

## **Cuerpo extraño en esófago. A propósito de un caso.**

Foreign body in esophagus. Apropos of a case.

### **AUTORES**

Dra. Leticia Díaz González. (1)  
Dr. Jesús Castellanos Suárez. (2)  
Dra. Yasnay Alonso Pereira. (3)  
Dra. Carmen Valls Figueroa. (4)  
Dra. Lorena Sixto Simpson. (5)

- 1) Especialista en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Gastroenterología. Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy. Matanzas
- 2) Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de 1er año de Gastroenterología. Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy. Matanzas
- 3) Especialista de I Grado en Gastroenterología. Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy. Matanzas.
- 4) Especialista del Grado en Radiología. Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy. Matanzas.
- 5) Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de 1er año de Gastroenterología. Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy. Matanzas.

### **RESUMEN**

Se presentó un paciente masculino que acudió a consulta de gastroenterología por presentar dificultad para tragar desde la noche anterior. se decidió realizar esofagoscopia de urgencia, donde se constató cuerpo extraño en esófago distal. En dicha exploración se observa anillo mucoso de Schatzki asociado a una Hernia Hiatal tipo II, con eritema e islotes de mucosa color naranja en tercio distal. Se realizó biopsia de la zona, se recibió resultado de la histología, decidiéndose su valoración en consulta de cirugía endoscópica, realizándose técnica antirreflujo con buena evolución.

### **DeCS**

**ESÓFAGO/fisiopatología**  
**ESOFAGOSCOPIA/métodos**  
**RADIOGRAFÍA TORÁCICA/métodos**  
**CUERPOS EXTRAÑOS/diagnóstico**  
**ESOFAGITIS PÉPTICA/etiología**  
**ESOFAGITIS PÉPTICA/diagnóstico**  
**ESOFAGITIS PÉPTICA/complicaciones**  
**ESOFAGITIS PÉPTICA/cirugía**  
**ESTENOSIS ESOFÁGICA/complicaciones**  
**ESTENOSIS ESOFÁGICA/diagnóstico**  
**ESTENOSIS ESOFÁGICA/patología**  
**ESTENOSIS ESOFÁGICA/terapia**  
**HERNIA HIATAL/diagnóstico**  
**ESÓFAGO DE BARRETT/diagnóstico**  
**FUNDOPLICACIÓN/métodos**  
**ENDOSCOPIA DEL SISTEMA DIGESTIVO/métodos**  
**HUMANOS**  
**MASCULINO**  
**MEDIANA EDAD**  
**INFORMES DE CASOS**

## INTRODUCCIÓN

El paso del contenido gástrico al esófago no siempre es un hecho patológico, el reflujo gastroesofágico se produce también en sujetos sanos, aunque en circunstancias normales la calidad y el tiempo de contacto del material refluido son insuficientes para producir síntomas o alteraciones mucosas, por lo que se habla de reflujo fisiológico.

Lo que ocurre es que en circunstancias normales la presencia de episodios de reflujo es pequeña, el tiempo de contacto del mismo con la mucosa es corto, y la resistencia del esófago a los agentes agresivos está preservada.

Cuando alguno de estos factores se altera se produce la enfermedad por reflujo gastroesofágico, que puede definirse, expresados anteriormente, como los síntomas crónicos o la lesión de la mucosa producida por el reflujo anormal del contenido gástrico sobre el esófago. La esofagitis por reflujo se refiere a un subgrupo de pacientes con **ERGE** que presentan cambios histopatológicos demostrados en la mucosa esofágica.

La prevalencia de la esofagitis por reflujo se conoce algo mejor, se calculan que la padecen el 2 % de la población general y entre el 12 y el 23 % de los enfermos remitidos para endoscopia son por síntomas de reflujo. Se estima además, que aproximadamente el 50 % de los pacientes con síntomas de reflujo tienen esofagitis erosiva en el nivel de centros terciarios. Datos recientes sugieren que se encuentra ERGE en aproximadamente en el 50 al 70 % de todos los pacientes que visitan la atención primaria.

Se sabe que más de la tercera parte de la población general experimenta síntomas atribuibles al reflujo al menos una vez al mes, y sólo del 5 al 7 % los presentan a diario. Las complicaciones de esta enfermedad, como la estenosis esofágica y el esófago de Barret, tienen lugar generalmente entre los 50 y 70 años, afectando a ambos sexos, ligeramente mayor en varones. En este trabajo se presenta un caso de estenosis esofágica por un anillo mucoso de Schatzki que acudió por presentar disfagia desde el día anterior relacionado con cuerpo extraño.

Se realizó evacuación al estómago por endoscopia digestiva superior y biopsia de lesión esofágica imponiéndole tratamiento.

