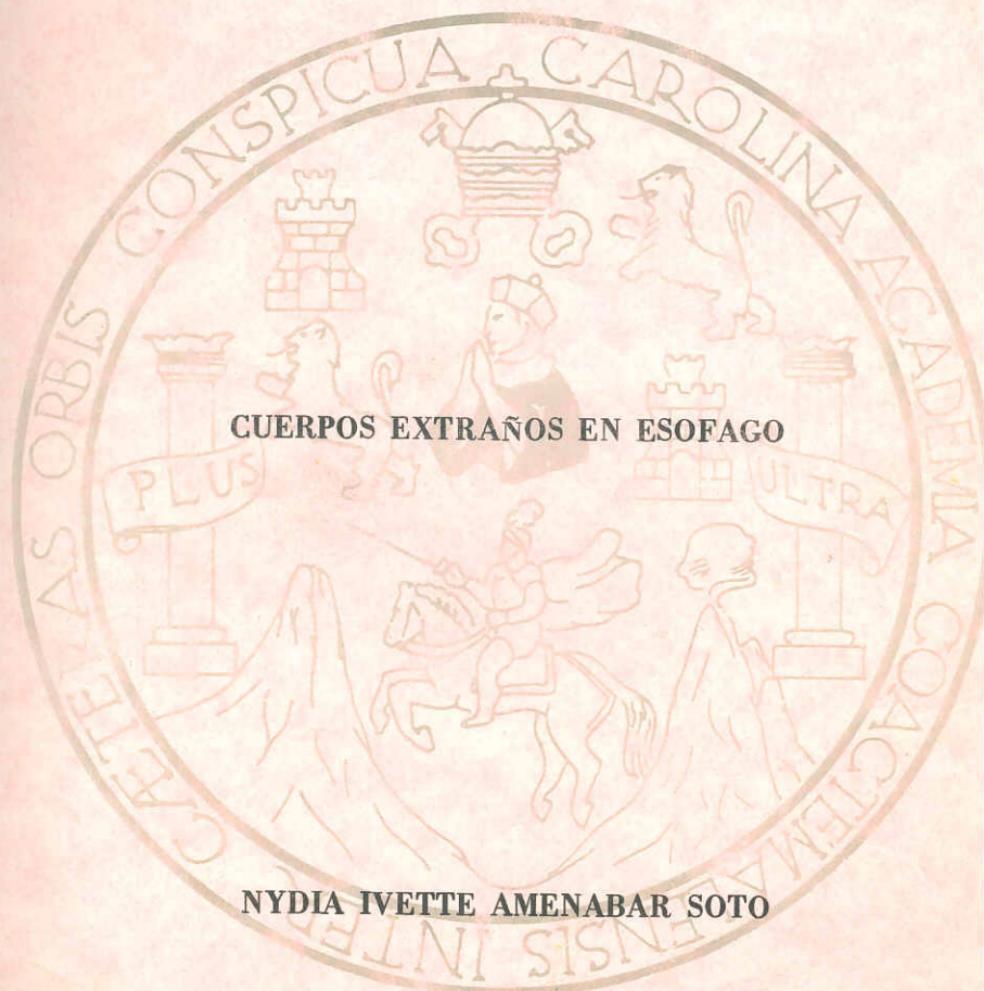


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



INDICE

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. JUSTIFICACION
4. ANTECEDENTES
5. MATERIAL Y METODOS
6. CONSIDERACIONES GENERALES
7. PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS
8. CONCLUSIONES
9. RECOMENDACIONES
10. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo lleva como objetivo presentar la consideración de los médicos en general la existencia de una emergencia bastante frecuente en nuestro medio como son los Cuerpos Extraños en Esófago.

Describo en este trabajo los cuerpos extraños más frecuentes, edades, síntomas, así como los procedimientos que se deben seguir para el diagnóstico y tratamiento de tales accidentes.

El presente trabajo es una revisión de cinco años (1975-1979), en el Hospital General San Juan de Dios, en los Servicios de Pediatría y Adultos.

OBJETIVOS

ENERALES

Contribuir a la difusión de los estudios obtenidos en investigaciones que se han realizado, o están por realizarse.

Lograr la integración de las diversas especialidades Médicas que puedan colaborar en el diagnóstico.

SPECIFICOS

Determinar la clase de Cuerpos Extraños más frecuente en el Esófago.

Determinar la edad y el sexo que más han sido afectados.

Informar sobre la técnica y manejo específico en cada caso presentado.

Discutir las técnicas diagnósticas más acertadas.

Discutir la evolución y complicaciones secundarias más comunes post-cuerpo extraño y post-tratamiento.

JUSTIFICACION

Todo caso de Cuerpo Extraño en el Esófago debe ser considerado como una emergencia, como tal debe ser manejado en forma precisa y eficaz, ésto sólo se logra teniendo un concepto claro de la entidad así como de su manejo, pues de lo anterior depende la pronta recuperación del paciente y la disminución de las complicaciones.

ANTECEDENTES

Considerando que la presencia de cuerpos extraños en esófago es frecuente, las investigaciones que se han realizado son pocas.

