penetrado en estos espacios, generalmente se trata de los gérmenes gramnegativos.

Profilaxis

Una adecuada vigilancia de los adultos sobre los juguetes de los niños puede evitar lamentables accidentes, no deben de colocarse al alcance de bebés o menores de 4 años objetos formados por piezas pequeñas, frutas como el anoncillo (o mamoncillo) cuya voluminosa semilla puede ser fatal alojada en el esófago de un pequeño, y a veces es suministrada por otros niños mayores, ignorantes del peligro; todos los alimentos para pequeños deben ser inspeccionados meticulosamente por la persona que los prepara, sobre todo carnes y pescados.

Especial interés lo constituye el cuidado de las prótesis dentales, las cuales por razones estéticas las usan muchas personas a pesar de estar fracturadas o construidas defectuosamente, otras veces duermen con ellas y son deglutidas durante el sueño.

El personal de salud responsable del cuidado de enfermos e incapacitados mentales debe de ser en extremo cuidadoso de sus funciones, tanto en la confección de sus alimentos como en la vigilancia de ellos.

Cuando se reciban en las unidades de emergencia pacientes politraumatizados, comatosos o con crisis epilépticas es importante retirar las prótesis dentales removibles, las cuales frecuentemente son deglutidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benenson A. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. 16 ed. New York:OPS, 1997 (Publicación científica No. 564).
2. Berendes J, Link R, Zollner F. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Thieme Verlag. Stuttgart. 1970.
3. Ballantyne J, Groves J. Diseases of the ear, nose and throat. Londres:Butterworth and Company, 1965.
4. Cummings Ch, Fredrickson JM, Harker Lee A, Krause Ch J, Schuller DE. Otolaryngology Head and Neck Surgery. St. Louis: Mosby Yerm Book, 1995
5. Jackson C, Jackson CL. Diseases of the ear, nose and throat. Philadelphia: W.B Saunders, 1959.
6. Gonzalo de Sebastián. Audiología práctica. 4ed. Madrid:Editorial Médica Panamericana,1994
7. Katz J. Handbook of Clinical Audiology. 4ed. Baltimlore:Williams and Wilkins, 1994.
8. Portmann M, Portmann C. Audiometría Clínica. 3ed. Editorial Toray- Masson., 1979.
9. Stig Arlinger. Manual of Practical Audiometry.2 ed. Whurr Publishers Ltd, 1993, vol. 2.
10. Labella T, Lozano A. Manual de Audiometría. Madrid:Editorial Garsi, 1988.
11. Schuknecht H F. Pathology of the Ears, Harvard University Press. Mass. 1974
12. Shambaugh G, Surgery of the Ear. Philadelphia: W.B Saunders, 1967.
13. Zabka J. Rentgenová Diagnostika v Otorhinolaryngií. Státní Zdravotnické Nakladatelství. Praga. Paparella M. Otorrinolaringología. Editora,1967.