

Aparato Digestivo

Cuerpos extraños en aparato digestivo en los niños

J. DOMÍNGUEZ VALLEJO*, J. DOMÍNGUEZ ORTEGA**

**Jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica, **Médico Interno Residente
Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital "General Yagüe". Burgos.*

Es relativamente frecuente la asistencia a urgencias de niños lactantes y preescolares con diagnósticos de ingestión de cuerpos extraños.

Los más frecuentes son las monedas, objetos de plástico de los juguetes, alfileres, tornillos y clavos, imperdibles, horquillas, pilas y restos alimenticios como espinas de pescado, valvas de almejas, huesos de pollo o de conejo o restos de frutas o carne localizados en esófagos con estenosis cáusticas o pépticas o en aquellos esófagos operados de atresia en los que quedó una pequeña zona estenosada o disquinética en la región de la anastomosis.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICOS

Los primeros datos los recogemos de los padres que nos refieren de la ingestión del cuerpo extraño por el niño. En un principio, durante segundos puede tener una crisis de disnea y tos al paso del objeto por la encrucijada anatómica faringolaríngea y posteriormente mantener unos síntomas de salivación, gestos de forzar, la deglución por sensación de cuerpo extraño, el niño puede señalarse a punta de dedo la zona del cuello correspondiente, la obstrucción esofágica al darle los padres algo de líquido por boca. En caso de que pase el cuerpo extraño al estómago desaparecen todos estos síntomas. Si persiste la tos y algo de disnea, es probable que el cuerpo extraño haya seguido la vía aérea.

El diagnóstico de los cuerpos metálicos se efectúa mediante estudio radiológico simple de cuello en posición

anteroposterior y lateral, en tórax y abdomen en posición anteroposterior. Solo en aquellos casos que el cuerpo extraño metálico esté en el abdomen superior se puede hacer una radiografía lateral para comprobar su situación en estómago o en el colon transverso.

Las valvas de almejas, botones, huesos y plásticos densos, canicas y cristales también pueden verse con la radiografía simple.

En caso de cuerpos extraños radiotransparentes se precisa hacer estudios esofágicos y duodenales con contrastes líquidos o papilla baritada que marca el lugar del enclavamiento o le rodea si deja libre un mínimo de luz esofágica o duodenal. La mayoría de estos casos habituales con estenosis esofágicas por reflujo gastroesofágico que han ingerido alimentos como un garbanzo entero, pulpa de naranja o manzana, restos de carne mal triturada o huesos de aceituna.

En los casos de estenosis duodenal por membranas son niños vomitadores intermitentes de contenido gastroduodenal que repentinamente vomitan continuamente por obstrucción completa del duodeno, debido a un cuerpo extraño enclavado en la membrana.

Las espinas de pescado faringoesofágicas no suelen verse en los estudios radiológicos.

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

1) Cuerpos extraños localizados en esófago:

En el esófago normal la mayoría de las monedas y los

*Correspondencia: J. Domínguez Vallejo. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital General Yagüe.
Avda. del Cid, s/n. 09005 Burgos.*

cuerpos extraños metálicos redondeados o los puntiformes, suelen pasar al estómago. Cuando se detienen en el esófago lo hacen en el tercio superior de la zona correspondiente al músculo cricofaríngeo en la región de transición de la faringe con el esófago.

Únicamente las monedas que se localizan en los tercios superior y en el medio que corresponde a la impronta esofágica de los grandes vasos y bronquio principal izquierdo, la extracción se hace con sonda de Foley bajo control de rayos X, mediante los pasos siguientes:

- Apertura de la boca del niño mediante abre bocas o más sencillamente con varios depresores juntos puestos de canto, para que las arcadas dentarias no impidan el paso de la sonda.

- Se introduce la sonda de Foley por boca hasta el esófago, sobrepasando la misma a la moneda controlado por rayos X.

- Una vez pasada la moneda se rellena el globo de la sonda con suero mezclado con líquido de contraste hasta adquirir el mismo tamaño que la moneda.

- Se extrae la sonda y el globo arrastrando la moneda hasta la boca que se atrapa manualmente. Las monedas situadas en cardias precisan de esofagoscopia porque o la sonda de Foley no llega o la propia sonda empuja la moneda al estómago.

Para esta técnica no se precisa anestesiarse al niño. La duración total de la maniobra puede durar 5 minutos.

Para las monedas que llevan días enclavadas, los cuerpos metálicos punzantes o los radiotransparentes, las espigas y huesos, las valvas de almeja, restos de alimentos detenidos y en todos los casos de patología previa esofágica se precisa anestesia general con intubación traqueal del niño y extracción con visión directa mediante esofagoscopia flexible o rígida. Si al extraer el objeto no se ve lesión esofágica se puede alimentar al niño a las pocas horas de la intervención. En caso de lesión o perforación de la pared, aunque sea mínima se puede dejar una sonda nasogástrica para alimentación durante unos días y cobertura antibiótica.

