

**CUERPO EXTRAÑO EN EL TUBO DIGESTIVO**

Autores:

Dr. Romero Manteola Enrique M.P.Nº 20339/3  
Esp. Cirugía Pediátrica Nº 7089  
Hospital de Niños de la Santísima Trinidad

Dra. Carolina Riga M.P.Nº 21793/8  
Esp. Pediatría Nº 7463  
Esp. Gastroenterología Pediátrica Nº 11963  
Hospital de Niños de la Santísima Trinidad,

**DEFINICIÓN:** Objetos ingeridos por boca, habitualmente en forma accidental y que es susceptible de producir lesiones o complicaciones.

**EPIDEMIOLOGÍA:** Más frecuente entre los 6 meses y 6 años.

**ETIOLOGÍA Y FISIOPATOGENIA:** La propensión de los niños pequeños a explorar su entorno y a llevar todo tipo de objetos a su boca es la principal causa de este accidente. El sitio de alojamiento dependerá del tamaño y la forma del objeto. La impactación, perforación u obstrucción en general ocurre en angulaciones o estrechamientos anatómicos del tracto gastrointestinal: cricofaríngeo, impronta broncoartrica o hiato diafragmático en el esófago, píloro en el estómago y duodeno, ángulo de Treitz o válvula ileocecal en el intestino delgado. El 95 % de los que progresan al estómago podrán ser eliminados espontáneamente en 2 a 6 días. Pacientes con cirugías previas o malformaciones congénitas tienen mayor riesgo.

**CUADRO CLÍNICO:**

- Asintomático.
- Odinofagia o disfagia.
- Rechazo del alimento.
- Vómitos.
- Dificultad respiratoria.
- Babeo, sialorrea (con o sin sangre).
- Dolor.
- Estridor respiratorio.
- Sensación de asfixia.
- Fiebre, taquipnea, enfisema subcutáneo (perforación)
- Hematemesis (raro/ fístula Ao-esofágica)
- Síndrome pilórico.
- Obstrucción intestinal.

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**

- Rx. directa de cuello, tórax y abdomen. Evaluar: localización, tipo, tamaño y número. Aire en mediastino, subdiafragmático o enfisema subcutáneo.
- Endoscopia digestiva. Ante la sospecha y persistencia de los síntomas se debe realizar endoscopia, aunque la Rx. sea negativa.

**TRATAMIENTO:** Endoscopia digestiva alta.

**Emergencia endoscópica:**

- Pacientes con obstrucción esofágica (mal manejo de secreciones)
- Pila botón en esófago
- Objetos punzantes en esófago

**URGENCIA ENDOSCÓPICA:**

- Cuerpos extraños no punzantes en esófago.
- Impactación de comida sin obstrucción completa.
- Objetos punzantes en estómago y duodeno.
- Objetos de más de 6 cm de largo en duodeno proximal.
- Imanes al alcance del endoscopio (más de uno o con otro objeto metálico).

**ENDOSCOPIA NO URGENTE:**

- Monedas en esófago (asintomáticos): pueden observarse 12- 24 hs.
- Objetos en estómago con diámetro > de 2,5 cm.
- Pilas botón o cilíndricas en estómago (asintomáticos).

**Otras situaciones que requieren tratamiento:**

- Objetos que permanezcan en estómago por 3- 4 semanas deberían ser removidos por endoscopia.
- Objetos en intestino delgado que no se movilizan por más de una semana requieren cirugía.

**Las pilas botón tienen 4 mecanismos de lesión:**

- Necrosis por presión.
- Lesión por cáustico / electrolitos (hidróxido de sodio o potasio).
- Quemadura eléctrica (> litio).
- Toxicidad (mercurio).

**Riesgo de latrogenias y complicaciones**

- Sangrado en el sitio donde el médico extrajo el cuerpo extraño
- Perforación en el revestimiento de la parte superior del aparato digestivo
- Bacteriemia, sepsis.
- Reacción anormal al sedante, que incluye problemas respiratorios o cardíacos

**Buscar atención médica de inmediato**

Si el paciente tiene alguno de los siguientes síntomas después de una endoscopia gastrointestinal, debe buscar atención médica de inmediato:

- dolor en el pecho
- problemas para respirar
- problemas para deglutir o dolor de garganta que empeora
- vómito, especialmente si este tiene rastros de sangre o parece granos de café
- dolor en el abdomen que empeora
- heces con sangre o negras, de color alquitrán
- fiebre
- Es posible que el médico necesite hacer una cirugía para tratar algunas complicaciones.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Long B, Koyfman A, Gottlieb M: Esophageal foreign bodies and obstruction in the emergency department setting: An evidence-based review. *J Emerg Med*. 2019; 56(5):499-511.
2. Huang ZJ, Guffey D, Minard CG, Friedman EM: Outcomes variability in non-emergent esophageal foreign body removal: Is daytime removal better? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2015; 79(10): 1630-1633.
3. Popel J, ElHakim H, ElMatary W: Esophageal foreign body extraction in children: flexible versus rigid endoscopy. *Surgical Endoscopy*. 2011; 25(3): 919-922.
4. Arms JL, Mackenberg Mohn MD, Bowen MV, Chamberlain MC, Skrypek TM, Madhok M, Jimenez Vega JM, Bonadio WA: Safety and efficacy of a protocol using bougienage or endoscopy for the management of coins acutely lodged in the esophagus: A large case series. *Ann Emerg Med*. 2008; 51(4): 367-372.