A la fecha sólo se encuentra la Tesis efectuada por el Doctor Mario Barrios Flores en el año de 1959, presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, en el acto de su investidura como Médico y Cirujano. En la cual efectuó una revisión de cuerpos extraños en esófago, en el Hospital General San Juan de Dios.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

1. Libro de Registro de Morbilidad de la Emergencia de Pediatría.
- 2.- Libro de Registro de Morbilidad de la Emergencia de Cirugía de Adultos.
3. Archivo del Departamento de Radiología del Hospital General San Juan de Dios.
4. Cuadro específico para la anotación de casos encontrados.
5. Bibliotecas de la Facultad de Ciencias Médicas, Hospital General San Juan de Dios, I.N.C.A.P.
6. Archivo Clínico del Hospital General San Juan de Dios.
7. Archivo Clínico del Departamento de Otorrinolaringología del Hospital San Juan de Dios.

METODOS

INDUCTIVO:

- 1.1 Revisión de Archivos clínicos para la obtención de datos diagnósticos.
- 1.2 Ficha específica para la obtención de datos que conlleva lo siguiente:
 1. Edad.
 2. Sexo.
 3. Síntomas
 4. Medios Diagnósticos: A) Historia B) Rayos X

5. Cuerpo Extraño en esófago.
6. Localización.
7. Tiempo antes de extracción.
8. Tratamiento: Equipo de extracción, anestesia y procedimiento.
9. Tiempo de Hospitalización
10. Evolución.
11. Complicaciones.
12. Mortalidad.

DEDUCTIVO:

- 2.1 Tabulación de datos.
- 2.2 Interpretación y análisis de los datos tabulados.

CONSIDERACIONES GENERALES

ANATOMIA

ESOFAGO

Es un conducto musculomembranoso, continuación de la faringe, que termina en el estómago. Se extiende del borde inferior del cartílago cricoides, al nivel del borde inferior de la sexta vértebra cervical, hasta la cara izquierda del cuerpo vertebral de la décimoprimer vértebra dorsal.

Se halla dirigido verticalmente y desciende por la parte inferior del cuello (porción cervical) y el tórax hasta el diafragma (porción torácica). Atraviesa este músculo, llega a la parte superior de la cavidad abdominal y desemboca en el estómago (porción abdominal).

En estado de distensión no presenta un calibre uniforme, pues posee en primer lugar un estrechamiento cricoides, situado por abajo del cricoides, donde mide de 12 a 15 milímetros de diámetro; esta angostura es constante y la más pequeña de todas. Más abajo se encuentra el estrechamiento aórtico, que corresponde al lugar donde la aorta y el bronquio izquierdo se ponen en contacto con el esófago; mide de 15 a 17 milímetros. Por último, al pasar por el diafragma, exhibe el estrechamiento diafragmático, con un diámetro de 15 a 20 milímetros.

En los intervalos comprendidos entre un estrechamiento y el inmediato se hallan porciones dilatadas, que son de arriba a abajo, el segmento cricoaórtico, segmento broncodiafragmático y el subdiafragmático; la porción enumerada en segundo lugar es la de mayor amplitud.

Cuando el esófago está vacío, su pared interior se pone en

contacto con la posterior. En un corte transversal presenta forma elíptica, con su diámetro mayor dirigido transversalmente.

El esófago está envuelto por una capa celulosa, continuación de la capa perifaríngea, por intermedio de la cual establece relaciones con otros órganos.

En su porción cervical, se relaciona por delante con la traquea, a la que desborda por la izquierda, donde se halla cubierta por el cuerpo tiroides, la arteria tiroidea inferior y el músculo esternotiroideo.

Por atrás está en relación con la aponeurosis prevertebral, con los músculos prevertebrales y con la cara anterior de los cuerpos vertebrales.

A los lados se corresponde con el cuerpo por tiroides y con la arteria tiroidea inferior, con el nervio recurrente que por la izquierda asciende por la cara anterior del esófago, mientras que el derecho tiene relación directa con su cara lateral; un poco más afuera corresponde a la carótida primitiva, a la vena yugular interna y al neumogástrico; finalmente por atrás y afuera al gran simpático.

En su porción torácica está relacionada por delante con la tráquea y con el origen del bronquio izquierdo, a los cuales está unido por tractos conjuntivoelásticos y fibras musculares lisas, que se condensan en la parte inferior de la tráquea, formando el músculo broncoesofágico.

Por abajo del bronquio se relaciona con los ganglios linfáticos intertraqueobrónquicos y más abajo se pone en relación con el fondo de saco de Haller y con el pericardio. Por atrás está en relación con la columna vertebral, con el canal torácico, con las venas ácigos, con las arterias intercostales derechas y en su parte inferior, con la aorta que se interpone entre el esófago y la columna vertebral.

Lateralmente a la derecha corresponde a la pleura mediastina y se interpone al nivel de la cuarta vértebra dorsal el cayado de la ácigos, que cruza el esófago para desembocar en la vena cava superior.

A la izquierda está en relación por arriba con la pleura mediastina, de la que se halla separado después por el cayado de la aorta y la aorta descendente.

Los Neumogástricos suministran múltiples ramos que forman el plexo periesofágico.

En su porción abdominal el esófago está en relación por delante con el neumogástrico izquierdo y con el borde posterior del lóbulo izquierdo del hígado. Hacia atrás se relaciona con el neumogástrico derecho, la aorta y los pilares del diafragma. Por su lado derecho está en relación con el lóbulo de Spiegel y, a la izquierda con la tuberosidad mayor del estómago.

La porción abdominal tiene relación con el peritoneo, el cual cubre la cara anterior.

El esófago está formado por tres capas: una extensa muscular, otra media celular y una interna mucosa.

