

Cuerpo extraño esofágico

Fecha de la última revisión: **09/11/2015**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cuáles son las manifestaciones clínicas?](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [¿Cuál es el tratamiento?](#)
5. [¿Cuál es el pronóstico?](#)
6. [Bibliografía](#)
7. [Más en la red](#)
8. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

Se trata de la ingesta de un objeto o sustancia que detiene su paso en algún punto del tracto digestivo proximal. La incidencia anual es de 100.000 casos al año en Estados Unidos entre la población general y predomina en varones (1.7: 1). El 75-80% de los casos se dan en niños entre los 6 meses y los 3 años (Uyemura MC, 2005; Banerjee R, 2005; Wyllie, 2006). Los objetos más frecuentemente ingeridos en esta población son, con diferencia, las monedas, seguidos de pequeños juguetes, pilas de botón y cilíndricas. El 20-25% restante corresponde a adultos, siendo los grupos de riesgo principales los enfermos mentales, presos, portadores de prótesis dentales y pacientes con patología esofágica previa (esofagitis eosinofílica, esofagitis por reflujo, trastornos de la motilidad esofágica, estenosis, divertículos, anillos, cirugía previa, hernias paraesofágicas, tumores esofágicos, etc.). (Bolanaki H, 2011). Los objetos impactados más habituales son los bolos alimenticios sobre todo de carne, huesos, espinas de pescado, dentaduras y pastillas (Wu WT, 2011).

Suelen localizarse en estrecheces fisiológicas, como son el esfínter esofágico superior, el arco aórtico y el hiato diafragmático (Castellón Ortega J, 2000).

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas?

En adultos se puede presentar como disfagia u odinofagia, molestia cervical o retroesternal, sensación de cuerpo extraño, sialorrea e imposibilidad para tragar si la obstrucción es total. Menos frecuentes son los síntomas respiratorios: disnea, sibilancias o estridor. Algunos pacientes pueden presentar síntomas y signos de obstrucción intestinal.

Las complicaciones del cuerpo extraño esofágico incluyen: formación de úlceras, laceraciones, perforaciones, obstrucción intestinal, fístula aortoesofágica, traqueoesofágica y bacteriemia (Zhang X, 2011; Ahn D, 2011; Sung SH, 2011; Tonkic A, 2011).

Los síntomas de perforación dependen de la localización y así pueden describir dolor en el cuello o tórax, odinofagia y disfagia (Aronberg RM, 2015) o bien enfisema subcutáneo, disnea, fiebre, taquicardia, shock y síntomas de peritonitis si la localización es más baja.

Los niños a veces no expresan claramente los síntomas, por lo que puede manifestarse como rechazo del alimento o regurgitación o bien simular otras patologías como laringitis, asma o neumonía, lo que en ocasiones ocasiona un retraso en el diagnóstico (7-35%) (Digoy GP, 2008) y la posible aparición de perforación.

Mención especial merecen las pilas de botón porque aunque sólo suponen un 2% de los cuerpos extraños ingeridos por los niños, su incidencia va en aumento en los últimos años dada la creciente presencia de juguetes y dispositivos electrónicos. Las probabilidades de impactación son mayores para pilas de tamaño >20 mm. Pueden dar lugar a graves complicaciones locales como esofagitis, con quemaduras y riesgo de perforación, en relación directa con la duración del contacto con la mucosa esofágica (por encima de 4 horas empiezan a aparecer las quemaduras y el riesgo de perforación se incrementa sustancialmente por encima de 8 horas) y también complicaciones sistémicas, aunque poco frecuentes, por absorción de óxido de mercurio (Yardeni D, 2004; Fuentes S, 2014).

¿Cómo se diagnostica?

