

Ingesta accidental de un cuerpo extraño puntiagudo: a propósito de un caso

Gonzalo González García, Esther Elías Villanueva, Esther Aurensanz Clemente, Pilar Murillo Arnal, Itxaropena Jacome Querejeta, Diana García Tirado, Elena Faci Alcalde

Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa». Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2013; 43: 20-23]

RESUMEN

La ingestión de un cuerpo extraño en la edad pediátrica generalmente es un hecho accidental, correspondiendo habitualmente a objetos romos y pequeños que el paciente se introduce en la boca aunque en ocasiones puede deberse a un objeto puntiagudo (aguja, imperdible...) y que puede constituir una situación de emergencia, ante la cual el médico debe actuar con rapidez. Se presenta el caso de un niño de 14 meses que presentó un cuadro de cianosis generalizada y disfonía tras la ingestión de un imperdible. Tras la realización de maniobras de desobstrucción de vía aérea el cuerpo extraño quedó alojado en el tercio superior de esófago, por lo hubo que realizar una endoscopia de urgencia para extraerlo y evitar posibles complicaciones.

PALABRAS CLAVE

Cuerpo extraño, niños, endoscopia.

Accidental ingestion of a pointed foreign body: a case report

ABSTRACT

Foreign body ingestion during childhood is frequently an accidental event, and these foreign bodies are normally blunt objects that children put in their mouths. However, sometimes, foreign bodies can be pointed objects (needle, pin...) and their ingestion may constitute an emergency which would require the rapid intervention of the pediatrician. We introduce a case about a 14 months old child who suddenly presented generalized cyanosis and dysphonia after swallowing a pin. After doing obstructed airway clearance maneuvers, the foreign body got stuck in the upper third of the esophagus, so it was necessary an emergency endoscopy to remove it and to avoid possible complications.

KEY WORDS

Foreign body, children, endoscopy.

Correspondencia: Gonzalo González García
Paseo Fernando el Católico, 41, piso 6.º 3.ª
50006 Zaragoza
e-mail: gonzalezgarciaonzalo@yahoo.es
Recibido: enero de 2013. Aceptado: enero de 2013

INTRODUCCIÓN

Los niños pequeños intentan reconocer los objetos llevándoselos a la boca, siendo más frecuente la ingesta de cuerpos extraños en este período.

Los objetos más frecuentemente ingeridos son monedas, agujas, alfileres, pilas de botón, partes de juguetes y canicas, siendo menos frecuente en la infancia los huesos de pollo y espinas de pescado^(1,2). Cuando el cuerpo extraño ingerido es cortante o puntiagudo, tiene un riesgo mayor de producir alguna perforación en el tubo digestivo^(1,2).

La mayoría de los cuerpos extraños completan su recorrido por el tubo digestivo sin producir complicaciones. Solo el 10-20% requiere extracción endoscópica y menos del 1% precisan de intervención quirúrgica. Los pacientes suelen consultar en las primeras 36 horas de la ingesta, y el motivo más frecuente es el haber presenciado el accidente. De los pacientes que llegan a urgencias el 50% está asintomático, y si aparece clínica, la sintomatología más frecuente es la disfagia, odinofagia, sialorrea, dolor retroesternal o regurgitación. En algunos casos, cuando obstruyen la vía aérea, puede manifestar tos, estridor y disnea, e incluso provocar la muerte del paciente.