El esófago recibe sangre arterial de las esofágicas superiores, ramas de la tiroidea inferior; de las esofágicas medias, ramas de las bronquiales; de la aorta y de las intercostales; de las esofágicas inferiores, ramas de las diafragmáticas inferiores y de la coronaria estomáquica. De la red capilar nace un plexo venoso submucoso, del cual emanan el plexo venoso periesofágico. Este emite troncos que van a desembocar a la vena tiroidea inferior, a las ácigos y a la coronaria estomáquica.

Los Linfáticos nacen de una red mucosa y de una red muscular. Los superiores van a desembocar a los ganglios

esternocleidomastoideos y a la cadena que acompaña a los recurrentes. Los medios terminan en los ganglios periesofágicos del grupo mediastínico posterior. Por último los inferiores o abdominales se vierten en los ganglios gástricos superiores.

Inervación, la porción cervical del esófago está inervada por el nervio recurrente ramo del neumogástrico, el cual envía múltiples ramos horizontales, que no rebasan la línea media y forma a ese nivel el plexo esofágico.

La porción torácica recibe ramos del neumogástrico.

Recibe inervación simpática por medio de las ramas del glosofaríngeo y del neumogástrico, el cual posee fibras simpáticas procedentes del ganglio cervical superior.

FISIOLOGIA

Cuando se deglute alimento líquido el bolo se transporta de la faringe al estómago por acción coordinada de los cuatro componentes esofágicos. En el momento que inicia la deglución, el esfínter cricofaríngeo se relaja y su presión intraluminal desciende hasta alcanzar la presión del cuerpo del esófago. La relajación de este esfínter dura poco tiempo, un segundo más o menos, en seguida se contrae hasta producir presión intraluminal superior a los 80 mm. de Hg.

La disposición de las fibras musculares circulares y longitudinales del esófago permiten, tanto disminución de calibre como acortamiento esofágicos, hechos indispensables para una peristalsis eficaz. La onda peristáltica primaria desencadenada por la deglución se caracteriza por contracciones progresivas descendentes hacia el cuerpo del esófago, a velocidad de 2 a 4 cm. por segundo y que generan presión intraluminal de 30 a 60 mm. de Hg. sobre la presión de reposo.

Antes de la contracción peristáltica hay relajación.

La forma de los pliegues mucosos, sus adherencias laxas con la capa muscular y la importante capacidad de elongación de los músculos en estado de relajación, permiten que el esófago se distienda varios centímetros sin que se rompa.

Una sola deglución genera contracción peristáltica que descienden a todo lo largo del esófago. Si ocurre una segunda deglución inmediatamente comienza una segunda onda peristáltica en la porción superior del esófago.

La peristalsis secundaria es una onda peristáltica progresiva que se desencadena sin existir deglución. Se puede desencadenar por bolo alimenticio, regurgitación de contenido gástrico o espontáneamente. Las contracciones segmentarias o terciarias son aperistálticas y pueden ser resultado del estímulo por bolo muy grande, irritantes como ácido regurgitado, después de la deglución en pacientes ancianos. Se consideran espásticas y pueden durar lapsos largos.

Como respuesta a la deglución, el esfínter esofágico inferior se relaja con rapidez y permite que su presión intraluminal disminuya al nivel de la gástrica. Esta relajación dura hasta que la onda peristáltica llega al extremo inferior del esófago. Cuando la onda peristáltica alcanza la porción superior del esfínter éste participa en la contracción con aumento importante en la presión, mientras que la porción inferior del mismo esfínter sólo recobra su tono de reposo de aproximadamente 8 mm. de Hg. por arriba de la presión gástrica.

La acción conjunta del esófago es coordinada por fibras nerviosas vagales o parasimpáticas.

HISTORIA

En Frienburg en 1868, Adolph Kussmaul, Médico Internista, observó por el esófago con luz reflejada, después de estudiar la técnica de una espada tragada.

Chevalier Jackson en Philadelphia introdujo al esofagoscopio con luz distante, telescopio con bulbo incandescente. Su contribución para la esofagoscopía fue uniforme y desarrolló el arte de extraer cuerpos extraños del esófago.

AVANCES MODERNOS

La bujía distal incandescente en el esofagoscopio abierto se ha reemplazado por una iluminación de fibra que provee una luz más brillante, confiable y segura.

Los primeros esofagoscópicos se usaron en base de una serie de lentes pequeños separados con espacios de aire.

Recientemente Hopkins de Reading University efectuó un sistema de telescopios en los cuales los espacios que antes contenían aire se reemplazaron por lentes pulidos, separados por lentes de aires, éste nuevo sistema da más luz y vista más amplia y magnífica.

Hirschowitz y sus Asociados aplicaron óptica de fibra al esofagoscopio en 1958.

Ikeda y asociados aplicaron la óptica de fibra al broncoscopio.

El examen con endoscopía flexible es más seguro y confortable para el paciente y mejor tolerada para el médico.

La contribución mayor para poder documentar ha sido

hecha por Holinger con la cámara Holinger-Brunaker; fotografía por el esofagoscopio de fibra óptica.

La mejor demostración de fotografía endoscópica ha sido por Ward usando los lentes Hopkins con contornos fibriluminación y sistema antinebulosa.

CUERPOS EXTRAÑOS EN ESOFAGO

DEFINICION

Un cuerpo extraño es cualquier objeto o sustancia extraña a la localización en que es hallada.

