

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

" CUERPOS EXTRANOS EN EL ESOFAGO,
REVISION DE DIEZ AÑOS (1968-1978) EN EL HOSPITAL
GENERAL SAN JUAN DEDIOS DE GUATEMALA "

T E S I S:

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

EDGAR RODOLFO OGALDEZ SOLARES

En el Acto de su Investidura como:

MEDICO Y CIRUJANO

CONTENIDO

- I- INTRODUCCION
- II- OBJETIVOS
- III- JUSTIFICACION
- IV- ANTECEDENTES
- V- MATERIAL Y METODOS
- VI- CONCEPTOS BASICOS: ANATOMIA - FISIOLOGIA
- VII- REVISION DE LITERATURA, Respecto.
 - a- DIAGNOSTICO: Clínico
Radiológico
Endoscópico
 - b- TRATAMIENTO: Médico Endoscópico
Quirúrgico
Quimioterapeutico
 - c- COMPLICACIONES: Mediatas
Tardías
 - d- PRONOSTICO
- VIII- PRESENTACION DE DATOS
- IX- ANALISIS DE RESULTADOS
- X- CONCLUSIONES
- XI- RECOMENDACIONES
- XII- BIBLIOGRAFIA

I- INTRODUCCION

"Cuerpo extraño en el esófago" es una entidad que se encuentra con frecuencia considerable en las salas de emergencia de los hospitales; Frecuentemente el cuadro clínico es evidente y el médico deberá limitarse a confirmar el diagnóstico. En otras circunstancias el accidente puede pasar inadvertido especialmente en niños y en adultos en estado de inconciencia, en éstos casos no se puede llegar a un diagnóstico exacto inmediatamente, por lo que creo que es indispensable tener una Guía respectiva al cuadro clínico, diagnóstico, complicaciones tratamiento y resultados; tomando en cuenta el diagnóstico radiológico, endoscópico, y también los métodos más eficaces para la extracción de cuerpos extraños en el esófago ya sean estos médicos o quirúrgicos.

Considerando que son escasos los estudios realizados sobre "Cuerpos extraños en el esófago" en Guatemala hasta la fecha, me ha movido el propósito de hacer ésta investigación que será de gran ayuda para el Cirujano como al Médico General.

II- OBJETIVOS

Generales:

Hacer una guía clínica, diagnóstica, y terapéutica de "Cuerpos extraños en el esófago".

Específicos:

Investigar incidencia de cuerpos extraños en el esófago, en el Hospital General San Juan de Dios, en el período de tiempo comprendido entre los años (1968-1978).

Investigar incidencia según edad y sexo.

Investigar cuerpos extraños más frecuentemente encontrados en el esófago.

Investigar método diagnóstico y terapéuticos más usado y análisis crítico del mismo.

Análisis de las complicaciones que conlleva la extracción de cuerpos extraños del esófago.

Hacer una revisión bibliográfica del tema.

Verificar tratamientos y resultados.

Hacer recomendaciones pertinentes.

III- JUSTIFICACIONES

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 solo 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. Por este motivo decidí hacer el presente trabajo.

IV- ANTECEDENTES

La única investigación efectuada hasta la fecha en Guayaquil es: TESIS "Cuerpo Extraño en esófago" Mario Barrios Barrios, 1959. Tesis presentada a la F. C. C. M. M. de la Universidad de Guayaquil en acto de investidura como Médico y Cirujano. Esta tesis está dirigida a una investigación bibliográfica de los métodos para extraer cuerpos extraños en el esóf

V- MATERIAL Y METODOS

Material:

- 1- Revisión del libro de sala de operaciones del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala.
- 2- Revisión de papeletas de casos encontrados en el archi
vo.
- 3- Revisión de bibliografía relacionada con el tema, en las Bibliotecas, Biblioteca de Ciencias Médicas USAC., Biblioteca del INCAP.

Método

Método Científico (analítico, estadístico retrospectivo).

VI- CONCEPTOS BASICOS

ANATOMIA DEL ESOFAGO:

El esófago es un tubo muscular largo que se extiende hacia abajo desde la faringe, por encima del nivel de la sexta vértebra cervical, para alcanzar el estómago dentro del abdomen. En el cuello, el esófago se inicia a nivel del músculo cricofaríngeo, que es rodeado por encima, por las fibras oblicuas del músculo constrictor inferior de la faringe. Este músculo pasa hacia arriba y hacia atrás, desde su origen en el cartílago tiroideo, para insertarse en un raquí medio. El músculo cricofaríngeo corre en sentido transversal a través de la pared posterior del esófago, conectando los dos bordes laterales del cartílago cricoideo, y, por debajo, se entremezcla con las fibras musculares circulares y longitudinales de la parte alta del esófago. El esófago ocupa una posición media en el cuello, inmediatamente por detrás de la tráquea. Después de entrar en el tórax, se inclina en sentido posterior con la tráquea, por detrás de los grandes vasos, y se curva ligeramente hacia la izquierda para pasar por detrás del bronquio izquierdo principal, desde allí se inclina ligeramente a la derecha, conforme prosigue por el mediastino posterior. De nuevo se desvía hacia la izquierda por detrás del saco pericárdico, para correr por delante de la aorta torácica, cruzándola hacia la izquierda de la línea media. Llega al abdomen, a través del hiato esofágico, que es un cabestrillo del músculo diafragmático constituido más a menudo principalmente por el pilar diafragmático derecho. Menos a menudo ambos pilares dan contribuciones iguales al cabestrillo muscular hiatal.

Hay un segmento esofágico de longitud variable que se encuentra dentro del abdomen, en el sitio en el que se une con el estómago en la unión esofagogástrica, punto a menudo llamado

"Cardias". Este término no tiene significado preciso, y abarca áreas anatómicas como parte baja del esófago, unión gástrica y parte alta del estómago. Es mejor describir la unión esofagogástrica verdadera como el punto en que el tubo esofágico se introduce en el saco gástrico y se identifica de mejor manera con las fibras de trayectoria oblicua del estómago, llamadas a menudo asa de Willis o collar de Helvetius. La unión del epitelio plano escamoso con el cilíndrico constituye una identificación poco precisa de la unión esofagogástrica, puesto que el centímetro o dos finales del esófago están cubiertos con epitelio cilíndrico, que se llama a veces epitelio de unión.

La pared muscular del esófago está compuesta por una capa muscular interna y una capa longitudinal externa sin cubiertas cerosas circundantes. Fibras de músculo estriado dan una contribución importante a la capa longitudinal externa en la parte alta del esófago, en tanto que el músculo liso predomina en el tercio inferior. Rara vez es posible identificar aumento en el grosor de las capas musculares en la pared esofágica distal, en el segmento que corresponde al esfínter esofágico fisiológico inferior. Existe allí una submucosa prominente que contiene glándulas de moco, vasos sanguíneos, nervios del plexo de Meissner y una redcilla rica en vasos linfáticos. La capa mucosa está constituida de manera característica por epitelio plano, aunque se han identificado allí islotes ectópicos de mucosa gástrica sobre todo en las porciones proximales del esófago. (Barret) Hay uno o dos centímetros de luz esofágica distal cubiertos por epitelio cilíndrico.

