

“MANEJO DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS EN EL TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR”

INTRODUCCION:

La ingestión accidental o voluntaria de cuerpos extraños (CE) y la impactación de bolo alimentario (IBA) constituye un importante problema de salud, tanto por su frecuencia, como por su morbilidad e incluso potencial mortalidad.

Ocurre con mayor frecuencia en los niños, sin embargo en los adultos el grupo más afectado son los pacientes de edad avanzada, con prótesis dentales, con enfermedades psiquiátricas, con déficit o deterioro cognitivo, privadas de su libertad o traficantes de droga (estos últimos de carácter intencionado).

En cuanto a la impactación, se produce generalmente en pacientes con patología esofágica previa, y en menor medida en aquellos que presentan dentadura defectuosa, masticación insuficiente y/o deglución brusca.

Más del 80% de los cuerpos extraños ingeridos pasan por el tracto digestivo sin necesidad de intervenir. En un 10-20% de las ocasiones será necesario realizar endoscopia, y un 1% requerirá intervención quirúrgica.

Las complicaciones van desde la formación de úlceras por decúbito, obstrucción, perforación, sepsis o incluso formación de fístulas aortoesofágicas.

VALORACION INICIAL:

Se considera de vital importancia conocer el tiempo transcurrido entre la ingesta y la consulta (a mayor tiempo, mayor es el riesgo de complicaciones), el tipo de cuerpo extraño (qué tipo de comida, presencia o ausencia de hueso, elementos punzantes, tamaño aproximado) y la presencia de síntomas de odinofagia, disfagia, disfonía, sialorrea, tos, dolor retroesternal, o episodios similares en el pasado. Evaluación de la orofaringe con baja lenguas o laringoscopio nos permite ver si el CE es pasible de ser extraído sin necesidad de endoscopia.

ESTUDIO POR IMÁGENES:

Las imágenes nos permitirán visualizar el CE, su tamaño, número de objetos ingeridos, características (radiodensidad), complicaciones (enfisema subcutáneo, neumomediastino, derrame pleural, neumoperitoneo). Los estudios contrastados no se recomiendan debido al riesgo de aspiración y de empeorar la visibilidad endoscópica

-RX (Cervical, Torax, Abdomen), TAC

PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO:

Se aconseja que los pacientes se encuentren en ayunas de 6-8 hs, para disminuir el riesgo de broncoaspiración, como así la intubación orotraqueal para proteger la vía aérea en los casos que el CE se encuentre en esófago proximal, múltiples objetos o riesgo de sangrado en la remoción.

Los procedimientos pueden dividirse en:

Emergente: preferiblemente al menos en las 6 primeras horas de ocurrido el hecho. Como impactación alimentaria e imposibilidad de manejar secreciones, pilas de botón en el esófago y objetos corto-punzantes en esófago.

Urgente: dentro de las 24 hs. Objetos romos en esófago, impactación de bolo con buen manejo de secreciones, objetos corto punzantes en estómago o duodeno, objetos de más de 6 cm en duodeno e imanes.

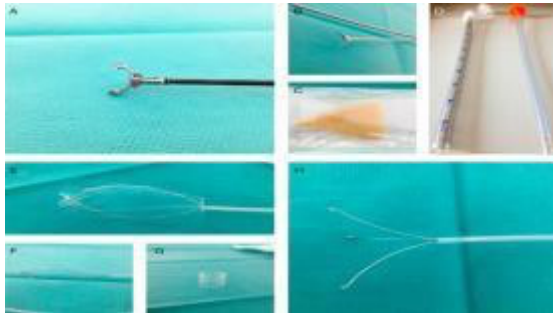
No urgente: entre las 24 y 72 hs. Monedas, objetos en el estómago de más de 2.5 cm, objetos romos en estómago o duodeno que no progresan más de 3-4 semanas.

La elección de la modalidad terapéutica varía en función del caso:

En la IBA se procederá a la retirada en bloque o en piezas tras fragmentación con asa de polipectomía, pinza de cuerpo extraño, canastilla de dormia o red. Evitar empujar con el endoscopio se desconoce que existan elementos punzantes o estenosis esofágicas distales.