ETIOLOGIA

Hay varias causas que contribuyen:

- a) Factores Personales: Edad, sexo, ocupación (trabajo, juego), condición social y lugar de residencia. Los cuerpos extraños son más frecuentes en las edades extremas de la vida; los niños se llevan a la boca los objetos más diversos. Los ancianos desdentados o con paladares postizos que no mastican suficientemente ingieren alimentos de un tamaño inadecuado.
- b) Fallo de los mecanismos normales de defensa del individuo; suelo, alcoholismo, epilepsia, inconciencia.
- c) Factores Físicos: Expresión de emociones, actividades, posiciones.
- d) Factores Psíquicos: en los alienados o los suicidas que ingieren cualquier objeto.
- e) Descuido en la colocación inebida de objetos, en la preparación de comidas, permitir a los niños que jueguen mientras comen. El descuido es la causa más común de los cuerpos extraños del esófago.
- f) Anormalidades del esófago: Presenta un espasmo, una

estrechez, un tumor o una parálisis.

PATOLOGIA

Un cuerpo extraño puede quedar detenido a cualquier nivel, pero hay, sin embargo, puntos de predilección:

- a) En seguida de franquear la boca del esófago (músculo cricofaríngeo). Este es el lugar más frecuente debido a la debilidad a ese nivel de la musculatura peristáltica del esófago para hacer progresar un cuerpo extraño.
- b) En segundo punto está por encima de la estrechez aórtica.
- c) En el hiatus diafragmático en comienzo del cardias representa el tercer punto siendo el segundo en cuanto a frecuencia.

SINTOMATOLOGIA

Atorarse o toser mientras se come, disnea, cianosis con síntomas comunes que nos hacen sospechar un cuerpo extraño que puede estar alojado en las vías aéreas o digestivas. Sensación subjetiva constante de tener un cuerpo extraño al deglutar.

Dolor: Frecuentemente presente especialmente con objetos puntiagudos. Su localización es a nivel del cartílago tiroides, retroesternal o extendiéndose a la espalda. Puede ser intenso y constante o aparecer sólo a la deglución (odinofagia).

Disfagia: Casi constantemente presente puede llegar a la afagia.

Regurgitación: Algunas veces el tránsito esofágico está completamente detenido y la ingestión de líquido va seguida de su regurgitación.

Hematemesis y fibra: Puede estar relacionado con el tiempo de contener el cuerpo extraño.

Síntomas relacionados con las vías aéreas: por reflujo de secreciones al intentar deglutir por erosión traqueal a través de la pared esofágica producida por el cuerpo extraño, puede aparecer tos y la aspiración de secreciones o alimentos producir otras complicaciones como atelectasias, supuraciones pulmonares, etc.

Un cuerpo extraño muy voluminoso puede producir disnea por comprensión traqueal.

DIAGNOSTICO

Una historia sugestiva es muy importante. Es examen físico salvo en casos complicados de perforación visceral con dediastinitis o absceso, es negativo. Los cuerpos extraños radio-opacos son fácilmente evidenciables por radioscopia. Buscar desde la boca hasta el ano. Las espinas muy delgadas son la mayoría de veces invisibles a los Rayos X. La ingestión de bario está contraindicada porque además de no ayudar a aclarar el diagnóstico en general actúa como un factor negativo al dificultar la extracción endoscópica por perturbar la visibilidad. Si la radiografía simple no nos aclara el diagnóstico, hagamos ingerir al paciente una cápsula rellena de sustancia opaca; si ésta queda detenida practicaremos una esofagoscopía.

Es preferible practicar un examen endoscópico y no hallar nada que omitirlo y dejar un cuerpo extraño.

Es importante fotografiar un cuerpo extraño ya que plantea problemas diversos.

TRATAMIENTO

La esofagoscopía es el tratamiento de elección para extraer cuerpos extraños.

Las tentativas a ciegas para forzar un cuerpo extraño hacia

el estómago deben ser condenadas por peligrosas.

Si se piensa en la existencia de una perforación en el cuello o mediastino está indicado el abordaje quirúrgico.

En caso de que sea imposible extraer un cuerpo extraño por las vías naturales se abordará el esófago quirúrgicamente; en el cuello por vía pre o retroesternocleidomastoidea; en el tórax por el lado derecho y si se encuentra en el esófago terminal por vía torácica baja o abdominal alta.

SELECCION DEL ESOFAGOSCOPIO Y PINZAS

Es indispensable el esofagoscopio con canal integral de desagüe, de 6 mm. por 35 Cm. para niños. Y de diversos tamaños: 9 mm. por 45 Cm., 9 mm. por 53 Cm. Es necesario una bujía para explorar por delante del esofagoscopio.

Hay esofagoscopios abiertos los cuales son redondos u ovales, con canal de luz y canal aspirados entre la pared.

Los esofagoscopios abiertos designados por Mosher y Jesberg son adecuados para extraer cuerpos extraños. La parte final del esofagoscopio de Jesberg es reforzada para brindar una protección suave y segura.

Cada pinza es especial para cada cuerpo extraño: Pinzas de presión hacia adelante, de ramas en pico de sierra y un tanto cóncavas que sirven para todos los fines corrientes, Pinzas Curvas de presión lateral para usos generales. Pinzas de Rotación para sujetar firmemente un cuerpo, mientras se obtiene contacto céntrico para convertir una presentación desfavorable en favorable. Modelo anular de rotación que sujetta firmemente ciertos cuerpos extraños y, al mismo tiempo deja que se muevan alrededor de un eje. Modelo de C.L. J. para coger la cabeza o el vástago de tornillos, clavos y tachuelas. Pinzas de Lagarto para monedas, botones, carne y ropa.