La porción cervical del esófago está regada por las arterias tiroideas inferiores, y la porción torácica por ramas de la aorta y ramas esofágicas de las arterias bronquiales. Hay también riego suplementario por ramas descendentes de los vasos de la base del cuello, por ramas ascendentes de arterias de la cara in-

inferior del diafragma y, a veces, por ramas de las arterias intercostales.

Las venas subepiteliales y submucosas siguen un curso longitudinal y desembocan en las venas del estómago y de la hipofaringe. También penetran en la musculatura del esófago, donde reciben ramas y abandonan el órgano para formar un plexo periesofágico, cuyas ramas más largas acompañan a los nervios vagos. El torrente venoso del esófago cervical desemboca finalmente en las venas tiroideas inferiores y vertebrales; el de la porción torácica en las venas acigos mayor y menor; y el de la porción gástrica en la coronaria estomáquica principalmente.

Los vasos linfáticos tienen una disposición completamente independiente de la de los vasos sanguíneos; tienden a seguir un curso longitudinal en la pared del esófago, antes de penetrar por las capas musculares para llegar a los ganglios linfáticos regionales. Por esta razón, las lesiones malignas del tercio medio y superior del esófago envían primero metástasis a los ganglios cervicales, y las lesiones del tercio inferior a los ganglios gástricos y celiacos. Los linfáticos después de salir del esófago se dirigen al grupo más próximo de ganglios que se identifican en el torax por su localización, es decir, traqueales, traqueobronqueales, mediastínicos posteriores y diafragmáticos.

El esófago está inervado por los vagos y por cadenas simpáticas. La porción superior está inervada por los nervios recurrentes y también recibe ramas del simpático, de los pares craneales noveno y décimo, y de la raíz craneal del décimo primero. Los vagos envían ramas al músculo estriado y filetes preganglionares parasimpáticos a las fibras musculares lisas. Los vagos están colocados a cada lado del esófago formando un plexo a su alrededor. Conforme se aproximan al hiato se forman dos troncos principales, de los cuales el izquierdo se coloca por delante del órgano

y el derecho por detrás. Los plexos vagales reciben filetes ^{me-}diastínicos que provienen de la cadena simpática del torax y de los nervios espláncnicos. La extremidad terminal del órgano y la región de la unión gastroesofágica reciben ramas de los plexos periarteriales que acompañan a las arterias coronaria estomacal, hepática y diafragmática inferior izquierda.

ESTRECHESAS NORMALES DEL ESOFAGO:

- 1- a nivel del músculo cricofaríngeo
- 2- a la altura del cayado aórtico
- 3- a la altura del bronquio izquierdo
- 4- a nivel del pinzamiento diafragmático (1, 2, 4, 11).

FISIOLOGIA DEL ESOFAGO:

El esófago es un conducto que transporta el material ingerido desde la faringe hacia el estómago. En ambos extremos del tubo se encuentran mecanismos reguladores que auxilian esta función, sobre todo permitiendo el paso en un solo sentido, salvo en condiciones poco comunes.

DEGLUCION: Se trata de un mecanismo complicado principalmente por que la faringe se emplea casi todo el tiempo en otras funciones, y solo se vuelve un lugar de paso de los alimentos por algunos segundos cada vez. Resulta de especial importancia que la deglución no interfiera con la respiración.

En general, podemos dividir la deglución en:

- 1) Etapa Voluntaria que inicia el acto; 2) Etapa Faringea invo-

luntaria que constituye el paso del alimento de faringe a esófago, y 3) Etapa Esofágica, involuntaria también, que corresponde al descenso del bolo de faringe a estómago.

1) ETAPA VOLUNTARIA DE LA DEGLUCION: Cuando el alimento está listo para ser deglutido, se comprime o expulsa voluntariamente hacia atrás por aplicación progresiva de la lengua contra el paladar; así la lengua empuja al bolo alimenticio hacia la faringe. De aquí en adelante, la deglución se torna enteramente o casi enteramente automática, y por lo regular no puede detenerse.

2) ETAPA FARINGEA DE LA DEGLUCION: Al ser empujado el bolo alimenticio hacia la parte posterior de la boca, estimula zonas receptoras del reflejo de deglución que rodean el istmo de las fauces especialmente a nivel de los pilares amigdalinos; de ahí salen impulsos hacia el tallo cerebral, para desencadenar las siguientes series de contracciones musculares faríngeas.

1. El paladar blando se eleva para ocluir las coanas evitando así que los alimentos refluyan a las fosas nasales.

2. Los pliegues palatofaríngeos de ambos lados de la farínge se aproximan a la línea media y se forman así una endidura longitudinal que los alimentos habrán de atravesar para llegar a faringe posterior; Esta endidura permite el paso de alimentos convenientemente masticados, pero impide el de trozos voluminosos. Esta etapa de la deglución solo dura un segundo; y dichos trozos no tienen tiempo de atravesar la faringe para llegar al esófago.

3. Las cuerdas vocales se aproximan notablemente, y la epiglotis bascula hacia atrás sobre el estrecho laríngeo superior.

Ambos movimientos impiden el paso de los alimentos a la traquea. La aproximación de las cuerdas vocales es el más importante de estos mecanismos, pero la epiglotis impide que los alimentosquiera lleguen hasta ellas. La destrucción de las cuerdas vocales o de sus músculos abductores puede provocar asfixia por obstrucción; por otro lado la ablación de la epiglotis no suele tornar la deglución.

4. La laringe en su totalidad es llevada hacia arriba y adelante por los músculos que se insertan en el hueso hioides. Este movimiento tiene por resultado ensanchamiento del orificio superior del esófago. Al mismo tiempo, el esfínter hipofaríngeo que rodea dicho orificio esofágico, y cuya función es impedir la entrada de aire al esófago durante la respiración, se relaja; esto permite paso libre y fácil de bolo de la faringe posterior a esófago superior. El movimiento hacia arriba de la faringe también aparta la glotis del paso de los alimentos, los cuales escurren por ambos lados de la epiglotis en lugar de pasar sobre su cara superior. Este es otro mecanismo que evita la penetración de alimentos a la traquea.

5. Al mismo tiempo que ocurren elevación de la laringe y relajación del esfínter hipofaríngeo, entra en acción el constrictor superior de la faringe; se produce una onda peristáltica rápida que viaja hacia abajo e interesa sucesivamente el constrictor inferior y luego el esófago.

3) ETAPA ESOFAGICA DE LA DEGLUCION: La función principal del esófago es conducir los alimentos de faringe a estómago; sus movimientos se encuentran coordinados para este fin.

