

Absceso retrofaringeo por perforación esofágica con espina de pescado, a propósito de un caso

Autores Margarita Vásquez,¹ Yubisay Rosendo,² Juan J. Rodulfo,³ Octavio Camacaro³

Afiliación ¹Gastroenterólogo Pediatra Jefa Unidad de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario de Pediatría "Dr. Agustín Zubillaga" (HUPAZ). Barquisimeto, Edo. Lara
²Gastroenterólogo Pediatra. HUPAZ. Barquisimeto, Edo. Lara
³Pediatras-Residentes Postgrado Gastroenterología Pediátrica. HUPAZ. Barquisimeto, Edo. Lara.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2012;66(2):120-123. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 0016-3503.

Autor correspondiente: Dra. Margarita Vásquez. Médico Gastroenterólogo Pediatra Jefa Unidad de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario de Pediatría "Dr. Agustín Zubillaga" (HUPAZ). Barquisimeto, Edo. Lara, Venezuela.

Correo-e: vasquezfm@hotmail.com

Fecha de Recepción: Abril 2012. Fecha de Revisión: Abril 2012. Fecha de Aprobación: Mayo 2012.

Resumen

La ingestión accidental o voluntaria de cuerpos extraños orgánicos o inorgánicos, redondeados, romos o puntiagudos, es la segunda causa de endoscopia digestiva superior de urgencia. Puede ocasionar complicaciones, más los puntiagudos, produciendo perforación esofágica, secundariamente absceso retro-faríngeo, fístula aorta-esofágica o mediastinitis. Se presenta caso de lactante de 17 meses de edad, quien presentó odinofagia y sialorrea posterior a ingesta de pescado. En radiografía se evidenció imagen radio opaca proyectada al nivel de esófago cervical y en estudio endoscópico edema de partes blandas, imagen erosiva en esfínter esofágico superior y ausencia de cuerpo extraño. En nueva radiología se observó imagen similar a la inicial por lo que se realizó tomografía de cuello confirmando imagen de cuerpo extraño en espacio para-esofágico izquierdo. Se realizó cervicotomía con hallazgo de edema en plano muco-cutáneo, pus retro faríngeo, y espina de pescado en cara posterior de esófago. Durante período postoperatorio mostró descompensación hemodinámica y ventilatoria, shock séptico, y fístula faringo-cutánea manejada conservadoramente. Se inició vía oral posterior a realización de radiología de esófago, que resultó normal, egresa en aparentes buenas condiciones. **Conclusión:** la no visualización del cuerpo extraño en estudio endoscópico no descarta la posibilidad de penetración esofágica seguido de absceso, fístula o mediastinitis.

Palabras clave: Cuerpo extraño, Espina pescado, Perforación esófago absceso retro faríngeo.

RETROPHARYNGEAL ABSCESS BY ESOPHAGEAL PERFORATION WITH A FISH BONE, APROPOS OF A CASE

Summary

The voluntary or accidental ingestion of foreign bodies organic or inorganic, rounded, blunt or sharp, is the second cause of upper endoscopy of urgency. It may cause complications, more sharp, producing esophageal perforation, secondarily retro-pharynx abscess, aorta-esophageal fistula or mediastinitis. Case of 17-month-old infant, who presents odynophagia and drooling after intake of fish, is presented. In x-ray image opaque radio projected at the level of the cervical esophagus and endoscopic study of soft tissue edema, erosive image in upper esophageal sphincter and absence of foreign body was evident. New radiology noted similar to the initial image by what took place CT of neck confirming foreign body in left para-esophageal space image. He was cervicotomy with finding of edema at mucous-cutaneous level, pharyngeal retro pus, and fish bone on back side of esophagus. During postoperative period are decompensation hemodynamic and ventilatory, septic shock, and pharynx-cutaneous fistula managed conservatively. Starts by mouth after realization of esophagus radiology, which was normal, it emerges in apparent good condition. **Conclusion:** the visualization of the foreign body in endoscopic study does not rule out the possibility of esophageal penetration followed by abscess, fistula or mediastinitis.

Key words: Foreign body, fish bone, esophageal perforation, retropharyngeal abscess.

