



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“ABSCESO ESOFÁGICO SECUNDARIO A INGESTA DE
CUERPO EXTRAÑO EN PACIENTE ADULTO MAYOR”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autor: Silva Rodríguez, Luis Ramón

Tutor: Dr. Esp. Vilaña Icaza, Juan Carlos

Ambato – Ecuador

Octubre 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“ABSCESO ESOFÁGICO SECUNDARIO A INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO EN PACIENTE ADULTO MAYOR”**, de Silva Rodríguez Luis Ramón, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Jurado examinador, designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud

Ambato, septiembre 2016

EL TUTOR:

.

.....
Dr. Esp. Vilaña Icaza, Juan Carlos

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis del Caso Clínico “**ABSCESO ESOFÁGICO SECUNDARIO A INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO EN PACIENTE ADULTO MAYOR**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como el autor de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre 2016.

EL AUTOR

.....
Silva Rodríguez, Luis Ramón

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga del Análisis de Caso Clínico o parte del mismo, un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo su reproducción, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de Autor.

Ambato, Septiembre 2016

EL AUTOR

.....
Silva Rodríguez, Luis Ramón

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre **“ABSCESO ESOFÁGICO SECUNDARIO A INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO EN PACIENTE ADULTO MAYOR”** de Silva Rodríguez Luis Ramón estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre 2016

Para constancia firman

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

.....
PRESIDENTE

DEDICATORIA

Este proyecto le dedicó a un ser supremo a DIOS, y a la santísima Virgen De Agua Santa de Baños por permitirme culminar una de las carreras más hermosas.

Dedico este proyecto a mis familiares por el apoyo incondicional que me brindaron. A mis padres por ser fuente inagotable de sanos consejos. A mi querida que fue la luchadora incansable, una guerrera, que ahora que se encuentra junto a DIOS va estar inmensamente feliz de que yo su hijo cumplió uno de sus sueños mamá MARIANITA este logro es para usted y por usted.

Dedico este proyecto a mi amada esposa ELY y a mis hijas Allison y Domenica, pilares fundamentales en esta formación como médico, no fue fácil pero con el apoyo y la comprensión de ustedes lo logramos.

A mis hermanos que fueron inspiración y con sus palabras de aliento, y cariño en los momentos cuando más lo necesité.

A mis docentes que fueron la base fundamental para que yo me prepare como gran profesional. Con sus valiosos conocimientos.

SILVA RODRÍGUEZ, LUIS RAMÓN

AGRADECIMIENTO

En el presente proyecto de graduación quiero agradecer a Dios sobre todas las cosas por su infinita misericordia me ha permitido cumplir con uno de los sueños de llegar a ser médico.

Agradezco a toda mi familia principalmente a mis padres que han sido un factor fundamental para alcanzar mis objetivos y formarme como profesional gracias por el apoyo moral y económico.

A mi padre agradecerle por la enseñanza de la virtud del trabajo por sus consejos y por enseñarme a ser persistente y valiente para luchar y alcanzar mis objetivos propuestos.

A mi inolvidable mamá MARIANITA, un ángel que tengo en el cielo, gracias por enseñarme el sentido de la vida, gracias por enseñarme a luchar por los sueños y hoy que te encuentras junto a DIOS, debes estar orgullosa de que la semilla que sembraste en nosotros floreció infinitas gracias te doy madre mía.

Agradezco a mi esposa ELISA, y a mis dos princesas Allison Y Domenica por todo el esfuerzo, apoyo y sobre todo la comprensión necesaria para alcanzar este gran sueño.

Agradezco a mis hermanos Franklin, Fabián, por haberme apoyado en cada uno de mis momentos, con su ejemplo me han impulsado a seguir adelante .

A mi hermano Edison, quien formó parte directa durante esta formación como médicos, con quien compartimos alegrías y tristeza que nos ha dado esta hermosa profesión, gracias hermano y ahora colega.

Agradezco a mi Universidad Técnica de Ambato por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional

A mis docentes que aportaron con sus conocimientos para formarme como un gran médico.