Se debe realizar un examen físico buscando posible edema o crepitación en el cuello o tórax, y una valoración abdominal. Es fundamental determinar la localización, saber si está en vía aérea o digestiva y a qué altura. Para ello es necesaria una radiografía anteroposterior (gold estándar para pilas y monedas) y lateral (adecuada para cuerpos en tráquea) de cuello, tórax y anteroposterior de abdomen, que nos permitirán localizar cuerpos radiopacos y comprobar si existen signos de perforación (neumomediastino, aire subdiafragmático o subcutáneo). La sensibilidad de la radiografía lateral de cuello es del 56% y del 100% para la tomografía axial computarizada (TAC) (Aronberg RM, 2015). Si no se visualizan cuerpos extraños o se sospecha que son radiolúcidos debe realizarse una TAC (idealmente con reconstrucción 3D) o resonancia magnética nuclear (contraindicada ante objetos metálicos). Se recomienda evitar técnicas con contraste por el riesgo de broncoaspiración y por dificultar posteriormente la visión endoscópica (Ikenberry SO, 2011). En niños se está evaluando la ecografía como alternativa a la radiografía convencional para detectar y localizar el cuerpo extraño (Salmon M, 2013).

En pacientes con síntomas persistentes está indicada una evaluación endoscópica aunque el examen radiológico haya sido negativo. Si la impactación es por un bolo alimentario y no hay evidencia de complicaciones, se puede realizar la endoscopia sin radiografía previa.

¿Cuál es el tratamiento?

Dependerá del tipo de objeto, del tamaño, la localización, el estado del paciente y el tiempo transcurrido desde la ingesta. Más del 80% de los cuerpos extraños no precisan intervención, mientras que si la ingesta ha sido intencional se requiere endoscopia en el 63-76% y cirugía en el 12-16% (Palta R, 2009; Weiland ST, 2002).

En todos los pacientes hay que realizar una evaluación inicial de la vía aérea. La dificultad para tragar secreciones y un elevado IMC son los principales factores por los que se decide la intubación orotraqueal (Saeed A, 2015). El riesgo de aspiración, obstrucción o perforación determina la urgencia de la endoscopia (Ikenberry SO, 2011). Se recomienda realizar:

1. Endoscopia **inmediata**:

- Obstrucción esofágica completa: incapacidad para tragar secreciones.
- Pilas de disco y objetos punzantes en el esófago.

2. Endoscopia **urgente** (dentro de las primeras 24 horas):

- Cuerpo extraño esofágico no punzante.
- Impactación alimentaria esofágica sin obstrucción completa.
- Objeto punzante en estómago o duodeno.
- Objetos >6 cm de longitud encima o en el duodeno proximal.
- Imanes dentro del alcance del endoscopio.

3. Endoscopia **no urgente**:

- Las monedas en el esófago pueden ser observadas 12-24 horas en pacientes asintomáticos.
- Objetos romos en el estómago mayores de 2,5 cm de diámetro.
- Baterías de disco y cilíndricas en el estómago en pacientes sin signos de lesión gastrointestinal pueden ser observadas 48 horas. Si permanecen más tiempo deben ser extraídas.

Si la endoscopia es diferida se deben examinar las heces para comprobar el paso del cuerpo extraño, en pacientes asintomáticos y si el objeto es romo se deben realizar radiografías seriadas semanalmente ya que puede tardar hasta 4 semanas en atravesar todo el tracto digestivo (Hachimi-Idrissi S, 1998).

En general se prefiere la endoscopia flexible a la endoscopia rígida y a la broncoscopia como técnica de extracción, porque puede realizarse con sedación consciente y permite la visualización hasta el duodeno proximal, tiene un porcentaje de éxito del 95% y las complicaciones son mínimas (Chu KM, 1998; Choichi S, 2014). Si el cuerpo extraño está localizado en hipofaringe o próximo al esfínter esofágico superior puede ser necesaria la endoscopia rígida (Gmeiner D, 2007) incluso con anestesia general e intubación orotraqueal. Con esta última técnica el riesgo de perforación es ligeramente superior (Berggreen PJ, 1993).

Para los bolos alimenticios se puede administrar **glucagón** 1 mg IV o **diazepam** IV 2,5-10 mg seguido de glucagón, para relajar el esfínter esofágico inferior y favorecer el paso del bolo. Los estudios realizados hasta ahora muestran resultados contradictorios pero se puede utilizar mientras se gestiona la realización de la endoscopia en el caso de que esta sea necesaria (Ferrucci JT Jr, 1997; Trenkner SW, 1983; Tibbling L, 1995; Sodeman TC, 2004; AL-Haddad M, 2006; Weant KA, 2012). Los efectos secundarios más habituales son las náuseas y vómitos.

