

11215
3



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

**INCIDENCIA DE CUERPOS EXTRAÑOS
EN EL TUBO DIGESTIVO ALTO**

289531

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA

P R E S E N T A L A

DRA. ESTHELA BEATRIZ BONILLA MEJIA

ASESOR: DR. ENRIQUE PAREDES CRUZ



MEXICO, D. F.

FEBRERO 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso


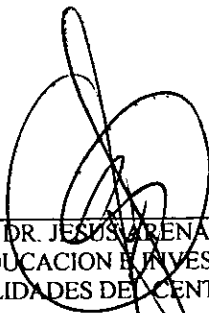
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

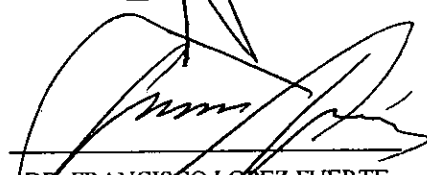
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
GASTROENTEROLOGIA


**INCIDENCIA DE CUERPOS EXTRAÑOS EN
EL TUBO DIGESTIVO ALTO**



DR. JESUS ARENAS OSUNA
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICAS
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA



DR. FRANCISCO LOPEZ FUERTE
JEFE DEL SERVICIO Y TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE
ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA



DR. ENRIQUE PAREDES CRUZ
MÉDICO NO FAMILIAR GASTROENTERÓLOGO Y ENDOSCOPISTA ADSCRITO AL
SERVICIO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO
MÉDICO NACIONAL LA RAZA



DRA. ESTHELA BEATRIZ BONILLA MEJIA
MEDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

NUMERO DEFINITIVO PROTOCOLO
2001-690-0017

DEDICATORIAS

CON AMOR PARA:

LA MAMIA:

GLADYS ESTRELLA MEJIA RUILOVA

GRACIAS POR TU AMOR INCONDICIONAL Y POR SER EJEMPLO DE DEDICACION Y SUPERACION CONSTANTE

PARA MIS HIJOS:

CARLOS ANDRES Y MICHELLE CAROLINA

POR SER ESA FUERZA INVISIBLE QUE ME IMPULSO A SEGUIR SIEMPRE ADELANTE, POR SER LA FUENTE DE MI INSPIRACION E ILUSIONES, POR SU ESPERA, SU SACRIFICIO Y POR SER LA CONTINUACION DE MIS SUEÑOS Y LA ESPERANZA DE MI MAÑANA,

PARA TI LUPITA:

POR TU APOYO Y COMPAÑÍA, POR QUE AUNQUE NO SOMOS IGUALES, NUESTROS VALORES Y PRINCIPIOS SON LOS MISMOS

PARA MIS HERMANOS:

JUAN DIEGO, MANOLO, MIGUEL ANTONIO (+) Y MARIA ISABEL POR SUS LAZOS DE HERMANDAD Y SOLIDARIDAD

A LA MEMORIA DE MI PADRE:

MANUEL BONILLA PAREDES

POR QUE AUNQUE NO ESTUVO A MI LADO, SU RECUERDO Y SUS ENSEÑANZAS SIEMPRE PERMANECIERON CONMIGO

AGRADECIMIENTOS

A TODOS AQUELLOS...
POR SER ESCALONES FUNDAMENTALES EN MI VIDA PROFESIONAL Y PERSONAL
Y POR HABERLOS ENCONTRADO A TIEMPO

DR. ENRIQUE PAREDES CRUZ: Asesor de tesis, por que con su ayuda desinteresada y su amistad fue posible la culminación de este proyecto.

A la Dra. Margarita Guerrero y Dr. Clovis Maroun Marún por su tolerancia, aceptación y su amistad.

A los Médicos del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza especialmente al Dr. Francisco López Fuerte y a mis compañeros por su aceptación a formar parte de ellos.

A los Médicos del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI: Dr. Juan Manuel Blancas y Dr. Rafael Trejo Estrada por su apoyo y enseñanzas.

Un agradecimiento especial al Dr. José María Blásco y González por su amistad, apoyo y solidaridad incondicional y por sus palabras a tiempo.

Al Dr. Héctor Bermúdez Ruiz por constituir un pilar fundamental en mi vida profesional y personal.

A mis amigos: TODOS, especialmente a las Dras. Cheris Cuevas y Roxana Peña, Sandra Astudillo Torres y Sonnia María Valverde, con quienes compartí tristezas y alegrías y supieron mitigar mi soledad con su presencia. Gracias por enseñarme la amistad sincera.