A mi Tutor Dr. Juan Carlos Vilaña, por su valiosa colaboración para la realización de este proyecto, por su visión crítica en muchos aspectos y su orientación científica para la realización de este trabajo.

SILVA RODRÍGUEZ, LUIS RAMÓN

Índice de Contenido

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
Índice de Contenido	viii
RESUMEN.....	x
SUMMARY	xii
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS	3
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	3
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	3
3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN.....	4
3.1. CAMPO.....	4
3.2. FUENTES DE RECOLECCIÓN	4
3.3. DOCUMENTOS A REVISAR.	4
3.4. PERSONAS A CONTACTAR.....	5
3.5. INSTRUMENTOS.....	5
4. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	6
4.1 PRESENTACIÓN DEL CASO.	6
4.2 ANÁLISIS DEL CASO	22
4.3 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	37
RIESGO BIOLÓGICO	37
MEDIO AMBIENTE.....	37
ESTILOS DE VIDA- SOCIAL.....	37
4.4. FACTORRES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	37
4.5. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.....	38
4.6 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO	39
4.6. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	39

5. CONCLUSIONES	40
6. RECOMENDACIONES	41
7. BIBLIOGRAFIA	¡Error! Marcador no definido.
Bibliografía	42
8. ANEXOS	45
ANEXO 1 RX DE AP Y LATERAL DE COLUMNA.....	45
ANEXO 2 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (14/03/2015).....	46
ANEXO 3. INFORME HISTOPATOLOGICO.....	47
ANEXO 4 TAC SIMPLE DE TORAX.	48
ANEXO 5 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (09 /05/2016)	49
ANEXO 6 ESOFAGO Y ESFÍNTERES.	50
ANEXO 7 CUERPOS EXTRAÑOS MÁS FRECUENTES INGERIDOS.	51
ANEXO 8 ANTIBIOTICOS EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DE ABSCESO ESOFÁGICO.....	52

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**“ABSCESO ESOFÁGICO SECUNDARIO A INGESTA DE CUERPO
EXTRAÑO EN PACIENTE ADULTO MAYOR”**

Autor: Silva Rodríguez, Luis Ramón

Tutor: Dr. Esp. Vilaña Icaza, Juan Carlos.

Fecha: Septiembre 2016

RESUMEN

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. En niños es más frecuentes la ingesta de los cuerpos extraños inorgánicos y de éstos los redondos y romos (monedas, botones, pilas, piezas de juguetes), más que los puntiagudos; en cambio, en adultos los cuerpos extraños orgánicos son los más frecuentes (bolos alimentarios mal masticados, huesos, espinas de pescado).

Una de las complicaciones de la ingesta de cuerpo extraño (espina de pescado) puede ser el absceso esofágico INTRAMURAL, es un raro trastorno caracterizado por una amplia laceración entre la capa mucosa y submucosa de la pared del esófago pero sin perforación. Además son responsables del 7 al 14% de todas las perforaciones esofágicas, que pueden llevar a lesiones serias como abscesos profundos del cuello, mediastinitis entre otras.

El presente caso se trata de un paciente femenino de 75 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo dos. Refiere posterior a la ingesta accidental de espina de pescado, hace 48 horas, presenta disfagia y dolor cervical

de moderada intensidad, acude a sub-centro de salud donde es valorado, y deciden su transferencia, para realización de estudio de imágenes.

Se valora en emergencia, paciente irritable, algica, al examen físico se evidencia presencia de coágulos a nivel de oro faringe, se realiza exámenes complementarios que reportan una glicemia elevada, leucocitos con desviación a la izquierda, examen elemental y microscópico de orina, infeccioso. En radiografía de columna cervical se observa cuerpo extraño proyectado en esófago a nivel de vértebra cervical 6. Se decide su ingreso al servicio de Medicina Interna, por aparente cuadro de absceso esofágico, perforación esofágica y por descompensación de su patología de base y para complementar los demás exámenes. Se realiza tomografía de tórax que nos reporta, morfología del esófago se encuentra distendida en casi todo su trayecto predominantemente a nivel supra – carinal, sugiere complementar estudio con endoscopia digestiva alta, la misma que reporta ABSCESO ESOFAGICO.