Después de estabilizar al paciente resulta imprescindible la realización de un estudio radiológico simple (proyecciones anteroposterior y lateral) para estudiar su localización y descartar la existencia de complicaciones. Afortunadamente la mayoría de los cuerpos extraños son radiopacos y pueden ser identificados en radiografías simples de tórax, cuello o abdomen; sin embargo, objetos tales como espinas de pescado, huesos de pollo, madera o cristal son difíciles de visualizar. En algunos casos será necesaria la realización de una endoscopia para la extracción del cuerpo extraño.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un lactante varón de 14 meses de edad que encontrándose previamente sano presentó un episodio de atragantamiento con una galleta de unos 10 minutos de duración. A su ingreso en urgencias el niño estaba consciente, presentaba cianosis, disfonía e imposibilidad para toser. Se realizaron maniobras de desobstrucción aplicando 5 golpes en región interescapular y el niño comenzó a toser y a llorar desapareciendo la cianosis. En la exploración física posterior se observaba buen estado general con normalidad en la coloración mucocutánea. La auscultación cardiopulmonar era normal así como la exploración de orofaringe y la otoscopia bilateral. El abdomen era blando, depresible, no doloroso a la

palpación y con ausencia de masas palpables y visceromegalias. Las constantes eran adecuadas para su edad y la saturación de oxígeno del 100%. A pesar de la normalidad clínica se decidió realizar una radiografía de tórax anteroposterior donde se visualizó una imagen radiopaca (imperdible abierto) proyectada sobre el esófago (figura 1) y en la radiografía de tórax lateral (figura 2) se localizó



Figura 1. Radiografía de tórax anteroposterior. Imperdible abierto a nivel esofágico.



Figura 2. Radiografía de tórax lateral. Cuerpo extraño intraesofágico.

el objeto a nivel intraesofágico. Se decide traslado al hospital de referencia con servicio de cirugía pediátrica para su extracción vía endoscópica, la cual se realizó bajo anestesia general mediante pinzas de Magill sin incidencias a las 2 horas de la ingestión. El diagnóstico fue de cuerpo extraño intraesofágico y tras comprobar la evolución satisfactoria fue dado de alta recomendando vida y alimentación normal para su edad y control posterior por su pediatra.

DISCUSIÓN

La principal causa de ingestión de cuerpo extraño por niños se debe al descuido de los familiares o cuidadores. Cualquier objeto que pueda ser introducido en la cavidad bucal es susceptible de ser ingerido y de acuerdo a sus características y las del esófago pueden impactarse en uno de sus segmentos.

La ingestión de un cuerpo extraño puede provocar un acceso de tos y atragantamiento, seguido de dolor retroesternal que cede con su paso al estómago. Los síntomas que sugieren que el cuerpo extraño está en el esófago incluyen el dolor torácico y la sialorrea. En ocasiones, por la forma y/o tamaño del objeto, este puede quedar alojado en la vía aérea, provocando una urgencia vital. En estos casos una rápida actuación y la realización de las maniobras de desobstrucción de la vía aérea son imprescindibles para solucionar el cuadro. Ante signos de obstrucción de la vía aérea hay que animar al niño a toser, mientras la tos sea efectiva y el paciente esté consciente. Si el problema no se resuelve, los signos clínicos empeoran y el paciente pierde la consciencia, habría que dar 5 golpes en la región interescapular o realizar compresiones torácicas o abdominales, iniciando después maniobras de resucitación. En los lactantes las compresiones abdominales están contraindicadas por el riesgo de lesión de vísceras a dicho nivel^(3,4,5).

Es importante realizar una radiografía de tórax y abdomen para precisar el tamaño, la localización y la orientación del objeto.

La cianosis, la disfonía y la imposibilidad para toser que presentaba el paciente sugerían que el cuerpo extraño estaba alojado en la vía aérea superior. Tras las maniobras de desobstrucción la clínica desapareció pero el objeto quedó alojado en el esófago. El hecho de realizar una radiografía de tórax a pesar de haber cedido los síntomas causados según se sospechaba por el atragantamiento

con una galleta, nos demostró la existencia de un imperdible en el tercio superior del esófago. La realización posterior de una endoscopia eliminó el cuerpo extraño y disminuyó la posibilidad de producir complicaciones al tratarse de un objeto punzante.