A México por darme la oportunidad de desarrollarme profesionalmente y por permitirme escribir una parte de la historia de mi vida aquí.

A los pacientes por ser fuente inagotable de enseñanzas y sabiduría

GRACIAS A TODOS

A DIOS

POR ESTAR SIEMPRE A MI LADO, POR CAMINAR CONMIGO, POR DEJARME SENTIR TU PRESENCIA Y POR PERMITIRME CUMPLIR ESTE MI GRAN SUEÑO.....

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	3-6
MATERIAL Y METODOS	7
RESULTADOS	8
DISCUSION	9
CONCLUSIONES	10-11
GRAFICOS	12-16
BIBLIOGRAFIA	17-18

RESUMEN

INCIDENCIA DE CUERPOS EXTRAÑOS EN EL TUBO DIGESTIVO ALTO

La ingesta y aspiración de cuerpos extraños, en el tracto gastrointestinal superior es un padecimiento grave y que en algunos casos puede condicionar la muerte del paciente, se observa con mayor frecuencia en niños y adultos con problemas de tipo psiquiátrico y trastornos de tipo orgánicos y funcionales. El tratamiento de los mismos constituye un reto para el endoscopista.

OBJETIVO: Determinar la incidencia de cuerpos extraños, la localización, el tipo y las complicaciones secundarias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, transversal y observacional, en un periodo de un año. Se revisaron los informes endoscópicos de los pacientes que ingresaron al servicio de endoscopia con sospecha de cuerpo extraño, se les realizó endoscopia digestiva superior utilizando videoendoscopios Pentax y asas de polipectomía y pinzas para su extracción.

RESULTADOS : Se revisaron 6905 informes endoscópicos de los cuáles 153 acudieron con diagnóstico de cuerpo extraño, de estos únicamente en 37 se corroboró la presencia de cuerpo extraño, en 33 se logró su extracción En 2 se observó su pasó hacia el estómago y en 2 no se logró su extracción, realizándose extracción quirúrgica. No se reportó complicaciones con respecto al procedimiento

CONCLUSIONES: La incidencia de cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal en nuestro hospital es baja (2.21%) y el hallazgo de los mismos es aún más baja al momento del estudio (0.53%). Los resultados del presente estudio coinciden con los reportados en la literatura en cuanto a la localización, al tipo y a las complicaciones. La endoscopia es el mejor método para el diagnóstico y extracción de cuerpos extraños.

Palabras Claves: cuerpo extraño, extracción, endoscopia.

ABSTRACT

INCIDENCE OF STRANGE BODIES INTO HIGH DIGESTIVE TUBE

Feed and aspiration of strange bodies, into upper gastric-bowel tract is a serious suffering and in which some cases it may condicionate patient death, often it observes in childs and adults with psiquiatric disorders and functional and organic disturbance. Treatment constitutes a challenge for the endoscopic physician.

AIM: To determinate incidence of strange bodies, to locate kind and secondary complications.

MATERIAL AND METHODS: Retrospective, transversal and observational study in a year period. Endoscopic reports were reviewed of patients whom ingressed to endoscopic service unit with a strange bodie suspicious of, Underwent to superior digestive endoscopies using Pentax videoendoscopic devices and polipectomic hafts and pliers to remove.

RESULTS: 6905 endoscopic reports were reviewed, in which 153 assisted with diagnostic of strange bodie, only in 37 of them was confirmed the presence of strange bodie, in 33 achieves removal; in 2 it was observed passing toward stomach and in 2 the removal failed, carry out surgical removal. No complications of procedures respect were reported.

CONCLUTIONS: Incidence of strange bodies in gastric-bowel tract in our hospital is low (2.21%), and findings are lower than those at moment of study (0.53%). Results of present study coincides with those reported in the literature respect to locate, kind and complications. Endoscopies is the better method to diagnose and strange bodies removal.

Key Words: strange bodie, removal, endoscopies.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

Se denomina cuerpo extraño a todo objeto o sustancia de diversa índole que se localice en cualquier tejido o cavidad del cuerpo (1) Por su localización y características morfológicas se pueden dividir en endógenos (aquellos que están en el propio organismo y pueden condicionar problemas de obstrucción, etc) y exógenos (aquellos que están fuera del cuerpo y son ingeridos de alguna manera)

Se considera que la endoscopia es el método ideal no solo para el diagnóstico sino para el tratamiento de los mismos y puede ser realizado con endoscopios rígidos (recomendados cuando el cuerpo extraño es voluminoso) o con endoscopios flexibles (1)

Los avances registrados en la endoscopia, en los últimos veinte años, han permitido que se de una evolución del manejo de los cuerpos extraños localizados en la parte alta del tubo digestivo. Einhorn, en 1909, informó de la extracción de 2 cuerpos extraños esofágico mediante la utilización de un endoscopio rígido. En 1972 fueron emitidos los primeros informes de un uso similar para un instrumento flexible.