PALABRAS CLAVES: CUERPO _ EXTRAÑO, ESPINA_PESCADO, DISFAGIA, ENDOSCOPIA _ DIGESTIVA, ABSCESO _ ESOFÁGICO.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

**“ESOPHAGEAL ABSCESS SECONDARY TO INTAKE OF STRANGE
BODY IN ELDERLY PATIENT”**

Author: Silva Rodríguez, Luis Ramón.

Tutor: Dr. Vilaña Icaza, Juan Carlos.

Date: September. 2016

SUMMARY

The ingestion of foreign bodies is very common in everyday medical practice, constituting the second indication of emergency upper gastrointestinal endoscopy after gastrointestinal bleeding. In children is more frequent intake of inorganic foreign bodies and these round and blunt (coins, buttons, batteries, parts of toys), rather than sharp; however, in adults organic foreign bodies are the most common (poorly chewed food bowls, bones, fish bones).

One of the complications of foreign body ingestion (Fishtail) can be INTRAMURAL esophageal abscess is a rare disorder characterized by a large laceration between mucosal and submucosal layer of the esophageal wall without drilling. They are also responsible for 7 to 14% of all esophageal perforations, which can lead to serious injuries such as neck deep abscesses, mediastinitis among others.

This case is a female patient 75 years old with a history of diabetes mellitus type two. Refers back to the accidental ingestion of Fishbone, 48 hours, presents dysphagia and neck pain of moderate intensity, go to sub-health center where it is valued, and they decide to transfer to conducting imaging study.

It is valued in emergency, irritable patient, algica, physical examination presence of clots level oropharynx is evident, further examination which report a high glycemia, leukocytes with deviation to the left, elementary and microscopic examination of urine, infection is performed. In cervical spine x-ray foreign body

in esophagus projected level 6. cervical vertebra seen its entry into service of Internal Medicine is decided, by apparent box esophageal abscess, esophageal perforation and decompensation of their underlying disease and to complement other tests. reporting chest tomography us morphology of the esophagus is distended in almost all their passage predominantly performed above level - carinal, study suggests supplementing with upper endoscopy, the same as reported ESOPHAGEAL Abscess.

KEY WORDS: BODY _ STRANGE FISH ESPINA_, DYSPHAGIA, DIGESTIVE ENDOSCOPY _ ALTA, ABSCESS _ ESOFÁGICO.

1. 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. 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). La ingestión de múltiples cuerpos extraños es frecuente sobre todo en pacientes con retardo mental.

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, e inclusive complicaciones raras como perforación de la glándula tiroides y expulsión espontánea del cuerpo extraño 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.³

Los cuerpos extraños esofágicos representan cerca del 60% del total en el tracto aero - digestivo superior.

Dado que el 80-90% de los cuerpos extraños ingeridos migran espontáneamente a través del tracto gastrointestinal, tanto sólo el 10-20% restante requiere extracción endoscópica, y menos del 1% de ellos cirugía.

La localización más frecuente de los cuerpos extraños esofágicos es el tercio superior (71%), seguido por el tercio medio (16,1%) e inferior (12,9%).¹⁶

ABSCESO ESOFAGICO INTRAMURAL es un raro trastorno caracterizado por una amplia laceración entre la capa mucosa y submucosa de la pared del esófago pero sin perforación.⁸

Dentro de las principales causas de absceso esofágico intramural, se puede mencionar traumatismos tras la ingesta de cuerpo extraño, lesionan el esófago, maniobras de intubación orotraqueal intempestivas, por infecciones bucodentarias.

Los microorganismos más comunes son bacterias aerobias (especies de *Streptococcus* y *Staphylococcus*) y anaerobias (*Bacteroides* y *Fusobacterium*) y, cada vez con mayor frecuencia en adultos y niños, HIV y tuberculosis.

La mayoría de los pacientes acuden por aparición brusca de la sintomatología en las primeras 24 horas tras la ingesta del posible cuerpo extraño responsable. El síntoma clínico más frecuente es la disfagia-odinofagia, y en ocasiones afagia, seguidos por la sialorrea, el dolor cervical o torácico y la tos.

