

# Lesiones esofágicas a partir de cuerpos extraños y agentes corrosivos en pediatría

Autores: Franceschini Bruno, Sánchez Franco, Tisera Natalia, Torres D'Amico Lucrecia, Masini Leandro, Oller Alicia

Conci  Carpinella

# Introducción

- La ingesta de cuerpos extraños en la edad pediátrica es un acontecimiento frecuente (125.000 ingestas por año en Estados Unidos), y está siempre asociado a un riesgo potencialmente mortal cuando estos pasan a vía aérea, o a provocar un compromiso en la deglución o tránsito esofágico.
- El rango etario más propenso es entre 6 meses y 3 años, siendo la moneda el objeto mayormente involucrado y las baterías las más dañinas. Cerca del 80% de los cuerpos extraños ingeridos son eliminados espontáneamente.
- Sin embargo, el cuerpo extraño puede alojarse y provocar lesiones o ser dañino per se (ingesta de cáusticos o pilas). Los objetos generalmente se detienen en 3 porciones del esófago: en la entrada del esófago al tórax (el mayor porcentaje), a nivel del arco aórtico y en la unión esofagogástrica, pudiendo generar desde lesiones mucosas locales, estenosis, divertículos, fístulas hasta perforaciones.
- Las lesiones corrosivas, son en mayor medida por ingestión de soda caustica.
- El tránsito Esofagogastroduodenal por radioscopia TV es una herramienta imprescindible para valorar secuelas y evolución.

# Objetivos

- Reconocer las lesiones asociadas a la ingesta de cuerpos extraños y el valor del tránsito esofagogastroduodenal (TEGD) en su descripción y en la valoración del tratamiento.

# Moneda a la altura del cayado aórtico



Paciente que ingiere accidentalmente una moneda,  
recibe tratamiento endoscópico luego de 12hs.

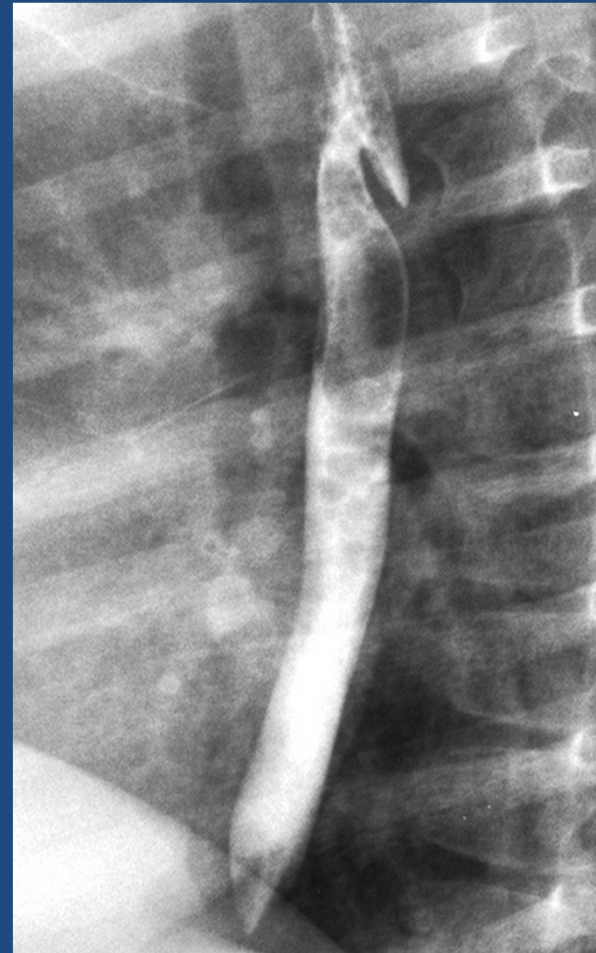
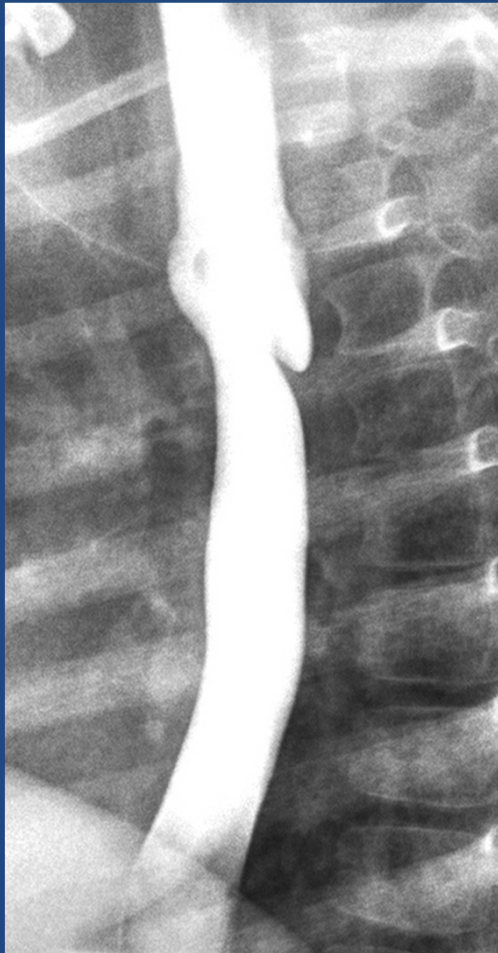
# Control a las 2 semanas

## Lesión diverticular



Imagen de suma, póstero-lateral , (T4), de 20 mm de diámetro céfalo-caudal y 12 mm de diámetro antero-posterior, compatible con Divertículo.  
Buen pasaje de medio de contraste.