Actualmente ha surgido un método bastante uniforme, a pesar de las grandes variaciones en la capacidad y experiencia de los muchos consultantes a quienes se les solicita que atiendan a la mayoría de los pacientes (2,3,4,5)

Durante los últimos 5 años se han publicado dos excelentes revisiones. En 1988 Webb (5), escribió una revisión extensa en Gastroenterology, y en 1991 Brady (2,6) hizo una revisión amplia acerca de cuerpos extraños esofágicos. Esta revisión se enfoca principalmente en la literatura publicada a últimas fechas y la experiencia del autor con la endoscopia flexible.

Se puede decir que existen dos grupos principales de riesgo, el primero que consta de la población pediátrica, de uno a cinco años de edad, quienes tienden a ingerir accidentalmente los cuerpos extraños (6), y el otro la población adulta los cuáles suelen presentarse con impactación de alimentos en el esófago relacionados con prótesis dentales o con enfermedades esofágicas preexistentes. Ahora bien, los pacientes que experimentan la ingestión accidental o deliberada de cuerpos extraños están con relación a adultos que son portadores de algún tipo retraso mental, pacientes con alteraciones de tipo psiquiátrico o están en prisión.

El manejo de los cuerpos extraños se basa sobre la experiencia reunida y no sobre estudios clínicos controlados (8), con respecto a esto recientemente se han publicado varias revisiones y según cada situación clínica se debe evaluar el tipo de objeto, el órgano comprometido el estado del paciente y el tipo de síntomas.

El concepto de que la mayoría de cuerpos extraños son eliminados en forma segura por el tracto gastrointestinal, ha sido validado desde la era preendoscópica, antes del advenimiento de la endoscopia, se consideraba que más del 80% de los objetos extraños ingeridos eran eliminados dentro del mes y el tiempo promedio para su expulsión era de una de semana. Pero el clínico se enfrenta con el problema de asumir una conducta expectante para lograr un resultado óptimo. Corresponde recuperar algunos objetos, pero no todos ya que se debe considerar el tamaño, la localización, la forma y el riesgo de complicaciones (9)

La estructura del tubo digestivo explica lógicamente la gama de presentaciones relacionadas con la ingestión de cuerpos extraños.

El esófago es el segmento más estrecho del tubo digestivo alto, pero los objetos deben pasar primero por la hipofaringe y es el lugar donde quedan impactados la mayor cantidad de cuerpos extraños, la segunda barrera lo constituye el músculo cricofaríngeo que conforma el esfínter esofágico superior asimétrico, es así donde se alojan casi todos los cuerpos extraños en el tercio superior del esófago, aunque también se alojan en cualquier nivel donde haya estrechamiento fisiológico como el tercio medio del esófago por su proximidad al bronquio izquierdo y aurícula izquierda. El esfínter esofágico inferior es la barrera final para el paso antes de entrar. Las áreas restantes que retrasan el tránsito o la eviten son el píloro y el ángulo de la curvatura duodenal. Aunque a todos estos se pueden agregar las alteraciones de la motilidad y otras situaciones patológicas como anillos, divertículos, estenosis pépticas o condiciones malignas.

También para su extracción se debe considerar el tipo de cuerpo extraño los mismos que están en relación a la edad así como a la localización geográfica, por ejemplo en los niños predominan las monedas mientras que en los adultos predominan los de tipo alimenticio (espinas de pescado, huesos de pollo) y objetos de uso frecuente como mondadientes, alambres e utensilios diversos. Las prótesis dentales más bien constituyen un factor de riesgo supuesto para ingestión de cuerpos extraños ya que pueden quedar alojadas en el esófago y requieren extracción urgente o muy urgente.

Los bezoares gástricos de vegetales, pelo u otra materia orgánica conforman el grupo grande final de cuerpos extraños los mismos que se asocian a trastornos fisiológicos gástricos y actualmente se dispone de muchas opciones para su tratamiento.