Dentro de los exámenes complementarios que se emplean para su diagnóstico están la radiografía, el tránsito esofágico, la tomografía axial computarizada y de una forma diagnóstica y terapéutica la endoscopia digestiva alta.

El tratamiento antibiótico precoz y el drenaje quirúrgico evitan complicaciones potencialmente letales.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el manejo diagnóstico, en base a la sospecha clínica de absceso esofágico en el paciente anciano para evitar posibles complicaciones.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Determinar las diferentes comorbilidades en paciente anciano con absceso esofágico.
- ✓ Definir los criterios diagnóstico y pronósticos que se puedan adaptar para esta patología
- ✓ Justificar el uso de exámenes complementarios de imágenes para el diagnóstico de esta patología.

3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

3.1. CAMPO.

Médico - Hospital Provincial General Docente Ambato

3.2. FUENTES DE RECOLECCIÓN

Este caso clínico, se realizó bajo la descripción de múltiples fuentes en la que cabe destacar, la recopilación, evaluación y el análisis detallado de:

- **Historia clínica**, del paciente N° 426563 en la que se destaca la revisión de un documento médico legal a través de la cual se obtuvo la mayor parte de datos del caso clínico, desde su atención en Emergencia, condición clínica de su ingreso al servicio de Medicina Interna, evoluciones subsecuentes del paciente así como tiempo de permanencia en hospitalización, realización de exámenes complementarios, tratamiento administrado y el seguimiento en consulta externa.
- **Reportes de laboratorio e Imagenología:** Se obtuvo gracias a que los mismos se encontraban en la Historia Clínica y se realizó en el HOSPITAL REGIONAL DOCENTE AMBATO.
- **Discusión directa con profesionales y tutor** del trabajo de investigación, quienes son guía con su experiencia en diferentes campos de la medicina.
- **REVISIÓN DE ARTÍCULOS** médicos de evidencia científica, guías de prácticas clínicas y meta-análisis con importante evidencias con el fin de ayudar a los médicos a escoger la mejor estrategia del manejo posible para el diagnóstico temprano, y tratamiento acertado, para evitar futuras complicaciones sobre absceso esofágico.
- Podemos mencionar que existe escasa revisión bibliográfica razón por lo cual no se puede profundizar en dicho tema.

3.3. DOCUMENTOS A REVISAR.

Toda la documentación legal de la historia clínica como es: Hoja 008, de emergencia, anamnesis, reporte de exámenes de laboratorio y de imágenes, reporte de la endoscopia digestiva alta, reporte de el examen histopatológico.

3.4. PERSONAS A CONTACTAR

Expertos en el tema (Médicos tratantes del área de Medicina Interna, Gastroenterología, y Geriatría del Hospital Provincial General Docente Ambato)

3.5. INSTRUMENTOS.

Historia clínica, Computador, Internet, Bolígrafo, Cámara fotográfica, Papel, Dinero.

En cuanto a los factores de riesgo relacionados con la paciente se encuentra:

- Falta de interés y preocupación por parte del paciente para realizar el seguimiento adecuado y correspondiente.

4. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

4.1 PRESENTACIÓN DEL CASO.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Paciente NN de 75 años de edad, sexo femenino, raza mestiza, nacida en Baños y residente en Ambato, ocupación QQDD, instrucción ninguna, religión católica, estado civil unión libre, grupo sanguíneo desconoce, lateralidad diestra.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Clínicos: Diabetes mellitus tipo II diagnosticado hace 18 años se trataba con insulina NPH 12 UI am y 8 UI pm, el mismo que deja hace 2 o 3 años por parte de ella misma.

Quirúrgicos: histerectomía hace aproximadamente 40 años.

Traumáticos: No refiere

Alergias: No refiere

Transfusiones: no refiere

Higiene: baño pasando 1 día, aseo dental todos los días, cambio de ropa pasando 1 día

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

- **Paternos:** No refiere.
- **Maternos:** No refiere.