En condiciones normales el esófago presenta dos tipos de movimientos peristálticos; los peristaltismos primario y secundario. El primero no es sino la continuación del la onda peristáltica

que empieza en faringe y se extiende hasta esófago durante etapa faríngea. Esta onda tarda unos cinco a diez segundos en viajar de faringe a estómago. Sin embargo, los alimentos devorados por una persona sentada o de pie suelen llegar a estómago antes que la onda peristáltica, por efecto de la gravedad, tardan tan solo de cuatro a ocho segundos. Si la onda peristáltica primaria no alcanza a transportar la totalidad de los alimentos que han penetrado en esófago, la distensión de éste por el peso de estos alimentos origina una onda peristáltica secundaria. Estas ondas son similares a las primarias, salvo por su origen en porción distendida en lugar de la faringe. Las ondas secundarias se siguen produciendo hasta que el esófago haya vaciado la totalidad de su contenido al estómago.

Las ondas peristálticas del esófago dependen casi enteramente de reflejos vagales que son parte del conjunto reflejo de deglución. Los impulsos viajan de esófago a bulbo por fibras vagales aferentes y regresan a esófago por fibras vagales eferentes.

La musculatura de la faringe y tercio superior del esófago está constituida por fibras estriadas y por lo tanto las ondas peristálticas de estas regiones se encuentran siempre bajo control de nervios espinales. En los dos tercios inferiores del esófago encontramos fibra lisa, a pesar de lo cual el control normal de esta región lo ejerce el décimo par. Sin embargo si se seccionan las fibras esofágicas del nervio vago el plexo nervioso enterico, tras unas horas o unos días se vuelve lo bastante estable para originar ondas peristálticas secundarias débiles, aun sin la ayuda de los reflejos vagales. Así, al encontrarse paralizado el reflejo de la deglución, los alimentos introducidos en el esófago superior y arrastrados por gravedad hacia esófago inferior seguirán pasando fácilmente al estómago. (3, 6, 13).

VII- REVISION DE LITERATURA

GENERALIDADES: "CUERPO EXTRAÑO EN EL ESOFAGO", significa la presencia de un cuerpo extraño en la luz del esófago estos cuerpos extraños pueden ser de naturaleza mineral, animal, y vegetal. Con respecto a su consistencia pueden ser: sólidos, líquidos, gaseosos.

Algunos cuerpos se les denomina extraños porque normalmente no deben pasar ni mucho menos quedar suspendidos en la luz del esófago; algunos otros ejemplo: alimentos pueden quedar suspendidos en la luz del esófago debido a su volumen y a la falta de masticación por lo que también estos pueden llegar a constituir un cuerpo extraño en el esófago.

Con respecto a la forma de cuerpos extraños refiriéndonos a los de consistencia sólida podemos decir que pueden ser de cualquier forma. Con respecto al tamaño podemos decir que va a depender del diámetro de la luz del esófago pues un cuerpo para quedar alojado en el esófago tiene que tener un tamaño que sea capaz de entrar al esófago en su parte proximal pero no lograr progresar a través de todo el esófago; algunos otros cuerpos son pequeños pero tiene garfios o salientes afiladas con las que se adhieren al esófago. (10, 11, 15).

FACTORES CONDICIONANTES DE CUERPOS EXTRAÑOS EN EL ESOFAGO:

1- Los factores dependientes del paciente que determinan la incidencia de cuerpos extraños en el esófago son:

a) Inconciencia

- b) Anestesia
- c) Falta de experiencia (ejemplo en niños)

2- Factores Patológicos:

- a) parálisis del décimo par craneal
- b) Anillos esofásicos,
- c) Estenosis esofágicas primarias o secundarias.

Otros factores principales que contribuyen a los accidentes que roginan un cuerpo extraño en el esófago son:

1- La colocación de objetos no comestibles en la boca. Esto lo hacen principalmente los niños, pero también se observó en individuos cuya profesión se presta a la costumbre de colocar objetos dentro de la boca (tapiceros, carpinteros, y modistas).

2- Falta de cuidado en la preparación de los alimentos. Por ejemplo, la producción de esquirlas óseas, por eso puede existir pequeñas partículas de huesos en las sopas, y en guisados las cuales se degluten fortuitamente. Cualquier tentativa para economizar alimentos después de producirse una ruptura del envase (cristal o metal).

3- Disminución de la capacidad para distinguir un cuerpo extraño a penetrado en la boca (pacientes que usan prótesis dentaria superior completa, no perciben sensación a táctiles en la región del paladar duro).

4- Por parte del paciente aumenta el riesgo con la ignorancia del peligro de un cuerpo extraño. Este fenómeno se da en todos los niños y es muy importante en los pacientes debilitados e seniles.

5- La comida ingerida sin atención y con gula predispone también a los accidentes por cuerpos extraños principalmente en el caso de ingerir carne imperfectamente masticada. (11, 17).

CUADRO CLINICO Y DIAGNOSTICO:

Cuando se presenta al médico un paciente sospechoso o con síntomas definidos de un cuerpo extraño en el esófago, las medidas inmediatas son definitivas para resolver el caso.

El cuadro clínico frecuentemente es evidente y el médico solo deberá limitarse a confirmar el diagnóstico. En otras circunstancias el cuadro clínico no es evidente o no hay una historia buena esto puede suceder principalmente en infantes o en adultos en estado de inconciencia, durante el sueño, anestesia, coma, o mentalmente privados. En estos casos el diagnóstico se hace más difícil y se tiene que recurrir a métodos radiológicos y endoscópicos.

SINTOMATOLOGIA:

Casi todos los cuerpos extraños alojados en el esófago se acompañan de DISFAGIA más o menos intensa. Generalmente existen antecedentes de sofocación, aunque estos datos no pueden recogerse en los niños pequeños. En el caso de grandes cuerpos extraños pueden existir con-presión traqueal a causa del volumen del cuerpo extraño, caso en el cual se presenta a menudo DISNEA y ESTRIDOR.

El dolor es una manifestación corriente: los cuerpos extraños localizados en la hipofaringe tienden a acompañarse de molestias por encima de la altura del cartílago cricoides, mientras que los

esofágicos tienen tendencia a producir molestias a la altura del cricoides o por debajo del mismo. A veces, esta molestia se provoca mediante la deglución efectuada por el paciente. Con frecuencia éste nota una sensación de cuerpo extraño en el esófago, a la altura de su localización; en ocasiones, el dolor ocasionado por un cuerpo extraño alojado en una porción inferior en el esófago se propaga al cuello. Si no se efectúan manipulaciones con el cuerpo extraño, rara vez se produce la perforación, salvo cuando se trata de objetos puntiagudos "cristales" por ejemplo. También pueden producir una ulceración de la pared esofágica los cuerpos extraños que han permanecido en el esófago durante largo tiempo. Por lo General, en éstos casos actúa como barrera que evita una infección difusa del mediastino, la pared formada por los tejidos inflamados. Puede producirse la perforación de las vías respiratorias por una úlcera, caso en el cual se forma una vez una fístula y otras un empiema. Si la ulceración perfora un vaso sanguíneo grueso se presenta una hemorragia copiosa; Jackson ha comunicado el caso de un muchacho que presentaba empiema y fístula esofagocutánea a consecuencia de la larga permanencia de una moneda dentro esófago; este autor observó, así mismo un caso en el que permaneció en el esófago un botón, durante 17 años. Es extraordinariamente raro que un cuerpo extraño permanezca un período de tiempo tan grande en el esófago, sin que se presente alguna complicación funesta.