El riesgo de complicaciones tras la ingestión de un cuerpo extraño depende del tamaño, forma, composición y localización del objeto, así como del tiempo transcurrido hasta su diagnóstico⁽²⁾. El 20% de los cuerpos extraños ingeridos quedan alojados en el esófago y tienden a localizarse en zonas de estrechamiento fisiológico^(6,7). El principal riesgo es la producción de ulceraciones esofágicas que pueden complicarse con estenosis o perforación. Los cuerpos extraños alojados en el tercio superior o medio del esófago deben extraerse siempre mediante endoscopia urgente, al igual que los cuerpos extraños punzantes independientemente de su posición intraesofágica. Si el cuerpo extraño está alojado en el tercio inferior del esófago, no es punzante y el paciente está asintomático, puede realizarse un seguimiento hospitalario radiológico y clínico. El 25-30% pasará al estómago de forma espontánea y sin complicaciones⁽⁸⁾. Una vez en el estómago el 80 al 90% de los objetos ingeridos pasa de forma espontánea y sin complicaciones por todo el tracto digestivo restante en 7-10 días.

Es importante prestar especial atención a la ingestión de objetos punzantes, por el alto riesgo de perforación que pueden presentar (15-35%). Los objetos punzantes que los niños ingieren más comúnmente son imperdibles, alfileres, agujas y clips, que representan entre el 5-30% de la ingestión total de objetos.

Las complicaciones por perforación esofágica producidas por un cuerpo extraño punzante pueden ser variadas en función de la estructura mediastínica adyacente a la que afecten. Se han descrito casos de pericarditis, mediastinitis, e incluso la formación de fístulas traqueoesofágicas⁽⁹⁾ de origen traumático.

Es imprescindible la realización de una radiografía simple de tórax o cuello en los niños cuando haya existido clínica compatible con la ingestión de un cuerpo extraño, porque aunque desaparezcan los síntomas, el objeto puede seguir alojado en el esófago. La radiografía nos dará una primera información sobre la naturaleza del objeto y su localización⁽²⁾. Habrá que ser cautelosos con la información que nos aportan los padres sobre el supuesto cuerpo extraño ingerido, ya que estos no suelen estar presentes en el momento del accidente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Genaró J, Mengibar E, Jiménez E, Ametller C, Giralt G. Cuerpos extraños en urgencias pediátricas. *An Pediatr*. 2005; 62: 87-102.
2. Maluenda C, Varea V, Bodas A. Ingesta de cuerpos extraños. En: SEGHNPAEP. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 2.^a ed. 2010. Madrid: Ergon; 132-134.
3. Rivas S, De la Torre CA, Hernández F. Cuerpos extraños. En: Guerrero J, Ruiz JA, Menéndez JJ, Barrios A. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. 5.^a edición. 2011. Madrid: Publimed; 383-388.
4. Nolana JP, Soarb J, Zidemanc DA, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. *Resuscitation*. 2010; 81: 1244-1254.
5. Arqued M, Ventura P. Apertura de vía aérea. Desobstrucción de vía aérea y aspiración de secreciones. En: González G, Rodríguez G (eds.). *Semiología básica y procedimientos comunes en Urgencias Pediátricas*. Madrid: Ergon; 2012; 109-115.
6. Ospina J, Posada ME. Foreign bodies in gastrointestinal tract in children. *Rev Col Gastroenterol*. 2008; 23: 233-238.
7. Llompart A, Reyes J, Ginard D, et al. Abordaje endoscópico de los cuerpos extraños esofágicos. Resultados de una serie retrospectiva de 501 casos. *Gastroenterol Hepatol*. 2002; 25: 448-451.
8. Michaud L, Bellaïche M, Olives JP. Ingestion de corps étrangers chez l'enfant. Recommandations du Groupe franco-phone d'hépatologie, gastroenterology et nutrition pédiatriques. *Arch Pediatr*. 2009; 16: 54-61.
9. Baquero IC, Guijarro E. Cuerpo extraño en esófago. Causal de fístula traqueo-esofágica. *Salud Uninorte*. 2002; 16: 45-52.