Otros tratamientos farmacológicos que se han ensayado son la buscapina, el **nifedipino** y los agentes formadores de gases. Los trabajos publicados son escasos y con pequeño número de pacientes por lo que serían necesarios más ensayos para tener evidencia sobre su uso (Basavaraj S, 2005; Thomas L, 2005; Koumi A, 2010).

Cuando el cuerpo extraño produce perforación esofágica, el tratamiento depende del estado del paciente, el grado de lesión y el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico. En general precisa manejo quirúrgico: extracción y reparación de las lesiones esofágicas (Gougoutas C, 1998; Bolanaki H, 2011) y la mortalidad ronda el 2% (Biancari F, 2013).

¿Cuál es el pronóstico?

La mortalidad por impactación de un cuerpo extraño esofágico es extremadamente baja pero la posibilidad de recurrencia es de un 21% de los casos, muy especialmente en pacientes con hernia hiatal (Odds ratio 4,77) (Reddy VM, 2011).

Existe también una asociación fuerte entre la presencia de esofagitis eosinofílica y las recurrencias (Gretarsdottir HM, 2015) ya que alrededor de la mitad de los pacientes que presentan impactación alimenticia tienen esofagitis eosinofílica (Kerlin P, 2007) por lo que la realización de biopsias esofágicas sistemáticas en el momento de la desimpactación podría ayudar al diagnóstico (Ross K, 2015).

Bibliografía

- Ahn D, Heo SJ, Park JH, Sohn JH. Tracheoesophageal fistula with tracheal stenosis resulting from retained esophageal foreign body. Auris Nasus Larynx. 2011;38(6):753-6. PubMed **PMID: 21320762**
- Al-Haddad M, Ward EM, Scolapio JS, Ferguson DD, Raimondo M. Glucagon for the relief of esophageal food impaction does it really work? Dig Dis Sci. 2006;51(11):1930-3. PubMed **PMID: 17004122**
- Aronberg RM, Punekar SR, Adam SI, Judson BL, Mehra S, Yarbrough WG. Esophageal perforation caused by edible foreign bodies: a systematic review of the literature. Laryngoscope. 2015;125(2):371-8. PubMed **PMID: 25155167**
- ASGE Standards of Practice Committee, Ikenberry SO, Jue TL, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, et al. Management of ingested foreign bodies and food impactions. Gastrointest Endosc. 2011;73(6):1085-91. PubMed **PMID: 21628009**
- Banerjee R, Rao GV, Sriram PV, Reddy KS, Nageshwar Reddy D. Button battery ingestion. Indian J Pediatr. 2005;72(2):173-4. PubMed **PMID: 15758543**
- Basavaraj S, Penumetcha KR, Cable HR, Umapathy N. Buscopan in oesophageal food bolus: is it really effective? Eur Arch Otorhinolaryngol. 2005;262(7):524-7. PubMed **PMID: 15592862**
- Berggreen PJ, Harrison E, Sanowski RA, Ingebo K, Noland B, Zierer S. Techniques and complications of esophageal foreign body extraction in children and adults. Gastrointest Endosc. 1993;39(5):626-30. PubMed **PMID: 8224682**
- Biancari F, D'Andrea V, Paone R, Di Marco C, Savino G, Koivukangas V, et al. Current treatment and outcome of esophageal perforations in adults: systematic review and meta-analysis of 75 studies. World J Surg. 2013;37(5):1051-9. PubMed **PMID: 23440483**
- Bolanaki H, Memet I, Dimakis K, Simopoulos C, Karayiannakis AJ. Early esophageal perforation caused by food bolus impaction. The American Journal of Case Reports. 2011;12:8-11. **Texto completo**
- Castellón Ortega J, Hernández Díaz A, Pila Pérez R, Pila Peláez R, Pila Peláez M. Foreign bodies in the esophagus of adults. Acta Otorrinolaringol Esp. 2000;51(6):511-4. PubMed **PMID: 11142788**
- Chu KM, Choi HK, Tuen HH, Law SY, Branicki FJ, Wong J. A prospective randomized trial comparing the use of the flexible gastroscope versus the bronchoscope in the management of foreign body ingestion. Gastrointest Endosc. 1998;47(1):23-7. PubMed **PMID: 9468419**
- Digoy GP. Diagnosis and management of upper aerodigestive tract foreign bodies. Otolaryngol Clin North Am. 2008;41(3):485-96, vii-viii. PubMed **PMID: 18435994**