POSICION DEL PACIENTE

El vérticecefálico del paciente ha de quedar unos 15 cm. por arriba de la mesa, para que el esofagoscopio pase por la porción cervical del esófago, y dos o más cm. por debajo de la mesa para que pase por la porción abdominal de dicho órgano. Es preciso que la cabeza del paciente primero esté levantada y luego baje.

MANEJO DEL ESOFAGOSCOPIO

Con la mano izquierda se afianza el esofagoscopio como si fuese un taco de billar: las falanges terminales de los dedos medio y anular izquierdos forman gancho sobre los dientes superiores y al mismo tiempo el índice y el pulgar de la misma mano rodea el tubo del instrumento y apartan el labio superior, para evitar que se comprima entre el tubo y los dientes superiores. Con la mano derecha se sujetta el esofagoscopio como si fuese una pluma de escribir, por el cuello del mango. Durante la introducción, se dirige el mango hacia arriba, no sólo para mayor seguridad, sino también para respetar el canal de desagüe en el fondo del campo operatorio.

TECNICA DE ESOFAGOSCOPIA

Para claridad de la descripción dividimos la técnica en cuatro tiempos:

Primer tiempo: Entrada en el seno piriforme derecho.

Estando en pie el operador, introduce el esofagoscopio a lo largo del lado derecho de la lengua, hasta la pared faríngea posterior, luego hacia abajo, siguiendo dicha pared. Haciendo con el pulgar izquierdo un movimiento de levantamiento de la punta del esofagoscopio, se pone a la vista la redondeada eminencia aritenoidea derecha. La punta del tubo se dirige entonces un tanto hacia la línea media, adviértase que se desliza fácilmente por el seno piriforme derecho en un trecho de dos o tres cm. después de

lo cual se detiene y se pierde de vista el interior del conducto: ésta es la constrictión tónica cricofaríngea, ésto es, la cuarta cricofaríngea.

Segundo Tiempo: Paso por la constrictión cricofaríngea:

No se ha de hacer fuerza alguna, sino presión firme, pero moderada, contra el músculo tricofaríngeo, que esté en contracción tónica, al mismo tiempo que se levanta hacia adelante el extremo distal del esofagoscopio con el pulgar izquierdo. A los pocos segundos, a veces hasta un minuto de espera, por regla general se ve el interior de un conducto en la porción superior del campo endoscópico para cerciorarse de ello se introduce una bujía exploradora.

Mantener la dirección general del eje, como si se apuntase a la línea media del tórax, según indica la línea media del manubrio del esternón. La punta del esofagoscopio penetra entonces en el orificio ya abierto y el extremo inclinado se desliza sobre el pliegue del músculo cricofaríngeo, hasta penetrar en la porción cervical del esófago.

Tercer Tiempo: Paso por la porción torácica del esófago

Se verá que el conducto de la porción torácica del esófago se ensancha en el acto de la inspiración y se contrae en el de la espiración a causa de que la presión intratorácica varía cuando penetra aire por el esofagoscopio; éste suele deslizarse fácilmente por esa porción torácica. Una vez pasados los puntos correspondientes a la aorta y al bronquio izquierdo parece como que el conducto esofágico tuviese tendencia a desaparecer por delante, es preciso mantener la luz del conducto en vista axial.

Cuarto Tiempo: Paso por la Constricción del Hiato

Vista con el endoscopio la constrictión del hiato puede adquirir forma de ranura o de roseta. Si no es posible hallar prontamente el hiato; se vuelve la boca del tubo más hacia a la izquierda y adelante; entonces la bujía exploradora encuentra sin

peligro el hiato. Cuando la boca del tubo está en el centro de la constrictión la presión moderadamente firme, continuada por poco tiempo, la hará ceder, entonces penetra sin dificultad en la porción abdominal del esófago, el cardias se descubre por los pliegues rojizos de mucosa gástrica y por el aflujo de líquido procedente del estómago.

EXTRACCION DE CUERPOS EXTRAÑOS

Las pinzas se sujetan con la mano derecha, el pulgar introducido en un anillo y el dedo anular en el otro. Estos dedos se utilizan para abrir y cerrar las pinzas y toda tracción y propulsión se hace con el índice de la misma mano, que se coloca cerca y por debajo del estilete.

Es indispensable hacer la selección y la prueba de las pinzas con un facsímil del cuerpo extraño.

Las pinzas de rotación son útiles para la extracción de huesos, dentaduras y otros cuerpos grandes enclavados, por razón de que hacen presión firme y ello no obstante, permite que el cuerpo se balanceee. Las esquirlas se manipulan, lo mismo que las agujas y los alfileres, tratado de hallar y envainar la punta en el tubo, antes de ejercer tracción. Los huesos clavados se prenden por un extremo, con pinzas para rotación a efecto de que se balanceen y puedan dejar sus ejes longitudinales paralelos al eje longitudinal del esofagoscopio.

Las mejores pinzas para un barrilete son las de bola, aplicadas a una de las cuatro extremidades globulares.