SINTOMAS:

La sintomatología de los cuerpos extraños alojados en el esófago comprende dos tipos de manifestaciones: a) aquellos que hacen su aparición en el momento del accidente; y, b) los causados por la permanencia del objeto durante cierto tiempo en el esófago.

Independientemente a su orden cronológico de aparición se subdivide en: causados por obstrucción, irritación o inflamación.

(A) SINTOMAS INMEDIATOS A LA DEGLUCION DEL CUERPO EXTRAÑO EN EL ESOFAGO:

El paciente experimenta la sensación subjetiva de haber tragado un objeto, sensación ésta, que puede ser pasajera, pero si se prolonga, llega a la disfagia.

TOS: Se presenta algunas veces, por lo general es convulsiva y no se prolonga por mucho tiempo.

Regurgitación: Que debe diferenciarse del vómito, es muy frecuente, cuando el cuerpo extraño es deglutido durante la comida. Algunas veces causa la expulsión del intruso. Si el material regurgitado es sanguinolento demuestra que el objeto es traumático. (traumatizó el esófago).

Dolor: Síntoma constante, que puede ser moderado o severo; pasajero a veces o persistir tanto tiempo como el objeto. El dolor es debido a: El trauma local causado por el objeto, la distensión de las paredes esofágicas por el mismo y el esofagoespasmo secundario. La localización del dolor es variable, puede ser en la región epigástrica, subxifoidea, retroesternal o en la espalda. Puede no corresponder a la zona de impactación del objeto y persistir después de la extracción de éste.

La sensación subjetiva de la presencia del cuerpo extraño es una modificación del dolor. Aunque puede ser imaginario y carente de valor, como en los sujetos histéricos o aprensivos. En otros casos, su etiología es irritativa provocada por el objeto que ha pasado por el esófago, sin causar otra complicación.

Disfagia: Es el síntoma más frecuente y es progresivo, llegando a causar desde una ligera obstrucción hasta la afagia. Normalmente es doloroso, ello depende del tamaño del cuerpo extraño del grado de obstrucción y de la inflamación, como también de la intensidad del esófago espasmo asociado.

(B) SINTOMAS TARDIOS:

La tos puede persistir o agravarse debido a la actividad del reflejo nervioso.

La regurgitación de la comida a menudo se convierte en vómito. El dolor y la disfagia se agravan, como resultado, del proceso inflamatorio que el objeto provoca.

Fiebre: Es síntoma de infección y ocurre cuando ha permanecido el objeto dentro del esófago durante algún tiempo y es indicación de la urgencia para extraerlo.

Hematomesis: Aunque no es corriente, en síntoma de laceración o perforación de la pared esofágica, el pronóstico es más serio debido a las complicaciones que pueden sobrevenir.

SIGNOS:

El examen físico, interno y externo, deberá ser minucioso, a efecto de no incurrir en error en el diagnóstico. En la faringe e hipofaringe, deberán buscarse erosiones superficiales, alguna condición inflamatoria, o edema retrolaringeo, todos ellos son signos favorables de la existencia de un cuerpo extraño. La presencia anormal o el estancamiento de Secreciones en los senos periformes o en la hipofaringe (signo de Chevalier Jackson) aun-

que no es patognomónico, indica la presencia de un obstáculo al drenaje de las secreciones por el esófago, y es la evidencia objetiva más segura de la existencia de cuerpos extraños en éste órgano, que con las pruebas pertinentes adicionales hacen el diagnóstico correcto. La percusión y auscultación son de poco valor en el diagnóstico, pero arrojan datos de complicaciones pulmonares pero no en cuanto al estado del esófago ni de la existencia del cuerpo extraño. La palpación del esófago cervical, en donde es más frecuente la localización del intruso, aporta datos para el diagnóstico, lo mismo que la localización del dolor, que en algunos casos coincide con el lugar en que se encuentra alojado el objeto. Con uno y otro de tales signos puede el clínico deducir un diagnóstico más o menos preciso, en lo que respecta a la presencia de un cuerpo extraño. (10, 11, 12).

DIAGNOSTICO COMPLEMENTARIO

- 1- Laringoscopia indirecta.
- 2- Radiológico: a- Rx. Cuello AP y lat., Ex Tórax
b- Técnicas radiológicas especiales
- 3- Endoscopia.

DIAGNOSTICO: Clínico, Radiológico, Esofagoscópico:

Aunque no siempre puede obtenerse una historia de cuerpo extraño, siempre que un paciente acuda al médico indicando haber deglutido un cuerpo extraño se admitirá dicha información como exacta mientras no se demuestra lo contrario. Se realizará un examen minucioso de la faringe y de la hipofaringe por inspección directa y por laringoscopia. Esta es mucho más satisfactoria si se nebuliza dentro de la faringe una pequeña cantidad de anestésico local antes de la exploración. Si por este procedimiento

no es visto el cuerpo extraño, a veces se descubrirá su presencia mediante una radiografía en posición lateral. Con este fin es indispensable la extensión del cuello hacia atrás y colocación de los hombros tan abajo y tan atrás como sea posible. Con esta proyección se descubrirán incluso huesos delgados, que casi siempre se encuentran en el plano transversal y tienen bastante espesor para observarse en dicha posición. Si no se observa ningún cuerpo extraño, se deglutirá una gran cápsula llena de sulfato de bario, y si la cápsula se detiene en el esófago, debe ser observada hasta que se produzca su desintegración el medio opaco rodeará a menudo el cuerpo extraño, caso en el cual delinearía su contorno. Si la cápsula no se detiene, pueden deglutirse suspensiones radio opacas espesas y observarse por radioscopia la respuesta del esófago. En los raros casos en que los procedimientos anteriores no tengan éxito puede ser útil la administración al paciente de pequeños mechones de algodón empapado en una solución radioopaca con el fin de enredar el cuerpo extraño opaco en el algodón. Este procedimiento es muy conveniente en el caso de cuerpos extraños difíciles de observar, como las espinas del pescado.

Si todas estas exploraciones dan resultados negativos queda justificado un período de expectación a veces los cuerpos extraños penetran en el estómago y siguen el trayecto gastrointestinal restante sin dificultad alguna, después empero, de haber producido un traumatismo en el esófago durante el tránsito por el mismo suficientemente para ocasionar síntomas que desaparecen generalmente al cabo de 24 horas. Si persisten los síntomas transcurridas las primeras 24 o 48 horas, se aconsejan, por lo común, efectuar el examen directo del esófago con el esofagoscopio para cerciorarse de no haber pasado por alto la presencia de un cuerpo extraño.