Introducción

La ingesta de cuerpos extraños (CE) es muy frecuente en la práctica médica habitual, constituyendo la segunda indicación de endoscopia digestiva superior de urgencia después de la hemorragia digestiva.¹ En niños es más frecuentes la ingesta de los cuerpos extraños inorgánicos y de éstos los redondos y romos (monedas, botones, pilas, objetos de plástico, piezas de juguetes, magnetos), más que los puntiagudos; en cambio, en adultos los cuerpos extraños orgánicos son los más frecuentes (bolos alimentarios mal masticados, huesos, espinas de pescado).^{2,3} La ingestión de múltiples cuerpos extraños es frecuente sobre todo en pacientes con retardo mental.⁴ Dentro de la edad pediátrica la mayor incidencia se observa en niños menores de 5 años, con una edad media alrededor de 2,8 años. La relación varón:hembra en niños pequeños es 1:1; en niños mayores y adolescentes, los varones son más comúnmente afectados. La mayoría de los niños que ingieren cuerpos extraños tienen entre 6 meses y 4 años de edad; esto es un reflejo del uso de la boca en los niños para la exploración, sin embargo un niño a cualquier edad puede ingerir un cuerpo extraño.⁵ La ingestión accidental o voluntaria de cuerpos extraños, puede llevar a complicaciones, en particular la ingestión de espina de pescado o hueso de pollo, vaca, conejo, entre otros, y estos son responsables del 7 al 14% de todas las perforaciones esofágicas, que pueden llevar a lesiones serias como abscesos profundos del cuello, mediastinitis o fístulas aorto-esofágicas,⁶ e inclusive complicaciones raras como perforación de la glándula tiroides y expulsión espontánea del CE a través de la piel. La frecuencia de penetración y perforación del tracto digestivo por una espina de pescado ocurre, por orden decreciente, en ano, colon, íleon y esófago, este último en el 5,8% de los casos.

De lo anterior cabe destacar que ante la sospecha de lesión del tracto digestivo alto por un cuerpo extraño, el médico debe hacer todo su esfuerzo por establecer el diagnóstico temprano y llevar a cabo el tratamiento más adecuado en cada caso, lo que permitirá evitar el desarrollo de complicaciones y abatir las altas tasas de mortalidad asociadas con las mismas, además de disminuir la estancia hospitalaria.^{7,8} En la actualidad, el manejo de los pacientes con perforación esofágica continúa siendo difícil y controversial. En general, los siguientes principios son cruciales: eliminar la fuente de contaminación, asegurar drenaje adecuado, administrar antibióticos y proveer nutrición. La técnica quirúrgica utilizada varía dependiendo de la ubicación de la perforación, situación clínica específica y preferencia del cirujano.⁷

Resumen de Caso

Se trata de lactante mayor femenina, de 17 meses de edad, procedente de Quíbor, Estado Lara, quien inició su enfermedad actual el 12 de octubre de 2011 cuando posterior a ingesta de pescado presentó odinofagia y sialorrea; fue llevada al hospital de Quíbor siendo valorada y referida al Hospital Universitario de Pediatría Agustín Zubillaga de Barquisimeto, Estado Lara. La valoración otorrinolaringológica quienes a la exploración física no evidenciaron cuerpo extraño en faringe ni hipo faringe, por persistencia de los síntomas solicitaron radiografía de cuello evidenciando imagen radio opaca proyectada al nivel de esófago cervical (**Figura 1A**), por lo que fue referida a Gastropediatría. Se le