HÁBITOS

- **Alimentación:** 4 veces al día
- **Micción:** 7 veces al día
- **Defecación:** 1 vez cada dos días
- **Tabaco:** No refiere
- **Alcohol:** No refiere
- **Drogas:** No refiere
- **Sueño:** 8 horas

ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS

Paciente quien vive en casa propia, de un piso, construcción de cemento, consta de 3 dormitorios, sala, comedor y cocina, baño , viven con su pareja casa cuenta con todos los servicios básicos (agua, luz, alcantarillado), tiene animales intradomiciliarios (gato y perro). Mantienen buenas relaciones intrafamiliares.

MOTIVO DE CONSULTA

- Disfagia
- Dolor cervical

ENFERMEDAD ACTUAL.

Paciente refiere que hace aproximadamente 48 horas y teniendo como causa aparente la ingesta de comida grasa (espina de pescado) presenta disfagia de leve intensidad que se exacerba en las últimas horas, se acompaña de dolor cervical, de moderada intensidad este dolor se incrementa con la lateralización;el dolor es persistente sin horario ni periodicidad específica. Además refiere que se acompaña de náusea que llega al vómito por tres ocasiones en escasa cantidad de contenido alimentario con tinte sanguinolento. También presenta tos no productiva y sensación de cuerpo extraño a nivel de orofaringe. Astenia generalizada, irritabilidad, e insomnio, asegura no haberse administrado ningún medicamento, por lo que acude al sub - centro de salud donde es valorada le realizan glicemia capilar con valor de 294 MG/DL y por la limitada capacidad resolutive es referido al servicio de emergencia del Hospital General Docente Ambato.

REVISIÓN ACTUAL DE APARATOS Y SISTEMAS

- ✓ Astenia generalizada desde aproximadamente 48 horas.
- ✓ Disfagia para los sólidos desde hace aproximadamente 48 horas.
- ✓ Dolor cervical desde hace 48 horas
- ✓ Ritmo y frecuencia urinaria: aumentado 7-10 veces al día en el último mes
- ✓ **Polaquiuria: desde aproximadamente 1 mes**
- ✓ Cefalea: esporádica que cede espontáneamente

Examen Físico

SIGNOS VITALES.

- **Tensión arterial:**130/80 mmHg,
- **Frecuenciacardíaca:** 90 latidos por minuto.
- **Frecuencia respiratoria:** 23 respiraciones por minuto.
- **Temperatura axilar:** 37 grados centígrados.
- **Saturación de oxígeno:** 89%. AA
- **Peso:** 55Kg.
- **Talla:** 1.58cm.
- **IMC:**22.08

Apariencia general:

Paciente, consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, sin signos de focalidad neurológica. Escala de Glasgow Ocular: 4 Verbal: 5 Motor 6. Total 15/15.

Piel:

Piel, ligera palidez generalizada, caliente no se observa lesiones.

Cabeza:

Normocefálica, cabello de implantación normal.

Ojos:

Pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz y acomodación, escleras anictéricas.

Oídos:

Orejas de implantación normal, CAE permeable.

Nariz:

Fosas nasales permeables, no se evidencia secreciones.

Boca:

Mucosas orales semi húmedas, piezas dentales en malas condiciones. Orofaringe eritematosa, se observa unos pequeños coágulos.

Cuello:

Simétrico, con movimientos pasivos y activos conservados, sin presencia de ingurgitación yugular. Tiroides no palpable. Presenta dolor a los movimientos laterales del cuello.

TÓRAX:

A la inspección normoconfigurado.

A la palpación sensibilidad, frémito y expansibilidad conservado

Pulmones:

Murmullo vesicular conservado. No se auscultan estertores ni ruidos sobreañadidos

Corazón:

Ruidos cardíacos hipofonéticos rítmicos, no soplos.

ABDOMEN:

A la inspección se evidencia cicatriz post- quirúrgica, a nivel de hipogastrio incisión Pfannenstiel, 7 – 10 cm. Suave depresible doloroso a la palpación en hipogastrio, RHA presentes, no signos de irritación peritoneal, no se palpan megalias.

Región lumbar:

Puño percusión positivo bilateral.