La extracción de cuerpos extraños por cualquier procedi-

miento a ciegas, como su impulsión hacia abajo mediante la ingestión de alimentos sólidos o por regurgitación con eméticos o con la práctica de otros procedimientos cualquiera están prescritas desde todo punto de vista.

El aumento de la disfagia en un paciente con estenosis previa de esófago constituye un síntoma de cuerpo extraño que siempre debe tenerse en cuenta. (5, 11, 14, 15).

TRATAMIENTO:

PRINCIPIOS GENERALES:

El índice de mortalidad en pacientes con objetos extraños en el esófago, era bastante elevado antes del perfeccionamiento de la técnica de extracción oral con el esofagoscopio. Se usaban procedimientos tales como sondas o bujías que se introducían en el esófago tratando de empujar el objeto hacia el estómago. Este procedimiento además de ser traumático, en la mayoría de las veces es ineficaz, por lo cual debe considerarse contraindicado. El empleo de una pinza esofágica larga, es otro método de extracción; pero tiene muchas limitaciones y los resultados no son convincentes. El procedimiento quirúrgico y el uso de magnetos también tiene sus limitaciones, conforme se verá más adelante.

El tratamiento más eficaz para los pacientes con un objeto extraño en el esófago, es la extracción por la vía oral utilizando el esofagoscopio. Prácticamente, cabe afirmar que todos los objetos alojados en aquel órgano, pueden ser extraídos por el método endoscópico, sin complicaciones, en manos de un endoscopista bien entrenado. Desde luego que en el tratamiento de esta clase de accidentes, además del procedimiento que pudiéramos

llamar mecánico, que es fundamental, el paciente debe ser tratado médicamente, a fin de evitar complicaciones. (11, 12, 14).

TRATAMIENTO ENDOSCOPICO:

La extracción endoscópica de los cuerpos extraños se rige, en primer lugar por los principios y reglas del manejo del esofagoscopio.

La movilización, la prehensión y la extracción del objeto extraño, son problemas puramente mecánicos que dependen por una parte, de las características propias del objeto y por la otra de la localización del mismo. Cada caso se debe resolver en particular. Sin embargo hay reglas generales básicas o esenciales, que el endoscopista debe seguir para obtener un resultado satisfactorio. La omisión de las mismas es causa de dificultades y complicaciones en el tratamiento.

Enumeramos a continuación dichas reglas:

1o.- El endoscopista debe ser un profesional especializado; y tener una visión clara para las maniobras que habrán de efectuarse, regla esencial para un tratamiento satisfactorio;

2o.- La presentación del objeto extraño: Esto significa que después que ha sido localizado, hay que pensar en la presentación ideal para su extracción. Si esto no es posible, debe moverse el intruso hasta que haya adoptado la presentación más favorable para su extracción;

3o.- El endoscopista debe escoger la pinza adecuada para la extracción. Esto depende de la forma, tamaño y consistencia del cuerpo extraño;

4o.- El objeto debe prenderse con la pinza de la manera más segura;

5o.- Durante la extracción, el Cirujano no debe hacer demasiado esfuerzo ante la resistencia que se le oponga. La extracción debe ser una maniobra suave;

6o.- La mucosa del esófago debe protegerse ante cualquier posible trauma que le pudiera producir el objeto, ya sea por su forma, puntas afiladas o aristas;

7o.- En la gran mayoría de los casos, el cuerpo extraño debe mantenerse en contacto con la punta del esofagoscopio durante su extracción;

8o.- La anestesia local es la más indicada, salvo en los casos cuando el paciente no coopere, en que habrá de aplicarse la anestesia general.

ESOFAGOSCOPIA:

HISTORIA: El conocimiento y el interés por cualquier órgano del cuerpo aumenta a medida que se dispone de recursos para obtener datos exploratorios. Seguramente este es el caso del esófago, el cual era casi completamente inaccesible al examen hasta que la introducción de las técnicas radiológicas y endoscópica posibilitaron la exploración de su función fisiológica y de las desviaciones de la normalidad.

La esofagoscopia ofrece determinadas ventajas e inconvenientes para el examen del esófago enfermo. El inconveniente principal consiste en el estrecho campo observado con el esofagoscopio, motivo por el cual se determinan mejor las relaciones generales del esófago con otras regiones del cuello y del tórax mediante el examen radiológico, que debe preceder al endoscópico siempre. De este modo, el endoscopista adquiere un conocimiento sobre la topografía de la región, así como sobre las regiones del esófago que estudia y que reclaman atención especial. El radiograma lateral del cuello tiene gran interés para poner de manifiesto las posibles hiperostosis de las vértebras cervicales.

La esofagoscopia se introdujo en medicina a finales del siglo XIX. No obstante, las primeras tentativas se acompañaron de gran morbilidad y mortalidad y no lograron aceptación general hasta el comienzo del siglo actual, principalmente a causa de la puntualización de los requisitos técnicos de la esofagoscopia por Chevalier Jackson, verdadero introductor de esta técnica, en las clínicas broncoesofágicas de Filadelfia.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES:

La esofagoscopia está indicada, a la vez que los estudios radiológicos con bario, en la valoración de todos los pacientes con síntomas de enfermedad esofágica. Estos síntomas pueden incluir disfagia, malestar subesternal, regurgitación, náuseas, vómitos, hematemesis, pérdida de peso o sensación de asco. La esofagoscopia será particularmente útil cuando los síntomas persistan después de un estudio radiológico negativo o cuando haya dudas sobre una lesión radiológica. En el primer caso, el esofagoscopista estará en condiciones de diagnosticar una membrana esofágica o esofagitis. A menudo la esofagoscopia es útil para distinguir entre las estrecheces malignas y benignas del esófago, y

debe permitir una muestra para diagnóstico tisular. Sigue siendo, como en un principio, una indicación primaria e inmediata para la extirpación de cuerpos extraños del esófago.

La facilidad, seguridad y rapidez con que cada una de las exploraciones esofagoscópicas se puede efectuar con el esofagoscopio fibróptico flexible da acceso gastrointestinal alta por varices esofágicas.

Las contraindicaciones de la esofagoscopia son pocas. Durante muchos años la existencia de aneurismas aórticos o hipertensión grave se creyeron contraindicación para la esofagoscopia. Sin embargo, con las técnicas más nuevas y el conocimiento más profundo de estos problemas, incluso estas alteraciones no deben hacer que se niegue al paciente la esofagoscopia en las situaciones más urgentes, como la existencia de cuerpo extraño esofágico. Una contraindicación para la esofagoscopia es la existencia de esofagitis corrosiva aguda o necrosante por ingestión de cáusticos. En estos pacientes, edema e inflamación aumenta mucho las probabilidades de perforación del esófago.