El diagnóstico de cuerpo extraño incluye una serie de modalidades que van desde el interrogatorio directo, las manifestaciones clínicas siendo la presentación típica la odinofagia o disfagia de inicio repentino y que por lo general señala la impactación de un objeto duro en el esófago. Aunque por otro lado un cuerpo extraño que genera obstrucción parcial puede permanecer asintomático o solo producir síntomas respiratorios, una advertencia crítica es que los síntomas mínimos o la falta de ellos no excluye la presencia de un cuerpo extraño (10), también debe considerarse el examen físico así como estudios de gabinete como los radiológicos aunque este último tiene sus limitaciones y solo han de usarse junto con la información clínica disponible. En un estudio Efectuado por Herranz-González reportaron hasta un 47% de falsos negativos.

El informe emitido por Crisdale y colaboradores (11), aunque no es prospectivo permite hacer algunas inferencias acerca de la evolución natural de cuerpos extraños en el esófago: 7.8% pasó de forma espontánea en el transcurso de 24 horas, 2.5% pasó con farmacoterapia en tanto que el resto fue extraído mecánicamente, existen otros reportes que estiman que el 80-90% de los cuerpos extraños que pasan por el esófago hacia el estómago se expulsan sin riesgos por el recto. La variación entre los estudios refleja diferencias en las poblaciones y el tipo de cuerpo extraño estudiados.

De igual manera las indicaciones para la extracción de los mismos varían de acuerdo a la localización. El tamaño y la composición del cuerpo extraño. Se menciona que existen indicaciones absolutas para la extracción urgente de cuerpos extraños y esto en base a la

presentación clínica como son dificultad respiratoria e incapacidad para deglutir secreciones por obstrucción completa del esófago, datos de perforación. Así como también el diámetro de los mismos. En general cualquier cuerpo extraño relacionado con síntomas merece un intento de recuperación ya sea que una vez que se ha decidido intentar la extracción de un cuerpo extraño las opciones son numerosas. Antes que se efectúe la endoscopia hay dos métodos básicos: favorecer el paso del cuerpo extraño en dirección distal o extraerlo.

Existen fármacos usados para favorecer el paso de los cuerpos extraños que incluyen ansiolíticos, analgésicos y opiáceos así como otro grupo de fármacos que disminuyen de modo selectivo la presión del esfínter esofágico inferior, con respecto a esto existen múltiples revisiones que informan diferentes tasas de efectividad para este método pero que conllevan riesgos de perforación o rotura esofágica. Existen métodos no endoscópicos para intentar la extracción de cuerpos extraños como es la técnica de introducir una sonda Foley bajo guía fluoroscópica con inflación subsecuente del globo y después aplicar tracción para extraer el globo y el objeto a través de la bucofaringe, este método ha sido objeto de grandes debates en la literatura (12) ya que la efectividad de la misma esta con relación a la habilidad del personal disponible así como de su experiencia.

Odetoyinbo ilustra que los métodos que se apliquen a la extracción de los cuerpos extraños (13) variarán con base a la situación clínica del paciente.

Los métodos directos para la extracción de cuerpos extraños incluyen la laringoscopia y pinzas para objetos localizados en la hipofaringe o el uso de endoscopios rígidos o flexibles para objetos más distales.

Webb en su reporte apoya el uso del endoscopio flexible como el más ideal para la extracción de objetos extraños alojados en el tracto gastrointestinal superior debido a la mayor comodidad, aceptación por parte del enfermo, mayor visualización y maniobrabilidad, agregando a esto la presencia de varios accesorios que han aumentado el uso del endoscopio flexible.

Según varios reportes, en un porcentaje del 1-4% sobrevienen complicaciones las mismas que están relacionadas con la ingesta del cuerpo extraño e incluyen perforación, aspiración pulmonar, absceso retrofaringeo, mediastinitis, pericarditis, neumotórax y lesiones vasculares que ponen en peligro la vida del paciente, obligando al clínico a una conducta expectante para lograr resultados óptimos.

Conforme ha avanzado la experiencia y la tecnología durante los últimos años, se ha llegado a un consenso sobre el tratamiento de los cuerpos extraños en la parte alta del tubo digestivo. Los objetos obtusos y pequeños que pasan al esófago rara vez despiertan preocupación pero los objetos grandes y puntiagudos son causa de obstrucción y de otras complicaciones. En todo caso a manera de conclusión se puede anotar que todo objeto alojado en el esófago justifica extracción y la realización de la endoscopia dependerá del tipo de cuerpo extraño así como de la presentación clínica del mismo

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y observacional, en un periodo comprendido entre el primero de Diciembre de 1998 al 1ero. De Diciembre de 1999, este estudio se llevó a cabo en el servicio de Endoscopia de la consulta externa del Centro Médico Nacional La Raza.