Cualquier otra presentación que no sea por la extremidad globular, es inadecuada y se debe convertir en una favorable.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO NUMERO 1

Edad	No. de Casos	Porcentaje
0 - 2 á	22	37.29
3 - 6	17	28.81
7 - 12	3	5.08
13 - 23	4	6.78
24 - 33	1	1.69
34 - 43	4	5.08
44 - 53	2	3.39
54 y más	6	10.17
Total	59	100.00

El 37.29% se encontró entre las edades de 0-2 años, siguiendo las edades de 3-6 años con un porcentaje de 28.81% y de 54 años en adelante con un porcentaje de 10.17.

Los Cuerpos Extraños son más frecuentes en las edades extremas de la vida; los niños se llevan a la boca los objetos más diversos los cuales son deglutidos y quedan detenidos en el esófago. Las personas con placa dental o de edad avanzada que no mastican suficientemente, ingieren alimentos de un tamaño inadecuado y

fragmentos óseos (trazos de hueso, espinas).

CUADRO NUMERO 2

Sexo	No. de Casos	Porcentaje
Femenino	29	49.15
Masculino	30	50.85
Total	59	100.00

La diferencia por sexo no es significativa: el sexo masculino presentó únicamente un caso más que el sexo femenino.

CUADRO NUMERO 3

Síntomas	No. de Casos	Porcentaje
Disfagia	29	49.15
Vómitos	25	42.37
Dolor	15	25.42
Sialorrea	12	20.34
Ninguna	7	11.86
Tos	5	8.47
Disnea	3	5.08
Fiebre	3	5.08
Total	59	100.00

Los síntomas más sobresalientes fueron: disfagia con un 49.15%, vómitos con 42.37% y dolor con 25.42%. Se encontró un porcentaje de 11% que no presentaron sintomatología los cuales eran niños de corta edad.

MEDIOS DIAGNOSTICOS

CUADRO NUMERO 4-A

	No. de Casos	Porcentaje
Historia Dx	58	98.31
Sin Historia	1	1.69
Total	59	100.00

Presentaron historia de Cuerpo Extraño en Esófago el 98.31%o. Univamente se presentó un caso con historia de "bronquitis" de 3 meses de evolución al efectuarle estudios radiográficos se encontró un cuerpo extraño en esófago.

Una causa determinante para hacer el Diagnóstico y Tratamiento de inmediato lo constituye una buena historia de los Padres o personas que acompañen al Paciente; historia cuidadosa que describa el tipo y forma del Cuerpo Extraño, tiempo del suceso, la sintomatología inmediata que presentó y las medidas que se hayan tomado (remedios caseros).

CUADRO NUMERO 4-B

	No. de Casos	Porcentaje
Radiografía Dx	59	100.00
Sin Radiografía	0	0
Total	59	100.00

El 100%o de los casos presentó examen radiográfico anteroposterior y lateral; es indudable que la ayuda que proporciona los Rayos X es muy valiosa, ayudando a hacer un diagnóstico más preciso.

CUADRO NUMERO 5

Cuerpos Extraños	No. de Casos	Porcentaje
Moneda 0.01	33	55.93
Hueso Pollo	7	11.86
Hueso marrano	4	6.78
Moneda 0.05	2	3.39
Carne, sin masticar	2	3.39
Moneda de 0.10	1	1.69
Protesis Dental	1	1.69
Gancho de metal, ropa	1	1.69
Arete de plástico	1	1.69
Corta-Uñas	1	1.69
Pepita níspero	1	1.69
Escamas de pescado	1	1.69
Espina de Pescado	1	1.69
Hebillas de metal	1	1.69
Anillo	1	1.69
Total	59	100.00

El Cuerpo Extraño más frecuentemente encontrado fueron las monedas de 0.01 centavo con un porcentaje de 55.93%; las cuales fueron deglutidas por niños al estar jugando con ellas. El 11.86% lo presentó los huesos de pollo; placas dentales superiores

al no permitir la sensación táctil en el paladar pueden impedir la detección de un fragmento óseo.

CUADRO NUMERO 6

Localización	No. de Casos	Porcentaje
1/3 Superior Esófago	56	94.92
1/3 Medio Esófago	2	3.39
1/3 Inferior Esófago	1	1.69
Total	59	100.00

El 1/3 superior del esófago presentó un porcentaje de 94.92%. La porción cervical del esófago inmediantemente por debajo de la constrictión cricofaríngea es el sitio más frecuente de alojamiento, debido a la debilidad a ese nivel de la musculatura peristáltica para hacer progresar un cuerpo extraño.

CUADRO NUMERO 7

Tiempo antes extracción	No. de Casos	Porcentaje
1 día	39	66.10
2 días	3	5.08
3 días	8	13.56
4 días	2	3.39
5 días	1	1.69
6 días	1	1.69
7 días	2	3.39
8 días	2	3.39
3 meses	1	1.69
Total	59	100.00

El 66.10% de los Cuerpos Extraños fueron extraídos en el transcurso de las primeras 24 horas; debido a la prontitud con que consultaron, medidas diagnósticas y tratamiento inmediato.

CUADRO NUMERO 8

Tratamiento	No. de Casos	Porcentaje
Esofagoscopia con extracción	58	98.31
Esofagotomía	1	1.69
Total	59	100.00

Se efectuó esofagoscopía con extracción en un 98.31% por ser el Tratamiento de elección, con resultados satisfactorios. Se realizó esofagotomía por presentar una prótesis dental total en esófago; con buenos resultados.