TECNICA:

La mayoría de los procedimientos esofagoscópicos se pueden efectuar de manera bastante satisfactoria con anestesia tópica de hipofaringe, sin tomar en cuenta la edad del paciente. La anestesia tópica con tetracaína (Pontocaína) o lidocaína (Xilocaína) puede ser preferible a la anestesia general por la posibilidad de aspiración de contenido gástrico, pero la elección de la anestesia debe ser hecha con bases individuales. Los procedimientos que pueden requerir manipulación u observación prolongadas, como la extirpación de cuerpos extraños difíciles, deben efectuarse bajo anestesia general.

La preparación preoperatoria completa del paciente es de importancia capital para la ejecución de la esofagoscopia sin riesgos. Desde el punto de vista fisiológico, debe prepararse al paciente, mediante vaciamiento total de las secreciones retenidas, tanto en estómago como en esófago. En ocasiones, como en los casos de acalasia, esto puede requerir lavado esofagogástrico y drenaje durante varios días antes del procedimiento que se espera efectuar. Desde el punto de vista psicológico, el paciente debe prepararse con mucho cuidado para el procedimiento e instruir en cuanto a su cooperación y su relajación. La administración de 0.1 g de depentobarbital (Nembutal) y de 0.5 mg de atropina, una hora antes de la esofagoscopia ayudará a aliviar la ansiedad. A menos que haya circunstancias agotadoras, la esofagoscopia debe siempre ir precedida por estudios radiológicos del esófago con bario, incluso radiografía lateral del esófago cervical, para ayudar a delinear esta zona tan difícil para el esofagoscopista.

La ejecución actual de la esofagoscopia con el esofagoscopio de Jackson dividió la técnica en cuatro etapas por comodidad, y se aconseja al principiante consultar su descripción completa de cada etapa.

La primera etapa se inicia con la inserción del esofagoscopio hasta la pared esofágica posterior en el seno periforme derecho. La cabeza del paciente es sujeta por un ayudante, con el occipusio bastante por encima del nivel de la mesa, y ligeramente descendido. La segunda etapa es el momento más difícil y crítico del procedimiento. Se localiza el esfínter cricofaríngeo, y, con presión lenta y suave, se desliza el esofagoscopio con cuidado a través de esta zona, siempre deberá verse una luz abierta. La inserción de una bujía de seda tejida a través del esfínter puede ayudar a localizarlo y abrirlo, y a guiar el esofagoscopio a través de esta zona estrecha. La tercera etapa requiere paso del esofagoscopio a través del esófago torácico. Deberá des-

cenderse la cabeza del paciente y volverse, según sea necesario, para ver constantemente la luz. Deberá ponerse atención especial en el color de la mucosa y en la movilidad de la pared esofágica. La mucosa, que es bastante sonrosada en la parte alta del esófago, toma un tono más pálido conforme nos acercamos a la unión esofagogástrica. Puede tomarse biopsia o raspado de las zonas sospechosas con una torunda para hacer examen patológico, y también pueden recolectarse las secreciones para hacer examen citológico. La cuarta etapa, durante la cual el esofagoscopio pasa a través del hiato diafragmático hacia estómago, requiere que la cabeza del paciente se haga descender y se mueva hacia la derecha. Como ocurre con el área ericofaríngea, a menudo será útil el guiador de luz para identificar y reflejar este esfínter.

Las complicaciones de la esofagoscopia deben evitarse con técnica cuidadosa. Durante este procedimiento en el lactante puede aparecer disnea por el empleo de un tubo demasiado largo, que quizá comprima la tráquea más fácilmente compresible del lactante. La complicación grave más frecuente después de la esofagoscopia es perforación de la pared esofágica, a menudo a nivel del esfínter cricofaríngeo. Esta lesión se manifiesta por dolor en cuello y región, subesternal, fiebre y crepitación subesternal. Aunque se ha aconsejado tratamiento antibiótico sin drenaje, la mayoría de los observadores recomiendan drenaje inmediato combinado con antibioticoterapia. Menos a menudo se perfora el esófago torácico, con neumotórax y mediastinitis resultantes. El tratamiento de esta complicación suele requerir drenaje de la cavidad pleural y administración de antibióticos. Cuando la perforación instrumentada del esófago se acompaña de obstrucción distal a la perforación, u ocurre a través de un divertículo, la desgarradura no cerrará a menos que se tomen medidas terapéuticas definitivas. Por esta razón, Groves y otros aconsejan resección del tumor distal y anastomosis, miotomía para la acala-

sia, o resección de los divertículos, según sea necesario, para cada una de las situaciones mencionadas. (11, 14, 15, 16, 17).

OTROS METODOS DE EXTRACCION:

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:

La mayoría de las veces, el esofagoscopista puede resolver los casos que se le presentan, siendo lo contrario, la excepción. La presencia de uno de estos casos de excepción, hace necesaria la intervención quirúrgica. No obstante, se puede, en una forma enunciativa y no limitativa, indicar cuando el procedimiento quirúrgico es el indicado.

a) Un cuerpo extraño impactado en el esófago por varios días, complicado con mediastinitis, dolor esquisito a lo largo de las carótidas y endurecimiento del cuello. Por lo general, el cuerpo extraño es: fragmento afilado de hueso, objeto metálico puntiagudo o con aristas muy afiladas.

b) Objetos grandes impactados en el tercio inferior del esófago, cuando no pueden extraerse ni empujarse.

MAGNETOS:

Algunos especialistas, han preconizado el uso de magnetos, para la extracción de cuerpos extraños en el esófago. Se utilizan, magnetos en forma de barras flexibles y delgadas que se manejan por medio de una pantalla fluoroscópica. Los resultados no son comparables con el método endoscópico, por cuanto tienen sus limitaciones y las maniobras de extracción resultan difíciles y laboriosas. (10, 11, 15, 16, 17).

TECNICA QUIRURGICA DE LA MEDIASTINOTOMIA CERVICAL:

Bajo anestesia general o con anestesia local cuando el paciente coopera. La incisión es paralela al borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y se extiende entre tiroides y tráquea por un lado y arteria carótida por el otro. Fuera de los vasos subcutáneos no suele existir hemorragia y parte de la exposición puede obtenerse por disección roma. En ocasiones, deberá ligarse la vena tiroidea media. Se aborda el retroviceral obteniendo cultivo tanto en medio anaerobio como en aerobio para dirigir la antibioticoterapia posterior (cuando la indicación de la operación es mediastinitis); a continuación, se separa prevertebral la faringe posterior y el segmento posterosuperior del esófago. Esta movilización es necesaria para asegurar un desbridamiento completo y permitir la rotación suficiente del esófago con vistas a visualizar el punto de la rotura. Durante la retracción lateral de estas estructuras, el paquete carotídeo deberá protegerse con compresas blandas.