Los objetos corto-punzantes deberán ser extraídos mediante sobretubo, uroset, o capuchón según la disponibilidad, con la región puntiaguda dentro del mismo para disminuir el riesgo de desgarro o perforación.

Los objetos largos deberán ser aferrados por un extremo o introducidos en sobretubos, con el objetivo de encontrar una posición vertical durante su salida. Los cuerpos extraños que no puedan ser extraídos con seguridad en esófago pueden ser desplazados hasta estómago para un mejor agarre.

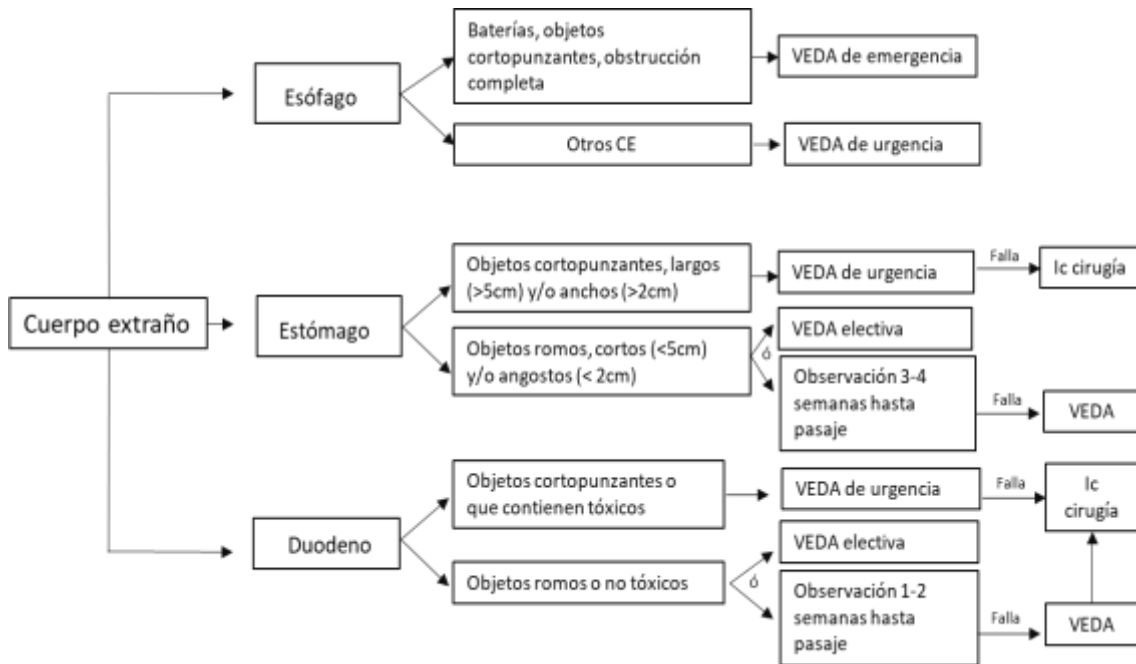


Accesorios más utilizados:

A) Pinza diente de ratón, B) Pinza diente de cocodrilo, C) Uroset, D) Sobretubo, E) Roth-net, F) Canastilla de dormia, G) Capuchón, H) Pinza de 3 puntas.

Una vez retirado el cuerpo extraño se debe revisar la zona en busca de lesiones causantes de la obstrucción (estenosis, anillos fibrosos, acalasia, neoplasias, etc.). En caso de existir, se deberá realizar un estudio de las mismas de forma diferida.

ALGORITMO DE MANEJO:



Algoritmo propuesto para el manejo de cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal superior. Tiempo (emergente y urgente) y manejo dependiendo de la localización y naturaleza del objeto.

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Fung B. et. al. Foreign object ingestion and esophageal food impaction: An update and review on endoscopic management. World J Gastrointest Endosc 2019 March.
- 2- Birk M. et. al. Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Endoscopy 2016.
- 3- Chauvin A. et.al. Management and endoscopic techniques for digestive foreign body and food bolus impaction. Digestive and Liver Disease (2013).
- 4- Lee C. et.al. Retrospective analysis of endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract of adults. Journal of Chinese Medical Association. 2019