CUADRO NUMERO 9

Equipo	No. de Casos	Porcentaje
Esofagoscopio y pinzas	58	98.31
Otro equipo quirúrgico	1	1.69
Total	59	100.00

Se utilizó esofagoscopio y pinzas de extracción en el 98.31%, únicamente en el caso de la esofagotomía se utilizó otra clase de equipo quirúrgico.

CUADRO NUMERO 10

Anestesia	No. de Casos	Porcentaje
General	56	94.92
Local	3	5.08
Total	59	100.00

Se administró anestesia general en el 94.92% porque se requería relajación muscular máxima. Solamente el 5.08% ó sea 3 casos, se administró anestesia local en pacientes adultos.

CUADRO NUMERO 11

Tiempo Hospitalización	No. Casos	Porcentaje
1 día	27	45.76
2 días	22	37.29
3 días	4	6.78
4 días	2	3.39
5 días	1	1.69
6 días	1	1.69
12 días	1	1.69
15 días	1	1.69
Total	59	100.00

El tiempo de hospitalización fue de 24 horas en el 45.76o/o y de dos días en el 37.29o/o; por ser una emergencia se efectuaron los medios diagnósticos y Tratamiento de inmediato.

CUADRO NUMERO 12

Complicaciones	No. de Casos	Porcentaje
Negativo	57	96.61
Positivo	2	3.39
Total	59	100.00

Solamente se presentó 3.39o/o de complicaciones las cuales fueron: Perforación Cervical y Erosión Esofágica. Las cuales evolucionaron satisfactoriamente.

El 96.61o/o no presentó complicación post-cuerpo extraño, post-esofagoscopía. Lo cual indica que la esofagoscopía es un procedimiento seguro y eficaz.

CUADRO NUMERO 13

Evolución Post-Extracción	No. de Casos	Porcentaje
Satisfactoria	59	100.00
Insatisfactoria	0	0
Total	59	100.00

Evolucionaron satisfactoriamente los 59 casos; sin ningún problema. La esofagoscopía es un procedimiento de primera elección.

CUADRO NUMERO 14

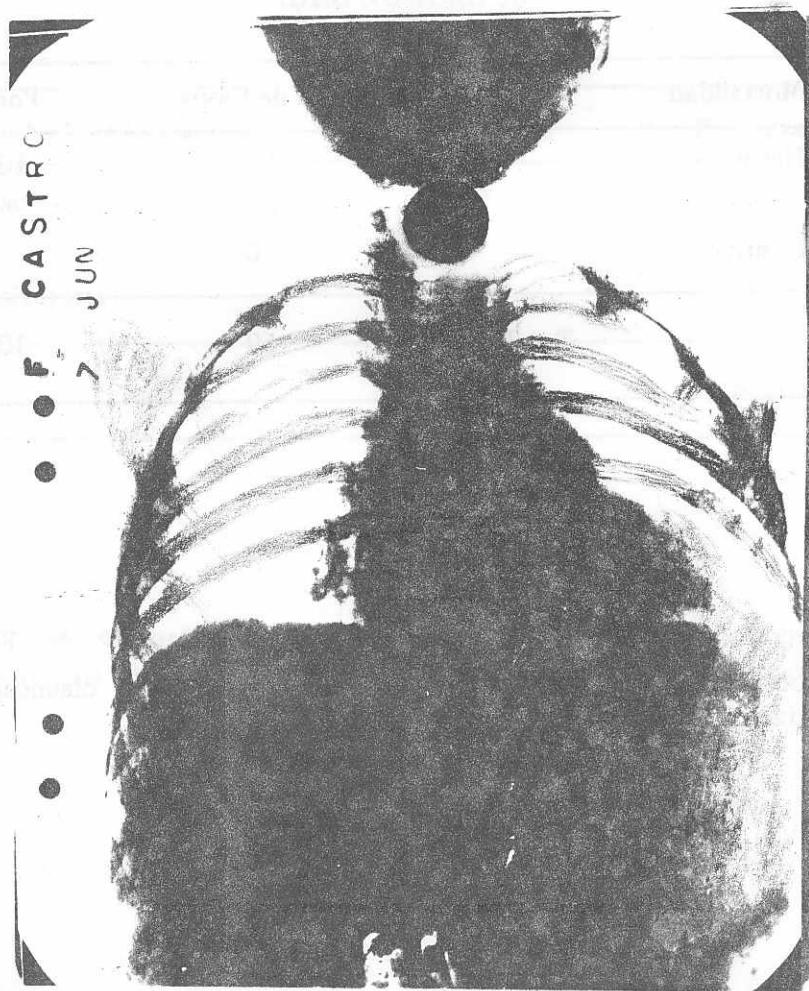
Mortalidad	No. de Casos	Porcentaje
Negativo	59	100.00
Positivo	0	0
Total	59	100.00

La Mortalidad fue negativa, ningún caso se presentó post-cuerpo extraño; se administraron las medidas diagnósticas y tratamiento adecuado.