Para esto se revisaron los informes endoscópicos de todos los pacientes que ingresaron al servicio de endoscopia y que cumplían con los criterios de inclusión como: Consentimiento para el procedimiento y diagnóstico de cuerpo extraño. Se analizaron las siguientes variables sexo, edad, localización, tipo de cuerpo extraño y si existieron o no complicaciones posteriores a la extracción. Se hicieron análisis cruzados de la localización de acuerdo al tipo de cuerpo extraño así como por grupos de edad de 10 años a partir de la edad mínima aceptada en el servicio de endoscopia. Y finalmente se busco una curva de distribución anual como canal endémico.

Para la realización del procedimiento se requirió en todos los casos de estudio radiográfico simple de las áreas presuntamente implicadas (en dos proyecciones); se utilizaron videoendoscopios Pentax serie 2900 y 2940, pinzas y asas de polipectomía. De igual forma se había corroborado la estabilidad de los pacientes para la realización del estudio mediante una evaluación clínica que incluía exploración física y signos vitales.

El análisis estadístico se realizó en forma simple con la ayuda del programa estadístico STATS ver 1.0 en sistema operativo Windows.

RESULTADOS

Se revisaron 6905 informes endoscópicos de estudios realizados en el aparato digestivo proximal. De estos informes únicamente 153 (2.21%) pacientes acudieron con el diagnóstico probable de cuerpo extraño (interrogatorio directo). Únicamente en 37 pacientes (24.18%) fue posible corroborar la existencia del algún objeto alojado en el tubo digestivo alto, 17 fueron hombres y 20 mujeres; lo que dio una tasa real de 0.53% sobre todos los estudios endoscópicos analizados. La edad media fue de 44.24 años \pm 12.14; con edad máxima de 73 años y mínima de 16 años.

La distribución de los cuerpos extraños mostró una mayor prevalencia en el tercio esofágico superior (17 casos), seguidos por el cricofaríngeo y el tercio medio del esófago con 7 casos en cada sitio. El cuerpo extraño más frecuentemente encontrado fue el grupo de semillas y alimentos (12 casos) seguidos por las espinas de pescado y huesos de pollo con 10 casos en cada grupo.

La incidencia por grupos de edad fue mayor entre los de 36 a 45 años de edad con 14 casos y ligeramente menor en los de 46 a 55 y 56 a 65 años, con 7 y 8 casos respectivamente. Con base al número de casos por mes en los que se sospechó cuerpo extraño, se calculó una distribución mensual de los mismos encontrándose una prevalencia entre el 3.6% en octubre y 1.49% en enero, siendo el promedio anual de 2.21% de todos los estudios endoscópicos solicitados al servicio de endoscopia del hospital.

La extracción del cuerpo extraño fue posible en 33 pacientes, con pinzas o asa de polipectomía. De los 4 pacientes en quienes no se realizó la extracción del cuerpo extraño es justo mencionar que en 2 pacientes se observaron indicios de su paso hacia el estómago, y solo en dos casos no fue posible su extracción (una almeja y un hueso de pollo) debido a la presencia de edema e impactación importante del cuerpo extraño sobre la mucosa además de la localización de los mismos, requiriendo manejo quirúrgico con evolución favorable posterior. No hubo complicaciones inherentes al procedimiento endoscópico, pero en cuatro casos hubo laceración de la mucosa afectada por el cuerpo extraño, y en 1 caso hubo una úlcera esofágica adyacente al cuerpo extraño.

DISCUSION

En el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social, se hacen un promedio anual de 6905 casos por año lo que nos permite asegurar que la prevalencia de cuerpos extraños como motivo de solicitud de estudio endoscópico es baja (2.21%).

De todos estos casos, solo se logra confirmar en un cuarta parte la presencia de los cuerpos extraños y en casi todo ellos se logra su extracción por vía endoscópica (89%). Mientras que solo en el 5.4% de los casos se requiere de su extracción por vía quirúrgica. Esto ha cambiado los parámetros que hace unos años se tenían en cuanto a la prevalencia de los mismos y el porcentaje que llegaba a cirugía como método terapéutico (5% de todos las endoscopias y el 15% de ellos terminaban en cirugía). Esto último debido a la mejora en los equipos endoscópicos (se paso de endoscopia rígida a endoscopia flexible), la mayor experiencia por los médicos endoscopistas responsables del manejo, y de nuevos y mejores aditamentos para la extracción así como a nuevas técnicas para la extracción de los mismos.