- Ferrucci JT Jr, Long JA Jr. Radiologic treatment of esophageal food impaction using intravenous glucagon. Radiology. 1977;125(1):25-8. PubMed [PMID: 897179](#)
- Fuentes S, Cano I, Benavent MI, Gómez A. Severe esophageal injuries caused by accidental button battery ingestion in children. J Emerg Trauma Shock. 2014;7(4):316-21. PubMed [PMID: 25400396](#). [Texto completo](#)
- Gmeiner D, von Rahden BH, Meco C, Hutter J, Oberascher G, Stein HJ. Flexible versus rigid endoscopy for treatment of foreign body impaction in the esophagus. Surg Endosc. 2007;21(11):2026-9. PubMed [PMID: 17393244](#)
- Gougoutas C, Levine MS, Laufer I. Esophageal food impaction with early perforation. AJR Am J Roentgenol. 1998;171(2):427-8. PubMed [PMID: 9694468](#)
- Gretarsdottir HM, Jonasson JG, Björnsson ES. Etiology and management of esophageal food impaction: a population based study. Scand J Gastroenterol. 2015;50(5):513-8. PubMed [PMID: 25704642](#)
- Hachimi-Idrissi S, Corne L, Vandenplas Y. Management of ingested foreign bodies in childhood: our experience and review of the literature. Eur J Emerg Med. 1998;5(3):319-23. PubMed [PMID: 9827834](#)
- Kerlin P, Jones D, Remedios M, Campbell C. Prevalence of eosinophilic esophagitis in adults with food bolus obstruction of the esophagus. J Clin Gastroenterol. 2007;41(4):356-61. PubMed [PMID: 17413601](#)
- Koumi A, Panos MZ. Oesophageal food impaction in achalasia treated with Coca-Cola and nifedipine. BMJ Case Rep. 2010;2010. pii: bcr05.2009.1891. PubMed [PMID: 22242073](#). [Texto completo](#)
- Palta R, Sahota A, Bemarki A, Salama P, Simpson N, Laine L. Foreign-body ingestion: characteristics and outcomes in a lower socioeconomic population with predominantly intentional ingestion. Gastrointest Endosc. 2009;69(3 Pt 1):426-33. PubMed [PMID: 19019363](#)
- Reddy VM, Bennett W, Burrows SA, Bird J, Counter PR. Recurrence of food bolus impaction of the oesophagus: a retrospective observational study. Int J Surg. 2011;9(6):464-6. PubMed [PMID: 21601663](#). [Texto completo](#)
- Ross K, Menard-Katcher P, Tamura W, Austin GL. Factors associated with underutilization of esophageal biopsies in patients undergoing upper endoscopy for acute food impaction. Gastroenterology. 2015;148(4 Suppl 1):S-793.
- Saeed A, Hassan M, Nabi S, Weick A, Brown KA, Pompa RL. Intubation in patients with esophageal food and foreign body impactions: a single center experience. Gastroenterology. 2015;148(4 Suppl 1):S-809.
- Salmon M, Doniger SJ. Ingested foreign bodies: a case series demonstrating a novel application of point-of-care ultrasonography in children. Pediatr Emerg Care. 2013;29(7):870-3. PubMed [PMID: 23823272](#)
- Sodeman TC, Harewood GC, Baron TH. Assessment of the predictors of response to glucagon in the setting of acute esophageal food bolus impaction. Dysphagia. 2004;19(1):18-21. PubMed [PMID: 14745641](#)
- Sugawa C, Ono H, Taleb M, Lucas CE. Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract: A review. World J Gastrointest Endosc. 2014;6(10):475-81. PubMed [PMID: 25324918](#). [Texto completo](#)
- Sung SH, Jeon SW, Son HS, Kim SK, Jung MK, Cho CM, et al. Factors predictive of risk for complications in patients with oesophageal foreign bodies. Dig Liver Dis. 2011;43(8):632-5. PubMed [PMID: 21466978](#)
- Thomas L, Webb C, Duvvi S, Jones T, Reddy KT. Is buscopan effective in meat bolus obstruction? Clin Otolaryngol. 2005;30(2):183-5. PubMed [PMID: 15839872](#)
- Tibbling L, Bjorkhoel A, Jansson E, Stenkvist M. Effect of spasmolytic drugs on esophageal foreign bodies. Dysphagia. 1995;10(2):126-7. PubMed [PMID: 7600855](#)
- Tonkic A, Kulic D, Peric M, Tonkic M, Bogdanovic Z. Bacteremia caused by a swallowed toothpick impacted in the gastric mucosa. Case Rep Gastroenterol. 2011;5(1):227-31. PubMed [PMID: 21552451](#). [Texto completo](#)
- Trenkner SW, Maglinte DD, Lehman GA, Chernish SM, Miller RE, Johnson CW. Esophageal food impaction: treatment with glucagon. Radiology. 1983;149(2):401-3. PubMed [PMID: 6622682](#)
- Uyemura MC. Foreign body ingestion in children. Am Fam Physician. 2005;72(2):287-91. PubMed [PMID: 16050452](#). [Texto completo](#)
- Weant KA, Weant MP. Safety and efficacy of glucagon for the relief of acute esophageal food impaction. Am J Health Syst Pharm. 2012;69(7):573-7. PubMed [PMID: 22441787](#)
- Weiland ST, Schurr MJ. Conservative management of ingested foreign bodies. J Gastrointest Surg. 2002;6(3):496-500. PubMed [PMID: 12023005](#)
- Wu WT, Chiu CT, Kuo CJ, Lin CJ, Chu YY, Tsou YK, et al. Endoscopic management of suspected esophageal foreign body in adults. Dis Esophagus. 2011;24(3):131-7. PubMed [PMID: 20946132](#)
- Wyllie R. Foreign bodies in the gastrointestinal tract. Curr Opin Pediatr. 2006;18(5):563-4. PubMed [PMID: 16969173](#)
- Yardeni D, Yardeni H, Coran AG, Golladay ES. Severe esophageal damage due to button battery ingestion: can it be prevented? Pediatr Surg Int. 2004;20(7):496-501. PubMed [PMID: 15221361](#)
- Zhang X, Liu J, Li J, Hu J, Yu F, Li S, et al. Diagnosis and treatment of 32 cases with aortoesophageal fistula due to esophageal foreign body. Laryngoscope. 2011;121(2):267-72. PubMed [PMID: 21271572](#)