# Control a las 6 semanas



Persiste divertículo, de boca ancha ( T3-T4),  
disminución del volumen con respecto a estudio previo.  
Adecuado vaciamiento del esófago.

# Ingesta accidental de vidrio

## Absceso



Aumento del espacio retrofaríngeo con desplazamiento anterior de vía aérea y posterior de vertebras cervicales, presencia de nivel hidroaéreo a la altura de C3, compatible con absceso retrofaríngeo.



Control al mes, post tratamiento quirúrgico y antibiótico.

# Antecedente de pastilla de hierro atascada

## Estenosis



Estenosis esofágica a la altura de C6,  
con irregularidad de la mucosa, con diámetro de  
su luz de 3 mm y longitud de 15 mm,  
con lento pasaje del material de contraste.



# Control al mes



A la altura de C6, zona de estenosis de 8,5 mm de longitud y 3 mm de diámetro anteroposterior, con impronta convexa en su cara posterior. Presenta zona proximal dilatada de 8,34 mm. En Rx de frente, la zona estenosada presenta 3,46 mm en sentido transverso.

# Control a los 2 meses (postdilatación)



Esófago de calibre normal.  
Pequeño divertículo anterior en forma de pico,  
a nivel de C5-C6 de 3 mm.  
No se observa estenosis ni dilatación esofágica.

# Ingesta de cáustico

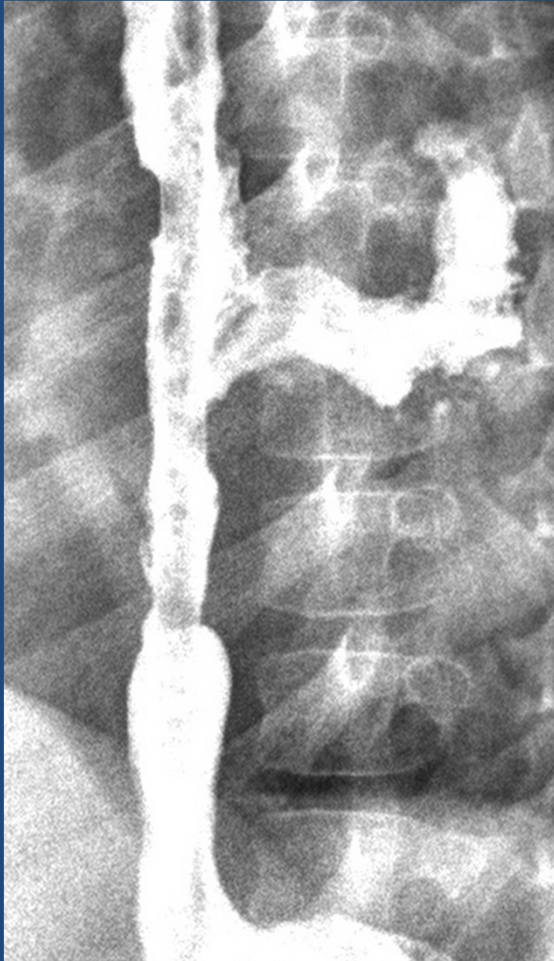
## Paredes irregulares - estenosis



Esófago de paredes irregulares, festoneado.  
Calibre disminuido a nivel de T5-T6 ,  
de 8 mm de diámetro transversal  
y 7 mm de diámetro anteroposterior.

# Ingesta de Soda cáustica

## Fístula



Esófago con paredes irregulares,  
con áreas de reducción de su calibre.  
Solución de continuidad en su pared posterior  
y fuga de contraste hacia la izquierda,  
hacia posterior en el tercio medio del órgano ,  
en relación a perforación contenida a ese nivel.

# Conclusiones

- El TEGD por radioscopia TV sigue siendo una herramienta insuperable para estudiar lesiones asociadas a cuerpos extraños en esófago por la información descriptiva que brinda, la evaluación completa de la dinámica de la deglución, el riesgo bajo que conlleva el estudio para el paciente, y la valoración de la terapéutica.

# Bibliografía

- *Sagittal Orientation of Ingested Coins in the Esophagus in Children.* Alan E. Schlesinger, James E. Crowe. *AJR* 2011; 196:670–672.
- *Oesophageal corrosive injuries in children: a forgotten social and health challenge in developing countries.* Sandro Contini, Alim Swarray-Deen, and Carmelo Scarpignato. *Bull World Health Organ.* Dec 2009; 87(12): 950–954
- *A randomized clinical trial of the management of esophageal coins in children.* Waltzman ML1, Baskin M, Wypij D, Mooney D, Jones D, Fleisher G. *Pediatrics.* 2005 Sep;116(3):614-9.
- *Foreign Body Ingestion in Children.* MONTE C. UYEMURA, M.D., Wray Rural Training Tract Family Medicine Residency Program, Wray, Colorado Am Fam Physician. 2005 Jul 15;72(2):287-291.
- *The spontaneous passage of esophageal coins in children.* Soprano JV1, Fleisher GR, Mandl KD. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999 Oct;153(10):1073-6
- *The Multiple Presentations of Foreign Bodies in Children.* Lane F. Donnelly, Donald P. Frush, George S. Bisset III. *AJR*:170, February 1998.
- *Esophageal Foreign Bodies in Children: Diagnosis, Treatment, and Complications.* Rodemick I. Macpherson, Jeanne G. Hill, H. Biemann Othersen, Edward P. Tagge, Charles D. Smith. *AJR* 1996;166:919-924.