## Datos clínicos

Paciente masculino de 56 años de edad, con cargos de dirección. Desde hace alrededor de 20 años viene presentando episodios de dificultad para tragar, en esta ocasión después de una comida copiosa refiere sensación de atoro por lo que acude al día siguiente al servicio de gastroenterología, se le realiza Rx de tórax, y al no presentar signos de perforación, se decide ejecutar panendoscopia digestiva superior, donde se constata cuerpo extraño esofágico impactado sobre estenosis del tercio distal sugestivo de anillo mucoso de Schatzki, se procede a evacuar el cuerpo extraño a estómago con dificultad para la exploración del mismo, debido a la presencia de una hernia hiatal tipo II grande.

## Examen físico

No se obtienen datos relevantes.

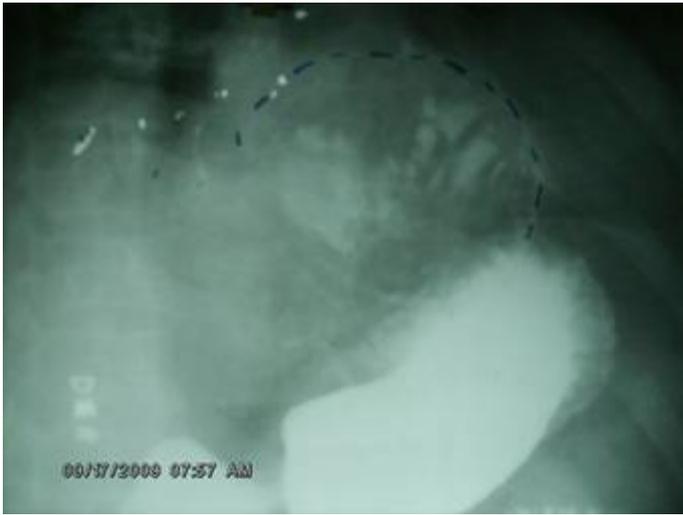
## Complementarios

Rx de tórax AP. No signos de perforación esofágica. Panendoscopia de urgencia. Esófago. Mucosa que a partir de 1/3 medio comienza a tornarse hiperemica circunferencial y confluyente, edematosa con disminución de la luz del órgano a los 37 cm de los incisivos. Se observa estenosis concéntrica de bordes blanquecinos regulares. Continuando la exploración, llegamos a un gran saco herniario con mucosa edematosa e hiperemica que dificulta el paso del equipo hacia estómago en el cual se encuentran eritemas lineales que se extienden desde cuerpo hasta región antral donde además se observan erosiones elevadas de 0,5 cm, resto de la exploración sin alteraciones.

Se realiza biopsia de la zona estenótica y se indica tratamiento médico.

Esofagograma baritado.

## Imagen No.1 Estenosis esofágica



## Imagen No 2. Formación sacular que corresponde con hernia hiatal tipo II



## Resultado de la biopsia de esófago

Mucosa con signos de displasia de bajo grado y úlcera de Barret.

## Manometría esofágica

Se procede a introducir la sonda de registro, la cual después de dos intentos queda doblada a nivel del saco herniario, e informan como no satisfactoria. Aunque sugieren realizar funduplicatura no muy ajustada por la posibilidad de un trastorno motor severo asociado a un esófago de Barret.

Con los datos hasta el momento obtenidos se procede a su valoración con el equipo de cirugía de mínimo acceso y decidir conducta terapéutica, realizándosele funduplicatura tipo Nissen como técnica antireflujo con buena evolución.

Posteriormente, se le realiza panendoscopia digestiva superior evolutiva, donde se observa la mucosa esofágica de color rosado pálido con técnica antireflujo, que no dificulta el paso del endoscopio a estómago, se toma muestra para biopsia esofágica evolutiva.

- Estenosis esofágica distal (Anillo mucoso de Schatzki).
- Esofagitis distal GII.

- Hernia hiatal tipo II.
- Esófago de Barret con displasia de bajo grado.
- Gastritis eritemato erosiva antral.

## DISCUSIÓN

La esofagitis por reflujo es habitualmente una enfermedad de la mucosa. Cuando se producen lesiones erosivas profundas, el daño tisular puede extenderse a otras capas donde se estimula la producción de colágeno y la aparición de fibrosis. Inicialmente este proceso puede afectar una sola parte de la luz esofágica, pero en fase más avanzada se hace circunferencial apareciendo una estenosis regular de la luz. Cuando la evolución es larga suele provocar dilatación del esófago próximal a ella. En estos casos, aunque el estudio radiológico es útil para observar sus características, longitud y calibre del esófago estenosado, el diagnóstico diferencial para excluir el origen neoplásico de la estenosis requiere de endoscopia con toma de biopsia y en ocasiones estudio citológico más allá de la estenosis si no pasa el endoscopio. (1)

Desde los años 50, varios investigadores han publicado informe de pacientes con disfagia, a quienes se les ha diagnosticado un estrechamiento del esófago distal en forma de anillos.