El tiempo ha demostrado que la distribución de la frecuencia de los cuerpos extraños por sexo es similar entre mujeres y hombres, mientras que los grupos de edad se mantienen estables sin grandes cambios a través de los años, siendo aún mayor entre los 35 y 45 años de edad con tendencia decreciente hacia mayores edades. Esto indica que los pacientes jóvenes tienen mayores cuidados con sus maneras de comer, y tal vez se vea influenciado por los cambios dentales (prótesis) que disminuyen la capacidad fragmentadora y por ende la detección de los cuerpos extraños al inicio de la masticación.

El hecho de que los cuerpos extraños más frecuentemente detectados sean las semillas y alimentos sólidos mal masticados, confirman lo anterior. Pero cabe hacer notar que los siguientes en frecuencia, las espinas de pescado, son más frecuentes en el cricofaríngeo y esófago superior. Esto se debe básicamente al hecho de que al ser punzantes fácilmente se enclavan al intentar pasar el primer obstáculo anatómico es decir la zona de alta presión del esfínter esofágico superior, de hecho la mayoría de estos estuvo en senos piriformes y cricofaríngeo. Esto también se confirma por el hecho de que los huesos de pollo y/o res así como los alimentos más sólidos se impactaron en el cuerpo del esófago. Objetos más raros como tapas de refresco o corcholatas y almejas se detenían en el estómago.

La prevalencia de hernia hiatal ó anillo de Shatzki en este grupo fue mayor que en otros aparentemente (72%). Si bien este estudio no contemplaba valorar la presencia de hernia hiatal, cabe hacer notar este hallazgo sobre todo porque en los informes endoscópicos de los pacientes con diagnóstico clínico de cuerpo extraño (o con antecedente inmediato del mismo) que fueron enviados a estudio endoscópico y el mismo no logro demostrar la presencia del cuerpo extraño, si se observó en casi todos ellos una hernia hiatal (complicada o no), lo que podría favorecer el reflujo gastroesofágico en ellos y de esa forma ante una laceración o edema del cricofaríngeo por cuerpo extraño previo, dar sintomatología o persistencia de los mismos debido a la inflamación provocada por el reflujo gastroesofágico crónico.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

De los pacientes con cuerpo extraño impactado en esófago medio y distal, todos debido a alimento, fragmentos de hueso o prótesis dental, podemos hacer notar que un 33.5% de ellos presentó al momento de revisar (posterior a la extracción del cuerpo extraño) una estenosis esofágica de tipo péptico. Esto explica el hecho de que la literatura universal afirme que la gran mayoría de los cuerpos extraños se impactan en cricofaríngeo y esófago superior inmediatamente distal al mismo, pues se menciona que si un cuerpo extraño cruza el cricofaríngeo y su zona difícilmente se impactará en zonas más distales. Sin embargo la presencia de una estenosis esofágica distal (generalmente sobre la unión esófago-gástrica) crea otro sitio de estrechamiento que deben cruzar los cuerpos extraños y donde podrían fácilmente (en relación directamente proporcional al grado de estenosis) impactarse.

En nuestra población la presencia de cuerpos extraños de otra índole como lo son pilas, cepillos dentales, partes de metal, termómetros y productos fabricados para transportar droga en el interior del cuerpo, no son habituales y de hecho buscando en informes de épocas anteriores en el servicio de endoscopia de nuestro hospital no se logró encontrar el diagnóstico de alguno de ellos en 10 años.

Finalmente la tasa promedio de complicaciones esperada según la literatura disponible (20 al 25% por el cuerpo extraño y del 1.5% por el procedimiento endoscópico) en relación a todos los cuerpos extraños, es mucho menor en nuestra unidad cuando se manejan de forma oportuna por endoscopia (15.1% inherente al cuerpo extraño y del 0% inherente al procedimiento endoscópico) lo que permite afirmar que nuestro servicio de endoscopia cuenta con el equipo y personal médico altamente especializado para el abordaje y manejo de pacientes con cuerpos extraños en el aparato digestivo proximal.