realizó estudio endoscópico evidenciando edema importante de partes blandas, e imagen erosiva a nivel del segmento inmediatamente inferior al esfínter esofágico superior (**Figura 2**), no se visualizó el cuerpo extraño, pero como durante la realización del estudio presentó crisis de broncoespasmo se decidió hospitalizar. Se realizó control radiológico apreciándose imagen similar a la inicial (**Figura 1B**), por lo cual se planteó penetración del cuerpo extraño, y en discusión con radiología, cirugía pediátrica e infectología, y ante la posibilidad de absceso a ese nivel, se inició antibioticoterapia con ciprofloxacina y clindamicina desde el 16/10/2011. El día 17/10/11 se le realizó tomografía de cuello que reportó cuerpo extraño en espacio paraesofágico izquierdo y adenopatías posteriores de aspecto inflamatorio (**Figura 3**). Fue valorada por cirugía de tórax y se planteó realizar cervicotomía, la cual se efectuó el 19/10/2011, con hallazgo de edema en planos muco-cutáneos, presencia de pus espeso en planos retro faríngeos, y cuerpo extraño de 2,5 por 0,2 cm en cara posterior de esófago (**Figura 4**), con pared posterior del mismo, esófago de aspecto friable sin evidencia de perforación. En post operatorio mediato presentó deterioro clínico que ameritó rotación de antibióticos a meropenem y vancomicina, traslado a trauma shock y luego a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde permaneció 12 días conectada a ventilación mecánica, presentando falla multiorgánica y shock séptico. Fue reevaluada por cirujano de tórax, por presentar fístula faríngeo cutánea con salida de saliva, quien solicitó nueva tomografía de cuello donde se confirmó la fístula, manejándose de forma conservadora. Al mejorar fue trasladada a cuidados intermedios. Se le realizó radiografía de esófago con fase deglutoria (**Figura 5**), que reportó: área esofágica libre de lesiones ocupantes de espacio o calcificaciones, y posterior a la administración de contraste baritado se observó normal desplegamiento de paredes esofágicas las cuales mostraron adecuada mucosografía y motilidad, sin imágenes de obstrucción, unión esófago gástrica conservada, cámara gástrica parcialmente plenificada, vaciamiento esofágico dentro de la normalidad, no se evidenció fuga de contraste. En vista de esos hallazgos se inició dieta líquida y luego blanda a tolerancia, egresando en aparentes buenas condiciones clínicas, el día 02/12/2011.

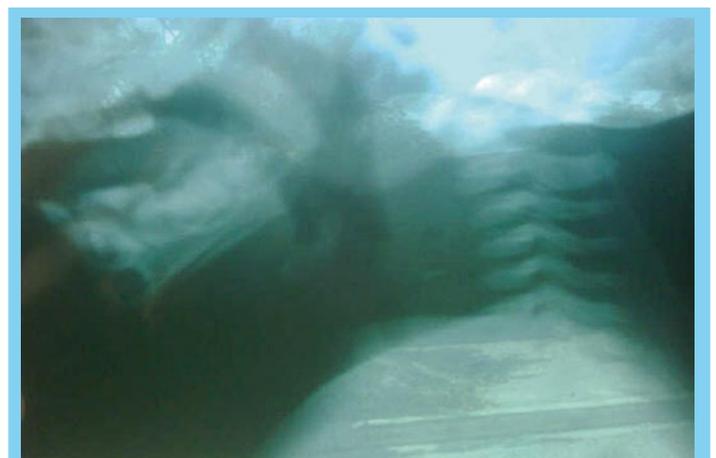


Figura 1A Imagen radio opaca proyectada al nivel de esófago cervical.



Figura 1B Imagen radio opaca proyectada al nivel de esófago cervical.



Figura 2 Endoscopia Digestiva Superior: Imagen erosiva inmediatamente inferior al esfínter esofágico superior y edema de partes blandas.

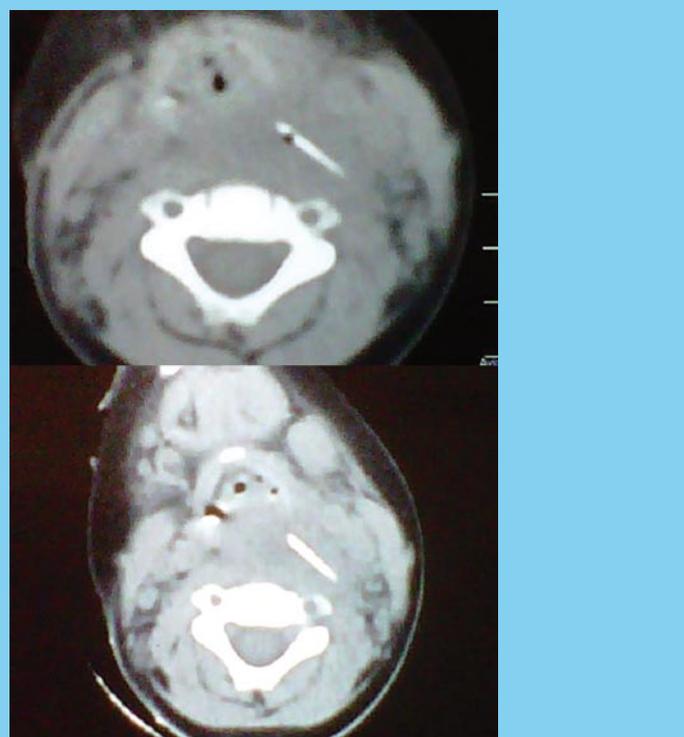


Figura 3 Tomografía de Cuello: presencia de cuerpo extraño



Figura 4 Cervicotomía: hallazgo de edema en planos mucocutáneos, y cuerpo extraño de 2,5 por 0,2 cm en cara posterior de esófago, con pared posterior del mismo.