La patogénesis no está bien clara, y los pacientes típicamente se presentan con disfagia no progresiva, intermitente para los sólidos. (2)

El esófago de Barret es una de las complicaciones a largo plazo de la ERGE. Cuando en el proceso lesivo se producen pérdidas de sustancias mucosas, la repitelización puede producirse a partir de un epitelio cilíndrico, probablemente a partir de células pluripotenciales presentes en las capas basales. En esta situación, el límite escamoso columnar asciende una longitud variable por encima del cardias, pudiendo adoptar una morfología circunferencial o irregular con prolongaciones en forma de llamaradas, constituyendo esta entidad una lesión preneoplásica del esófago distal, de ahí la importancia de su búsqueda y confirmación histológica en los caso de estenosis péptica. (3,4)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Harris A, Innes M. Eradication of *Helicobacter pylori* for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane database Suys Rev*; 2006.
2. Ayre AM, Benítez Fernández A, Cocco JE. Tratamiento del cáncer de esófago: revisión. *Rev Postgrado VI Cátedra de Med* 2003; 126: 37-41.
3. Murra Saca JA. Esófago de Barret. *Atlas de Video Endoscopia Gastrointestinal de El Salvador*. [en línea] 2004 [citado 10 nov 2004]. URL. Disponible en: [http://www.gastrointestinalatlas.com/Espanol/Esofago/Esofago\\_de\\_Barrett/esofago\\_d\\_e\\_barrett.html](http://www.gastrointestinalatlas.com/Espanol/Esofago/Esofago_de_Barrett/esofago_d_e_barrett.html)
4. Spechler SJ, Lee E. Long term outcome of medical and surgical therapies of gastroesophageal reflux disease. Follow-up of randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 285: 2331-8.
5. Numans ME, Lau J, de Wit NJ, Bonis PA. Short-term treatment with proton-pump inhibitors as a test for gastroesophageal reflux disease: a meta-analysis of diagnostic test characteristics. *Ann Intern Med* 2004; 140:518-27.
6. Wiklund I. Review of the quality of life and burden of illness in gastroesophageal reflux disease. *Dig Dis* 2004; 22:108-14.
7. Chiocca JC, Olmos JA, Salis GB, Soifer LO, Higa R, Marcolongo M. Prevalence, clinical spectrum and atypical symptoms of gastroesophageal reflux in Argentina: a nationwide population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22:331-42.

## SUMMARY

A male patient assisted to our gastroenterology consultation presenting difficulties to swallow since last night. We decided to make an urgent esophagoscopy and found a foreign body in distal esophagus. It also was observed a Schatzki's mucous ring associated to a hiatal hernia Type II, with erythema and orange mucous clusters in the distal third. A biopsy was made and after receiving the histology we decided to study it in endoscopic surgery consultation. An anti-reflux technique was applied with a good evolution.

**MeSH:**

**ESOPHAGUS/physiopathology**  
**ESOPHAGOSCOPY/methods**  
**RADIOGRAPHY, THORACIC/methods**  
**FOREIGN BODIES/diagnosis**  
**ESOPHAGITIS, PEPTIC/etiology**  
**ESOPHAGITIS, PEPTIC/diagnosis**  
**ESOPHAGITIS, PEPTIC/complications**  
**ESOPHAGITIS, PEPTIC/surgery**  
**ESOPHAGEAL STENOSIS/complications**  
**ESOPHAGEAL STENOSIS/diagnosis**  
**ESOPHAGEAL STENOSIS/pathology**  
**ESOPHAGEAL STENOSIS/therapy**  
**HERNIA, HIATAL/diagnosis**  
**BARRETT ESOPHAGUS/diagnosis**  
**FUNDOPLICATION/methods**  
**ENDOSCOPY, DIGESTIVE SYSTEM/ methods**  
**HUMANS**  
**MALE**  
**MIDDLE AGED**  
**CASE REPORTS**

**CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

Díaz González L, Castellanos Suárez J, Alonso Pereira Y, Valls Figueroa C, Sixto Simpson L. Cuerpo extraño en esófago. A propósito de un caso. Rev méd electrón [Seriada en línea] 2010; 32(1). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol6%202010/tema12.htm> [consulta: fecha de acceso]