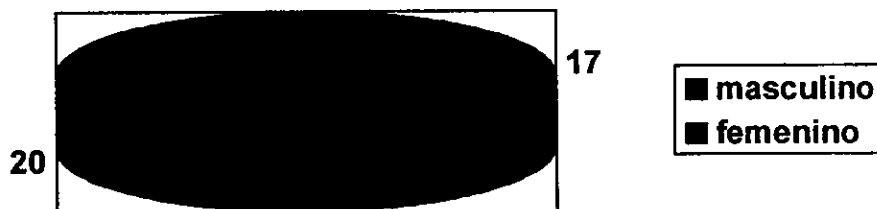
CONCLUSIONES:

Con los resultados del presente estudio, podemos concluir

1. Que la incidencia de cuerpos extraños en nuestro hospital es baja 2.21% y que aún es más baja la corroboración de los mismos al momento del procedimiento endoscópico.
2. El sitio de localización más frecuente constituye el esófago superior
3. La incidencia por edad es mayor entre los 36 a 45 años de edad, por razones comentadas en la discusión.
4. En nuestro estudio, no se presentaron complicaciones inherentes al procedimiento endoscópico y las que existieron fueron estuvieron en relación a la presencia del cuerpo extraño.
5. Es la endoscopia hoy por hoy el estándar de oro para la extracción de cuerpos extraños alojados en el tubo digestivo alto.

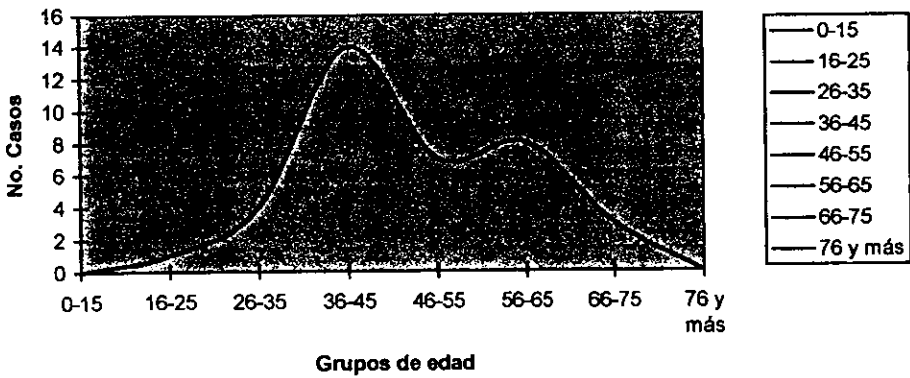
**INCIDENCIA CUERPOS EXTRAÑOS
CENTRO MEDICO NACIONAL
LA RAZA**

Distribución por sexo

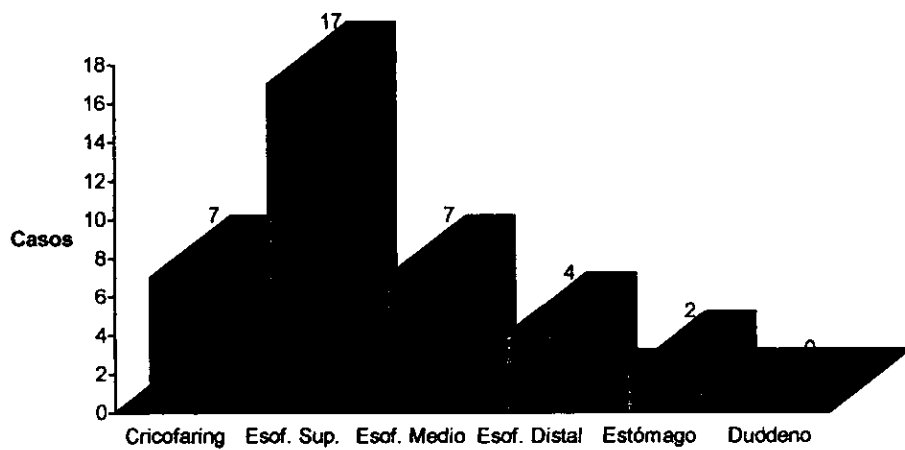


Grupo de C. Extraños	Años
Promedio	44.24
Desviación Std.	12.14
Moda	49
Valor máximo	73
Valor mínimo	16