Mención aparte merecen las espigas de pescado. La consulta en urgencias por este cuerpo extraño es frecuente pero casi nunca se quedan detenidas en esófago. Lo primero que debemos preguntar a los padres es el tipo de pescado que estaba comiendo, porque no es raro que refieran los niños escolares molestias en el cuello por haber ingerido pescados de espigas pequeñas cortas o endebles, que pasan con

toda probabilidad al estómago sin producir lesión alguna en una visión directa faringolaríngea y si no se visualiza espina alguna se le revisa en consulta diariamente 3 ó 4 días, haciendo vida y alimentación normal, hasta que nos cerciemos de que no hay sintomatología alguna. Si persisten en que tienen lejana sensación de molestias faríngeas se practica una esofagoscopia que siempre resulta ser en blanco sin hallazgo alguno. En caso de que el pescado sea de espigas gruesas, lirios, palometas, gallos, lenguados, etc...y si las molestias las refieren a nivel de esternón o espalda se practicará esofagoscopia inmediata.

2) Cuerpos extraños en estómago:

Cuando los variados objetos que ingieren los niños llegan al estómago, han salvado las estenosis fisiológicas o patológicas existentes en el esófago. Lo más probable es que todos ellos pasen el píloro y sigan su curso normal en pocas horas por todo el intestino delgado y grueso. Les revisaremos diariamente con la radiografía de abdomen para comprobar su progresión. Los cuerpos punzantes cortos progresan por el duodeno e intestino con la cabeza por delante sin producir lesión alguna. Los cuerpos punzantes largos de algo más de 3 cm pueden detenerse a nivel duodenal porque no puedan progresar en las curvas del marco duodenal y el ángulo de Treitz. En estos casos se practica esofagogastroscoopia para su extracción antes de que se inicie su paso por el píloro. Las monedas a veces permanecen semanas en el estómago sin que produzcan lesión alguna. En estos casos pueden revisarse cada día o cada dos días la primera semana y si se mantiene unas semanas más, practicar la extracción por gastroscopia. No es raro programar una gastroscopia para extraer la moneda y en la radiografía previa se comprueba que ya ha franqueado el píloro.

3) Cuerpos extraños en intestino:

- DUODENO: en esta parte del tubo digestivo progresan bien los cuerpos extraños que han franqueado el píloro. Solamente hay que considerar como difíciles los punzantes largos que avanzan con la cabeza por delante y pueden enclavarse por la punta en alguna curva del duodeno. Vimos en una ocasión un alfiler de cabeza gruesa situada ésta en la 3ª porción del duodeno y la punta había perforado la 2ª porción y se había introducido en la cara hepática sin sintomatología alguna.

En el duodeno con estenosis por membrana o páncreas anular se puede enclavar un cuerpo extraño de pequeño tamaño que habitualmente pasaría sin dificultad por un duodeno normal. Tuvimos un caso de membrana duodenal con enclavamiento del hueso de una aceituna y produjo obstrucción completa.

La actitud quirúrgica en caso de que un objeto punzante se mantenga en la misma posición en dos días sucesivos se practicará laparotomía y duodenotomía mínima puntiforme en el extremo del objeto punzante que hayamos hallado por palpación manual del duodeno.

En el caso de la existencia de un cuerpo extraño detectado en la membrana, se practicará duodenotomía en la zona, extracción del cuerpo extraño y resolución quirúrgica de la membrana o la estenosis duodenal por los procedimientos quirúrgicos habituales.

4) Intestino delgado:

La progresión de los cuerpos extraños que han llegado a este nivel del tubo digestivo es fácil y a ritmo peristáltico normal. Nunca hemos tenido que actuar para extraer un cuerpo extraño a este nivel. Únicamente si se visualiza la permanencia del objeto en un sitio fijo puede ser que casualmente el niño tuviera un divertículo de Meckel y hubiera penetrado en el mismo. En estos casos y en los que el cuerpo extraño se introduce en el apéndice, clavos, imperdibles, horquillas, etc... precisan de una diverticulectomía y una apendicectomía respectivamente en programación estudiada.

5) Colon y recto:

Los cuerpos extraños progresan fácilmente por colon hasta llegar al recto. En estos casos se puede esperar a una próxima defecación o acelerar su eliminación con enema.

En aquellos casos de estenosis anal por intervenciones de enfermedad de Hirschsprung o de atresia anal, podremos ayudar su eliminación con tacto rectal si el cuerpo extraño es una moneda o de contornos lisos. No haremos tacto rectal para extraer los cuerpos punzantes y precisan una rectoscopia si es el caso de que se mantengan en la ampolla durante varias revisiones diarias.

6) Ingestión de pilas:

No queremos terminar este capítulo sin mencionar nuestras consideraciones de lo que hacemos con la ingestión de pilas denominadas de botón, tan extendidas en los aparatos actuales.

Se han descrito en la literatura pediátrica dos aptitudes: la conservadora o la intervencionista. También se han descrito complicaciones y peligros por las lesiones cáusticas que producen estas pilas a su paso por el intestino. Los médicos del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital "Miguel Servet" de Zaragoza publicaron en Anales Españoles de Pediatría en 1986 el tratamiento por sobrecarga hídrica que dieron a 5 niños que ingirieron una de estas pilas. En todos ellos eliminaron la pila en 12 horas desde que comenzaron el tratamiento.

Nosotros pensamos que la actitud conservadora la podemos hacer viendo como progresa la pila a ritmo del intestino normal y únicamente actuar si ésta se detiene en su trayecto. Si se detiene en esófago, acción inmediata por esofagoscopia. Si no sobrepasa el piloro en 24 horas se practicará gastroscopia y si permanece en el colon o recto forzar su eliminación mediante enemas. El tamaño de estas pilas es pequeño en relación con la luz del tubo digestivo de los niños que las ingieren sin necesidad, la inmensa mayoría de las veces, de tener que intervenir para su extracción.