Figura 5 Esofagograma: estudio normal, no se evidenció fuga de contraste

Discusión

Los accidentes por ingestión de cuerpos extraños en el hogar son motivo frecuente y repetitivo de consulta en los servicios de emergencia pediátrica. Estos generan angustia tanto en los padres como en el mismo pediatra. Dentro de los cuerpos extraños que cursan con un difícil manejo encontramos la ingestión de espinas de pescado, que en niños es poco frecuente y en nuestra institución representó el 10,9% de un total de 64 pacientes que consultaron en el año 2011 por ingestión de cuerpos extraños, siendo mayor a la reportada por García E⁹ que en su estudio reporta que el 5,3% de los pacientes con ingestión de cuerpos extraños eran por espinas de pescado al igual que Alvarado U,¹³ donde 3,6% de los ingresos eran por cuerpos extraños orgánicos.

En cuanto a las manifestaciones clínicas que presentó la paciente, de manera similar a los estudios de Serra J¹¹ y García E,¹⁰ los síntomas fueron disfagia, odinofagia, sensación de cuerpo extraño, sialorrea y vómito. Por otro lado en los hallazgos radiológicos de este caso fue evidente la presencia de una imagen radio opaca proyectada al nivel de esófago cervical, coincidiendo con el trabajo de Ospina J¹² quien afirmó que en el 83% de los casos estudiados se observaba el cuerpo extraño en la radiografía antero posterior y lateral de cuello.

La utilización de estudios imagenológicos más avanzados, como la tomografía omputarizada, es muy útil, con una sensibilidad del 100% y una especificidad de 93% para detectar falsos negativos, según Alvarado U.¹³ Akman C¹⁴ refiere que la tomografía de cuello y tórax es sumamente importante para buscar complicaciones como coleccion de fluidos, extravasación de me-

dio de contraste o burbujas de aire en los tejidos blandos; siendo en este caso la tomografía de tórax el estudio que confirmó la presencia y localización del cuerpo extraño, así como la evidencia del absceso retrofaringeo.

La frecuencia de penetración y perforación del tracto digestivo por espina de pescado ocurre, por orden decreciente en ano, colon, íleon y esófago, en este último en el 5,8% de los casos. Según Schimamoto C¹¹ la penetración y perforación por ingesta de espina de pescado suele localizarse a nivel de esófago torácico y su penetración a través de la pared de éste puede afectar al mediastino o al corazón, produciendo mediastinitis, piotórax, pericarditis y taponamiento pericárdico. En el caso de la paciente, la lesión ocurrió a nivel proximal, con penetración en esófago cervical, que produjo absceso retrofaringeo y fístula faringocutánea. El tratamiento tradicional consiste en drenaje quirúrgico del absceso y antimicrobianos por vía intravenosa, los cuales deberán ajustarse de acuerdo con los resultados de los cultivos.¹⁵ Los abscesos que no son tratados pueden llegar a romperse de manera espontánea en la faringe, la aspiración del material purulento puede provocar neumonía y/o empiema.¹⁶

En cuanto al manejo de la fístula faríngea cutánea se realizó de manera conservadora con evolución satisfactoria, de igual manera lo reporta Rubino¹⁷ en su estudio donde considera a esta clase de fístula como una complicación postoperatoria muy común; el 70 a 80% de los casos cierran espontáneamente en un tiempo variable, solo en algunos casos constituyen verdaderos desafíos para el equipo tratante y requieren un esfuerzo multidisciplinario de las instituciones. Por lo general, no constituyen una complicación grave pero retrasan la alimentación por vía oral y prolongan la estadía hospitalaria.