Extremidades:

- Extremidades superiores e inferiores simétricas, tono, fuerza y sensibilidad conservada, pulsos distales presentes, no edema ni lesiones.

LISTA DE PROBLEMAS

- Dolor cervical
- Disfagia
- Tos
- Nausea
- Vomito de contenido alimentario con tinte sanguinolento
- Glucosa elevada.

- Sintomatología urinaria. (Polaquiuria)
- Puño percusión bilateral positivo

APARATAOS AFECTADOS

- Aparato digestivo.
- Sistema Urinario.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA AL INGRESO.

- Diabetes mellitus tipo II no tratada.
- Neuropatía diabética.
- Pielonefritis

Es valorado en el servicio de emergencia en donde para confirmar diagnósticos antes mencionados se solicita exámenes de laboratorio: biometría hemática, química sanguínea, examen microscópico y elemental de orina, y radiografía de columna cervical.

Exámenes complementarios realizados:

Tabla N° 1 BIOMETRÍA HEMÁTICA

BIOMETRÍA HEMÁTICA (05-03-2016)	
Leucocitos	11.300
Neutrófilos	86.5%
Linfocitos	9%
Hemoglobina	13.1 g/dL
Hematocrito	40.7 %
MCV	88.7 fL
MCH	28.5 pg
Plaquetas	361.000

Fuente: Laboratorio HGPDA. Elaborado por: Luis Silva

Tabla N° 2 QUÍMICA SANGUÍNEA

Química Sanguínea (05 -03-2016)**Glucosa** 409.4 mg/Dl

Urea 54.7 mg/dL

Creatinina 0.92 mg/dL

Ácido Úrico 4.7 mg/dL

Fuente: Laboratorio
por: Luis Silva

HGPDA. Elaborado

Tabla N° 3 EMO 05/03/2016

Parámetro	Resultados
Densidad	1015
Ph	5
Proteínas	30mg/dl
Piocitos	Campo lleno
Bacterias	+++
Aspecto	Amarillo turbio
Células altas	15-20 por campo
Eritrocitos por campo	11 – 13
Glucosa	1000

Fuente: Laboratorio HGPDA. Elaborado por: Luis Silva

- **VALORACIÓN EN MEDICINA INTERNA EN EMERGENCIA. (05 -03 – 2016)HORA 10:00 AM**

Es valorado por el servicio de Medicina Interna los mismos que deciden su ingreso, con el diagnóstico de Diabetes mellitus Tipo 2 descompensada más pielonefritis. Con las siguientes indicaciones

1. Dieta para diabéticos fraccionada en 5 tomas.
2. CSV cada 8 horas y anotar.
3. Curva térmica cada 4 horas.
4. Solución salina 0.9% 1000cc IV en 24 horas.
5. Ciprofloxacino 200 mg IV cada 12 horas (0)
6. Omeprazol 40 mg IV QD
7. Ácido ascórbico 1 gr IV QD
8. Metformina 500 mg VO cada doce horas
9. Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas.
10. GLICEMIAS 6- 12 -16 – 12 y corregir según esquema.
11. ASA 100 MG VO QD
12. RX AP y Lateral de Columna Cervical.
13. Ingreso a Medicina Interna Área de Geriatría.
14. NOVEDADES.

- **EVOLUCIÓN DE PACIENTE**

- **Evolución del 06 de marzo del 2016** (hospitalización día 1)

Paciente refiere dolor del cuello se ha intensificado, así como disfagia aumentando de sólidos a líquidos, que impide alimentación de una forma adecuada. Además refiere astenia generalizada.

Al momento paciente se encuentra irritable, refiere que no ha descansado durante la noche, al examen físico paciente intranquilo, somnoliento. Abdomen suave depresible no doloroso a la palpación superficial ni profunda puntos ureterales negativos, puño percusión derecha e izquierda positivos.

Se recibe resultados de química sanguínea los mismos que nos reporta una glicemia de 262 MG/DL.

IDG.

- Diabetes mellitus tipo II no tratada.
- Neuropatía diabética.
- Pielonefritis

RP.