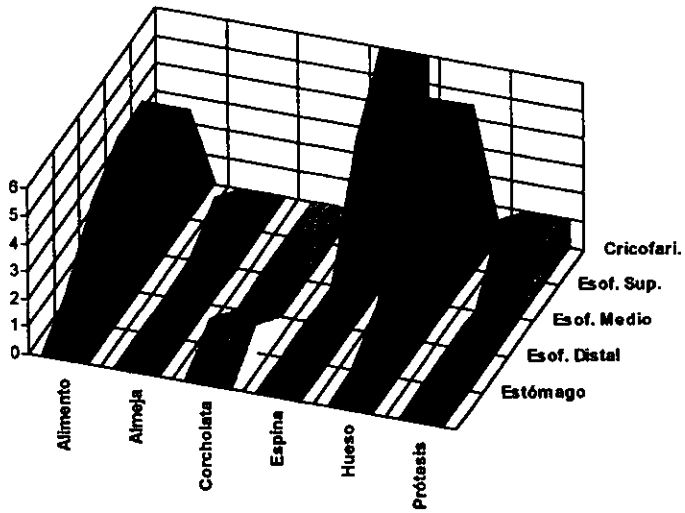
Distribución por grupos de edad



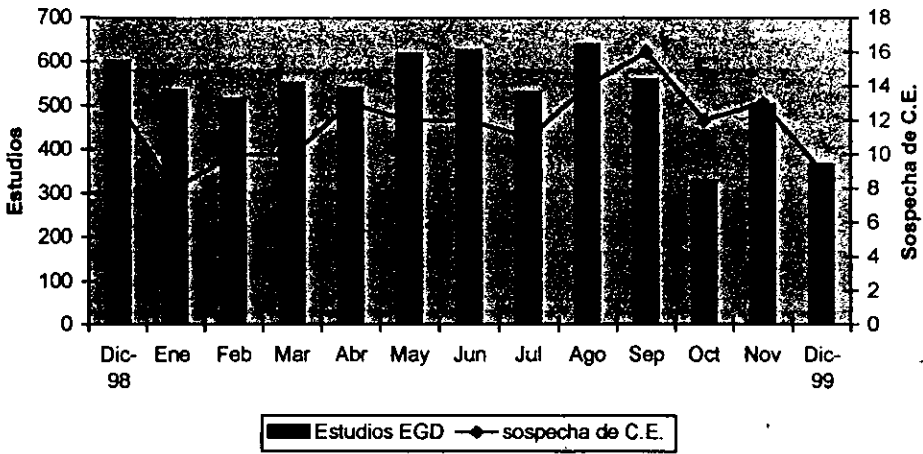
Distribución por localización de C. Extraño



Distribución según tipo y localización



Curvas mensuales de estudios EGD y por sospecha de C. Extraño



BIBLIOGRAFIA

1. Brady PG: Esophageal foring bodies. Gastroeneterol. Clin. North. Am. 1991; Vol.20: 691.
2. Clarjston WK: Gastrointestinal foring bodies. Psostgrad Med. 1992; Vol. 92: 46.
3. Córdova Villalobos JA, De la Torre A, Ochoa Carrillo FJ; Procedimientos endoscópicos en Gastroenterología. 1997. Vol.1: 196-198
4. Cotton PB, William CB : Tratado práctico de endoscopia digestiva. Masson Salvat, Barcelona, 1992; Vol 3: 354-357.
5. Ratcliff KM: Esophageal foreign bodies. Ame. Fam Phys. 1991; Vol.44: 824.
6. Sivak MV: Clínicas de Endoscopia de Norteamérica. Interam,ericana Graw Hill, México, 1994. Vol 3: 561-573
7. Viscarrondo FJ, Brady PG, Nord HF, Foreing bodies of the upper gastrointestinal trac. Gastrointestin. Endosc. 1983; Vol 29: 208.
8. Sleinsenger . Enfermedades Gastrointestinales. 1999; Vol 1: 786-795
9. Webb WA. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract. Gastroenterology 1998; Vol 94 : 204.
10. Friedman EM: Caustic ingestions and foreign bodies in the aerodigestive tract of children. Pediatri Clin. North Am. 1989; Vol 35: 1403-1406.
11. Crysdale WS, Sendi KS, Yoo J, Esophageal foreign bodies in children . Ann Otol Rhinol Laryngol .1991 Vol 100: 320.
12. Myer III CM: Potencial hazards of esophageal foreign body extraction. Pediatr Radiol. 1991; Vol 21: 97-102.
13. Ramirez Armengol J. A. Y Cols, Técnica de extracción con fibroendoscopia comunicación preliminar. Rev. Esp. Ap. Digest., 1980, Vol LVI : 38-46
14. Odetoynbo O: Foley cateter a simple device for removal of esophageal foreign bodies. Trop Geogr Med 1990 ; Vol 42: 185-189.