En conclusión, es muy importante la prevención, supervisando los alimentos, así como los objetos o juguetes que manipulan los niños, al igual que la información y la educación a los padres de los pacientes sobre la morbilidad y mortalidad por esta patología.¹⁵ Un interrogatorio y una exploración física detallada, son fundamentales para el diagnóstico de cuerpo extraño en las vías aérea o digestiva, incluso cuando una radiografía no muestre datos patológicos. El manejo siempre debe realizarse en un centro hospitalario que cuente con equipo y personal capacitado en la realización de endoscopias. Ante la sospecha de lesión del tracto digestivo alto por un cuerpo extraño, el médico debe establecer el diagnóstico temprano y llevar a cabo el tratamiento más adecuado en cada caso, lo que permitirá evitar el desarrollo de complicaciones, disminuir las altas tasas de mortalidad asociadas con las mismas y la estancia hospitalaria.^{7,8} En la actualidad, el manejo de los pacientes con perforación esofágica continúa siendo difícil y controversial, y en general, los siguientes principios son cruciales: eliminar la fuente de contaminación, asegurar drenaje adecuado, administrar antibióticos y proveer nutrición.

Clasificación

Área: Gastroenterología Pediátrica

Tipo: Clínico

Tema: Esófago

Patrocinio: Este trabajo no ha sido publicado ni patrocinado por algún ente gubernamental o comercial.

Referencias Bibliográficas

1. Little D, Shah S, St Peter S.D, et al. Esophageal foreign bodies in the pediatric population: our first 500 cases. *Journal of Pediatric Surgery* 2006;(41):914-918.
2. Benito J, Del Cubillo A, Porras A. Cuerpos extraños esofágicos: nuestra experiencia en diez años. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2003;(54):281-5.
3. Huiping Y, Jian Z, Shixi L. Esophageal foreign body as a cause of upper gastrointestinal hemorrhage: case report and review of the literature. *European Archives ORL* 2008;(265):247-249.
4. Reilly S, Carr, L. Foreign body ingestion in children with severe developmental disabilities: a case study. *Dysphagia* 2001;(16):68.
5. Chen M y Beierle E. Gastrointestinal foreign bodies *Pediatr Annals* 2001;(34):1472-1486.
6. Akazawa Y, Watanabe S, Nobuhiyo S, et al. The management of possible fishbone ingestion. *Auris Nasus Larynx* 2004;(31):6-413.
7. Liptay MJ, Fry WA, Shields TW. Acute and chronic mediastinal infections in shields. *General Thoracic Surgery*. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins (2000):104-2093.
8. Lin H, Lee S, Chu H, Chang W, Chao Y, Hsieh T. Emergency endoscopic management of dietary foreign bodies in the esophagus. *American Journal of Emergency Medicine* 2007;(25):662-665.
9. García, EM. Evaluación, diagnóstico y tratamiento de la ingestión de cuerpos extraños en el esófago en niños menores de cinco años en Maracaibo, Estado Zulia *Academia Biomédica Digital. Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela*. Octubre-Diciembre 2009;(40):1-11.
10. Serra J, Pino CM, Valdivia M. Cuerpos extraños en el Tracto Digestivo. Experiencia de 3 años en un Centro Diagnóstico Integral. *Gastroenterología, Medicina Familiar y Atención Primaria*. Revista electrónica de portales médicos.com. Venezuela, Octubre 2009.
11. Shimamoto C, Hirata I, Umegaki E, Katsu K. Closure of an esophageal perforation due to fish bone ingestion by endoscopic clip application. *Gastrointest Endosc* 2000;(51):736-9.
12. John Ospina et al. Cuerpos extraños en tracto gastrointestinal en niños. *Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología*. *Rev Col Gastroenterología* 2008;(3):233-238
13. Alvarado U, Palacios JM, León A et al. Cuerpos extraños alojados en las vías aérea y digestiva. Diagnóstico y tratamiento. *Acta Pediatr Mex* 2011;32(2):93-100.
14. Akman C, Kantarci F, Cetinkaya S. Imaging in mediastinitis: a systematic review based on aetiology. *Clinic Radiological* 2004;(59):573-85.
15. Craig FW, Schunk JE. Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging and current management. *Pediatrics* 2003;(111):1394-1398.
16. Dawes LC, Bova R, Carter P. Retropharyngeal abscess in children. *ANZ J Surg* 2002;(72):417-420.
17. Rubino A, Gonzalez Aguilar O, Pardo H, et al. Fístulas post-laringectomía. Variables que favorecen su desarrollo. *Rev Argent Cirug*. 2005;(88):234-41.