La perforación se cierra con puentes sueltos de material irreabsorbible, incluso en perforaciones recientes no es aconsejable practicar un cierre en dos planos, puesto que se produce isquemia en los bordes de la herida. Las perforaciones cervicales suelen ser casi siempre transversas y deberán cerrarse en este sentido. Por último, la herida se lavará varias veces con suero salino, colocando varios drenajes de goma en el fondo y exteriorizándolos por el ángulo inferior de la incisión. Los drenajes no deberán situarse directamente sobre la línea de sutura. Cuando exista un fondo de saco sobre el mediastino superior, se colocará un drenaje aspiratorio que suele dar buenos resultados, entonces se cierra la mitad superior de la herida y se deja la mitad inferior abierta en una extensión de unos tres dedos de anchura para permitir el drenaje. No se procederá a la alimentación oral ni a la retirada de los drenajes hasta asegurarse del cierre primario de la su-

tura esofágica, que suele producirse al cabo de 4 a 7 días. Previamente a la administración de líquidos orales, el paciente deberá tomar medio de contraste para visualizar el área lesionada en el esófago. En muchos casos puede aparecer una pequeña fístula, la cual se pone de manifiesto por la salida de saliva por los drenajes, pero, en general, estas fístulas no suelen plantear problemas puesto que se cierran espontáneamente al cabo de pocos días. Por lo regular, los drenajes pueden retirarse al 6 u 8o. días tras lo cual la herida cutánea se cierra con rapidez. (18, 20, 21).

COMPLICACIONES DE CUERPOS EXTRAÑOS EN EL ESOFAGO

- 1- Esofagitis
- 2- Perforación del esófago
- 3- Mediastinitis
- 4- Estenosis esofágicas

CLASIFICACION DE LAS PERFORACIONES ESOFAGICAS

Traumáticas

Herida penetrantes (arma de fuego, arma blanca)

Ingestión de cáusticos

Ingestión de cuerpos extraños

Yatrógenas:

Esófago y gastroscopia

Sondas, dilatación o intubación

Quirúrgica

Barogénica (acción de la presión) Ruptura post hemética

Inflamatorias

Esofagitis

Úlcera péptica

Granuloma mediastínico

Abscesos

Aneurismas

Neoplásicas

Benignas

Malignas
(18).

VIII- PRESENTACION DE DATOS

Tabla: Frecuencia por año

AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1968	3	4.62%
1969	4	6.15%
1970	10	15.39%
1971	6	9.23%
1972	3	4.62%
1973	4	6.15%
1974	6	9.23%
1975	15	23.07%
1976	3	4.62%
1977	5	7.69%
1978	6	9.23%
	<u>65</u>	<u>100.00%</u>

Tabla: Frecuencia por sexo

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	30	46.15%
Femenino	<u>35</u>	<u>53.85%</u>
	65	100.00%

TABLA: Frecuencia de "Cuerpo extraño en el esófago" según edad

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
9m. - 1a.	9	13.85%
+1a. - 2a.	12	18.46%
+2a. - 3a.	9	13.85%
+3a. - 4a.	7	10.77%
+4a. - 5a.	4	6.25%
5a. - 10a.	2	3.07%
11a. - 15a.	1	1.54%
16a. - 20a.	3	4.62%
21a. - 40a.	8	12.31%
41a. - 60a.	7	10.76%
61a. - 90a.	3	4.62%
	<u>65 casps</u>	<u>100.00%</u>

63% de los casos se encontraron en niños de 9 meses a 5 años.

TABLA: Cuerpos extraños más frecuentemente encontrados en el esófago

Monedas -----	33 Casos
Laceración del esófago cuerpo extraño paso al estómago -----	7 Casos
Gancho de Ropa -----	7 Casos
Clavo de carpintero -----	4 Casos
Escama de pescado -----	3 Casos
Alfileres -----	2 Casos
Aretes -----	2 Casos
Semilla de Jocote -----	2 Casos
Espina de Pescado -----	1 Caso
Prótesis parcial (dental) -----	1 Caso
Prótesis total (dental) -----	1 Caso
Hueso de pollo -----	1 Caso
Prensa corbata -----	1 Caso

TABLA: Frecuencia de cuerpos extraños según la porción del esófago.

Porción del esófago	Frecuencia	Porcentaje
1/3 Sup.	39	60%
1/3 Med.	16	24.62%
1/3 Inf.	6	9.23%
No det.	4	6.15%
	<u>65 Casos</u>	<u>100.00%</u>

TABLA: Método diagnóstico usado y tratamiento.

RADIOLOGIA Dx.	54 Casos	83.08%
ESOFAGOSCOPIA Dx.	65 Casos	100%
ESOFAGOSCOPIA Terapéutica.	57 Casos	87.69%
ESOFAGOTOMIA Terapéutica.	1 Caso	1.54%

TABLA: Tiempo de Hospitalización

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 - 48 hrs.	51	78.46%
2d. - 5 días.	9	13.84%
5d. - 10 días.	4	6.15%
10d. - 15 días.	1	1.54%
	<u>65</u>	<u>100.00%</u>

TABLA: Complicaciones de cuerpos extraños en esófago, extraídos por esofagoscopia. 1 caso esofagotomía.

Complicación	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	61 Casos	93.85%
Esofagitis	4 Casos	6.15%

A la paciente que se le efectuó Esófagotomía, por dificultad técnica para extraer el cuerpo extraño por esofagoscopia, no presentó complicaciones, tiempo de hospitalización 13 días. Cuerpo extraño extraído, Prótesis dental total.

IX- ANALISIS DE RESULTADOS

Frecuencia por año: en el año de 1975 se presentaron más casos de cuerpo extraño en el esófago, siguiéndole en frecuencia 1970.

Frecuencia por sexo: La diferencia por sexo no es significativa ya que corresponde a la diferencia de población por sexo en la capital de Guatemala.

Frecuencia por edad: La edad a la que se encontró la mayor frecuencia de casos es la comprendida entre +1 año - 2 años encontrando un 18% de los casos. En resumen se puede decir que la mayor incidencia se encontró en niños de 9 meses a 5 años encontrando un 65% de todos los casos en estas edades.

Frecuencia de cuerpo extraño encontrado: El cuerpo extraño más frecuentemente encontrado fue de un 50.77% para las monedas.

Frecuencia según porción del esófago: La porción donde se encontró mas frecuentemente el cuerpo extraño fue 1/3 superior con un 60% de los casos, luego un 24.62% para el 1/3 medio y un 9.23% para el 1/3 distal, un 6.15% de los casos no se determinó el lugar del cuerpo extraño.

Método diagnóstico usado y tratamiento: A todos los pacientes se les efectuó exámenes radiológicos pero solo en un 83.08% este fué positivo; en el 100% de los casos el diagnóstico fue corroborado por esofagoscopia.

El tratamiento efectuado fué en un 87.69% de los casos fue extracción del cuerpo extraño con esofagoscopia. Solo en un caso fue necesario hacer Esofagotomía, por ser imposible extraer el cuerpo extraño por esofagoscopia, el cuerpo extraño fué una pró

tesis total (dental).