Más en la red

- Chauvin A, Viala J, Marteau P, Hermann P, Dray X. Management and endoscopic techniques for digestive foreign body and food bolus impaction. Dig Liver Dis 2013; Jul; 45(7): 529-542. PubMed [PMID: 23266207](#)
- Chen T, Wu HF, Shi Q et al. Endoscopic management of impacted esophageal foreign bodies. Dis Esophagus 2013; 26: 799. PubMed [PMID: 22973974](#)
- Committee on injury, violence and poison prevention. Prevention of choking among children. Pediatrics 2010 Mar;125(3):601-7. PubMed [PMID: 20176668](#)
- Jatana KR, Litovitz T, reilly JS, Koltai PJ, Rider G, Jacobs IN. Pediatric button battery injuries: 2013 task force update. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2013; 77(9): 1392-1399. PubMed [PMID: 23896385](#)
- Kramer RE, Lerner DG, Lin T, Manfredi M, Shah M, Stephen TC, Gibbons TE, Pall H, Sahn B, Mc Omber M, Zacur G, Friedlander J, Quirós AJ, Fishman DS, Mamula P. Management of ingested foreign bodies in children: a clinical report of the NASPGHAN Endoscopy Committee. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2015; 60(4): 562-574. PubMed [PMID: 25611037](#)
- Triadafilopoulos G, Roorda A, Akiyama J. Update on foreign bodies in the esophagus: diagnosis and management. Curr Gastroenterol Rep 2013; Apr (4): 317. PubMed [PMID: 23435762](#)

Autores

- | | |
|---------------------------------|--|
| ▪ Elena Maquiera Díez | Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria |
| ▪ Salvador Tranche Iparraguirre | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria |

Centro de Salud El Cristo. Oviedo. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