CONCLUSIONES

- 1.- En este estudio se encontró un porcentaje de 66.10o/o de Cuerpos Extraños en el grupo de 0 - 6 años de edad.
- 2.- Los dos sexos son igualmente afectados por Cuerpos Extraños en Esófago.
- 3.- La disfagia, vómitos y el dolor son los síntomas más frecuentemente encontrados.
- 4.- Una historia fidedigna brinda un excelente medio diagnóstico.
- 5.- Los estudios Radiológicos son de vital importancia para verificar la existencia, naturaleza y forma del Cuerpo Extraño.
- 6.- La localización más frecuente en el esófago fue en el 1/3 superior.
- 7.- De los Cuerpos Extraños en general los más frecuentemente encontrados fueron en su orden:
 - a) Monedas
 - b) Fragmentos Oseos.
 - c) Fragmentos de Carne.
- 8.- El 66.10o/o de los Cuerpos Extraños se extrajeron en las primeras 24 horas.
- 9.- La Esofagoscopía con extracción del Cuerpo Extraño es el tratamiento de elección.
- 10.- El Esofagoscopio y la pinza de extracción es el equipo de elección.

Moneda de 1 centavo en 1/3 superior
de Esófago.



CASTRO
JUN

- 11.- En la mayoría de los casos se administró Anestesia General.
- 12.- El tiempo de hospitalización de los pacientes tratados con esofagoscopía fue menor de 48 horas en promedio.
- 13.- La Esofagoscopía es un tratamiento seguro y eficaz.

RECOMENDACIONES

- 1.- Todo paciente que tenga historia de haber ingerido algún cuerpo extraño hay que hacerle estudios radiográficos.
- 2.- No efectuar ninguna maniobra a ciegas para intentar extraer cuerpos extraños del esófago.
- 3.- Los Cuerpos Extraños deben ser extraídos por Médicos calificados en esta técnica, para evitar serias complicaciones. (Perforación).
- 4.- Proveer a todos los hospitales, especialmente a los que tengan Servicio de Emergencia de un Esofagoscopio y pinzas de Extracción.
- 5.- Insistir sobre los peligros de un cuerpo extraño en el esófago a los Padres, Maestros y Niñeras.
- 6.- Actualizar dentro de las instituciones de Prevención de Accidentes, los riesgos producidos por guardar en la boca determinados objetos como: clavos, pescados, anzuelos, alfileres, grampas, etc.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ballenger Jacob, Joh. Diseases of the Nose, throat, and ear. Ed. Copyright. Philadelphia. 1977. 997-1017. 1071-1074.
- 2.- Beriel F. Diseases of the Nose, Throat and Ear. Edited John Wright and Sons LTD. Eight Edition. Bristol 1977. 215-222.
- 3.- Boies Laurence. Fundamental of Otolaryngology, A Textbook of Ear, Nose and Throat Disease. W. B. Saunders Company. Philadelphia. 1961. 420-424.
- 4.- De Weese. Tratado de Otorrinolaringología. Editorial Interamericana, S. A. 1973. México, 161-167.
- 5.- Ferguson C. F. and Flake. Endoscopy in the Diagnosis of Pediatric Problems. J.A.M.A. 1960. 164-180.
- 6.- Germais Ward. Practical Otolaryngology. Copyright. Massachusetts. 1965. 298-302.
- 7.- Guyton, Arthur C. Tratado de Fisiología Médica. Cuarta Edición. Ed. Interamericana. México. 1971. 790-793.
- 8.- Hirschowitz B.J. Demonstration of a New Gastroscope the Fibergastroscope. Ed. John Wright. 1966. 35-30.
- 9.- Huizinga E. On Esophagoscopy and word swallowing. Ann Otol Rhinol Laryngol. Boston. 1969. 78-103.
- 10.- Jackson Chevalier, and Jackson Chevalier L. Otorrinolaringología y Broncoesfagología. Ed. Unión Tipográfica Hispanoamericana. México. 1959. 1062-1083.
- 11.- Major R, H. A History of Medicine. Ed. Spring Field. New York. 1964. 34-89.

- 12.- Martínez Romero Antonio. El Esófago como órgano digestivo extraabdominal. Ed. Gráficas Orión. Madrid. 1974. 1-15.
- 13.- Nelson Waldo E. Tratado de Pediatría. Ed. Salvat, S. A. México. 1977. 788-789.
- 14.- Ono J. and Saito S. Endoscopic Microsurgery of the Larynx and Otol ,rhinol. The Williams Co. Baltimore. 1971. 80-211.
- 15.- Quiróz Gutiérrez Fernando. Anatomía Humana. Ed. Porrúa, S. A. México. 1975. 120-127.
- 16.- Resano J. Horacio. Perforaciones Esofágicas. Ed. Montalvo. Madrid. 1976. 1242-1251.
- 17.- Ritter F. N. Questionable Methods of Foreign Body Treatment. Ed. Pergamon Press. Inc. New York. 1974. 87-96.
- 18.- Sabiston David C. Jr. Tratado de Patología Quirúrgica. Décima Edición. Ed. Interamericana. México. 1974. 1177-1180.
- 19.- Sodeman A. William Jr. Pathologic - Physiology. Saunders Company. Philadelphia. 1978. 664-673.
- 20.- Tato Manuel. Alonso Justo M. Tratado de Otorrinolaringología y broncoesofagología. Ed. Paz Montalvo. Madrid. 1976. 1238-1241.
- 21.- Zizmer Judag. Noyec Arnold. An Atlas Of Otolaryngologic Radiology. Ed. W. B. Saunders Company. Philadelphia. 1978. 462-479.

Br.

Nydia Ivette Amenábar Seto

Dr.

Carles Fortuny L.
Asesor.

Dr.

Carlos Davila
Revisor.

Dr.

Hector A. Nuila A.
Director de Fase III

Dr.

Raul A. Castille R.
Secretario

Voc. Bo.

Dr.

Roland Castille Montalvo.
Decano