Frecuencia según tiempo de hospitalización: El 78.46% de los pacientes estuvo hospitalizado menos de 48 horas. El tiempo máximo de hospitalización fué de 15 días, y fué la paciente a la que se le efectuó esofagotomía.

Frecuencia de complicaciones: en el 93.85% de los casos no presentaron ninguna complicación al cuerpo extraño ni a su extracción.

En 4 casos o sea 6.15% presentaron esofagitis, atribuida a las laceraciones provocadas por el cuerpo extraño y no por la esofagoscopia.

X- CONCLUSIONES

- 1- "Cuerpo extraño en el esófago" es una entidad que se encontró con mayor frecuencia en infantes de 9 meses a 5 años de edad.
- 2- El cuerpo extraño, más frecuentemente encontrado en el esófago, en nuestro medio son las monedas.
- 3- La porción del esófago donde más frecuentemente se encuentran los cuerpos extraños, es el 1/3 superior.
- 4- Los métodos radiológicos para hacer el diagnóstico de cuerpo extraño en el esófago son satisfactorios en un 83% de los casos.
- 5- La esofagoscopia como método diagnóstico, es el mejor y más seguro para detectar cuerpos extraños en esófago, aún en los casos que falla la radiología.
- 6- La complicación más frecuente, de los cuerpos extraños en el esófago es la esofagitis.
- 7- Todos los casos tratados por esofagoscopia no presentaron complicaciones del procedimiento en sí. Por lo que se puede considerar este método eficaz y seguro, siempre y cuando sea efectuada por un operador hábil.
- 8- La frecuencia de cuerpos extraños en el esófago, es la misma para los dos sexos.
- 9- El tiempo de hospitalización de los pacientes con cuerpos extraños en el esófago, y tratados con esofagoscopia fué

menor de 48 horas en promedio.

- 10- El Esofagoscopio rígido fue empleado en todos los casos tratados.
- 11- Mediastinectomía cervical se efectuó en un paciente de nuestra serie reportada.

XI- RECOMENDACIONES

- 1- No efectuar ninguna maniobra a ciegas para intentar extraer cuerpos extraños del esófago.
- 2- Todo paciente consultante que tenga historia de haber ingerido algún cuerpo extraño hay que hacerle todos sus estudios radiográficos, si son negativos y persisten molestias tales como dolor, disfagia hay que efectuar esofagoscopia.
- 3- Contraindicar la esofagoscopia cuando hay signos claros de esofagitis y/o mediastinitis, iniciando inmediatamente tratamiento con soluciones endovenosas, antibióticos y reposo gástrico.
- 4- Efectuar tratamiento quirúrgico en todo caso en el cual la endoscopia es fallida en más de dos oportunidades.
- 5- Recomendamos la mediastinectomía cervical izquierda en cuerpos extraños enclavados por arriba de la IV vértebra dorsal, con endoscopia fallida.
- 6- Recomendamos la toracotomía derecha en casos de cuerpo extraño a nivel de tercio medio, y la toracotomía izquierda cuando el cuerpo extraño está a nivel del tercio inferior del esófago, con endoscopia fallida.
- 7- La endoscopia efectuada en manos expertas es el método de elección para la extracción de cuerpo extraño en el esófago.
- 8- Efectuar la extracción del cuerpo extraño del esófago en un tiempo no mayor de 6 a 12 horas de deglución.

- 9- Recomendamos no efectuar ningún método para deslizar el cuerpo extraño en el esófago hacia el estómago.

BIBLIOGRAFIA

- 1- E. Gardner, D.J. Gray, R.O'rahilly. ANATOMIA, 2a. Ed. Salvat Editores, 1972.
- 2- Arthur W. Ham, TRATADO DE HISTOLOGIA, 6a. Ed. Interamericana.
- 3- Arthur C. Guyton, TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA, 4a. Ed. Interamericana. 1971.
- 4- Stanley L. Robbins., TRATADO DE PATOLOGIA, 3a.Ed. 1969 Interamericana.
- 5- J. Surós, SEMIOLOGIA MEDICA Y TECNICA EXPLORATORIA. 5a. Ed. 1975, Salvat Editores.
- 6- Harrison, MEDICINA INTERNA, 4a. Edición en español. Prensa Médica Mexicana.
- 7- Nelson, Vaughan, Mc. Kay, TRATADO DE PEDIATRIA, 6a. Ed. 1974, Salvat Editores.
- 8- Rhoads, Alen, Harkins, Moyer, CIRUGIA, 4a. Ed. 1970 Interamericana.
- 9- Paul B. Beeson, Walsh Mcdermott, TRATADO DE MEDICINA INTERNA de Cecil-Loeb. 13a. Ed. 1972. Interamericana.
- 10- Mario Barrios Flores, TESIS "Cuerpo Extraño en esófago" 1959. USAC. F.C.C.M.M.

- 11- Guiliano Alfredo. CLINICA Y TERAPEUTICA QUIRURGICA, 3a. Edic. 1974, El Ateneo.
- 12- Palmer, E. D.: The Esophagus and its Diseases, Paul B. Hober, inc. 1962.
- 13- Sánchez, G. C.; Kramer, P. MOTOR MECHANISMS OF THE ESOPHAGEAL DISTAL PORTION. Gastroenterology, 25, 321-332 (1958)
- 14- Hurrste, A. F.; Some disorders of the esophagus, JAMA, 102, 582 (1934).
- 15- Jackson, C. y Jackson D.L.: Bronchoesophagoscopy, Fildelfia. W. B. Saunders Company, 1950.
- 16- Fridman E.; Karts, D. y Selesnick, S.: Endoscopy with the flexirigie esophagoscope, Postgrad Med., 25, 274 - (1959).
- 17- Bautista, A., and DuLuca, V.J.: Endoscopic photography, biopsy and cytology of the esophagus and stomach with the Olympus Fiberessophagoscope. Gastroenterology 60: 294 (1970).
- 18- Hardy J. D. PROBLEMAS QUIRURGICOS GRAVES, Salvat Editores, S. A. 1976.
- 19- Mathewson, C., Jr. Dozier, W. E. CLINICAL EXPERIENCES WITH PERFORATION OF THE ESOPHAGUS. Amer. J. Surg. 104:257 1962.
- 20- Wychukis, A. R., Fontana R. S., and Payne W. S. NONINSTRUMENTAL PERFORATIONS OF THE ESOPHAGUS Dischest 55:184 1969.

- 21- Thal, A. P., And Hatafuku, T., IMPROVED OPERATION FOR ESOPHAGEAL RUPTURE. JAMA 188:826, 1964.

Rodolfo
Br. EDGAR RODOLFO OGALDEZ SOLARES

EL MENOR
Asesor.

Dr. ROLANDO NORIEGA GONZALES
Revisor

Director de Fase III
Director de Fase III
DE LEON MENDEZ

RAUL CASTILLO RODAS
Dr. Secretario
RAUL CASTILLO RODAS

Vo. Bo.
Decano
Dr. Decano.
ROLANDO CASTILLO MONTALVO