1. Dieta para diabético fraccionado en 5 tomas.
2. CSV cada 8 horas.
3. Control de I/E
4. Sentar a silla AM y PM.
5. Solución Salina 0.9% 1000 cc pasar IV en 24 horas.
6. Ciprofloxacino 200 mg IV cada 12 horas.(D1)
7. Omeprazol 40 mg IV QD.
8. Ácido ascórbico 1gr IV QD.
9. Metformina 500 mg VO cada doce horas
10. Tramal 15 gotas VO cada 8 horas.
11. Risperidona 10 gotas HS.
12. Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas.
13. GLICEMIAS 6 – 12 – 6 – 12 y corregir según esquema.
14. ASA 100 MG VO QD
15. RX AP y LATRERAL de columna cervical.
16. Novedades.

- **Evolución del 07 de marzo del 2016** (hospitalización día 2)

Paciente refiere dolor de gran intensidad a nivel de región cervical 10/10 el dolor es de tipo quemante, se acompaña de secreción salival persistente. Sintomatología urinaria ha disminuido considerablemente.

Al examen físico cuello doloroso a la movilidad no se palpa masas ni adenopatías, tiroides OA, no ingurgitación yugular, ORF, mucosas orales semi-húmedas, amígdalas hipertróficas, e hiperémicas. Se evidencia restos sanguinolentos.

Se recibe radiografía de columna cervical AP la misma que reporta:

TABLA N° 4 RX AP Y LATERAL DE COLUMNA CERVICAL.

<p>Radiografía AP Y LATERAL Columna Cervical</p>	<p>Cuerpos vertebrales de altura normal, bien alineados en el plano sagital, sin demostrar desplazamientos patológicos.</p> <p>Alineación espino laminar conservada.</p> <p>En proyección lateral se observa por debajo del hueso hioideo imágenes irregulares radio densas de carácter inespecífico, que puede corresponder a cuerpo extraño localizado en esófago a nivel de C6.</p>
<p>IDG</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CAMBIOS OSTEODEGENARATIVOS PROPIOS DE LA EDAD. • CUERPO EXTRAÑO PROYECTADO EN ESOFAGO.

Fuente: Laboratorio HGPDA. Elaborado por: Luis Silva

IDG:

- Diabetes mellitus tipo II no tratada.
- Neuropatía diabética.
- Pielonefritis
- **CUERPO EXTRAÑO EN ESOFAGO.**

RP.

1. Mismas indicaciones
 2. Biometría hemática, química sanguínea y EMO
 3. Novedades.
- **Evolución del 09/03/2015.**(Hospitalización día 4)

Paciente en su cuarto día de hospitalización a pesar de analgesia instaurada refiere persistencia de dolor cervical, disfagia no ha mejorado. Se continúa con esquema de antibiótico y control de su glicemia.

Glicemia capilar es 289 mg/dl.

Se recibe resultados de laboratorio con el siguiente reporte

Tabla N° 5 BIOMETRÍA HEMÁTICA

BIOMETRIA HEMATICA (09-03-2016)	
Leucocitos	10.800
Neutrófilos	80.6 %
Linfocitos	14.2 %
Hemoglobina	11.4 g/dL
Hematocrito	36 %
MCV	86.8 fL
MCH	26.4 pg
Plaquetas	431.000

Fuente: Laboratorio HGPDA. Elaborado por: Luis Silva

Tabla N°6 QUÍMICA SANGUÍNEA

Química Sanguínea (09 -03-2016)	
Glucosa	290 mg/Dl
Úrea	25.5 mg/dL
Creatinina	0.61 mg/dL
Ácido Úrico	4.7 mg/Dl

Fuente: Laboratorio HGPDA. Elaborado por: Luis Silva

Tabla N° 7 EMO

Parámetro	Resultados
Densidad	1010
Ph	6
Proteínas	500mg/dl
Piocytes	0-3 por campo
Bacterias	+
Aspecto	Amarillo ligero turbio
Células altas	5-7 por campo

Fuente: Laboratorio HGPDA. Elaborado por: Luis Silva

PLAN

- ✓ Analgesia
- ✓ Completar antibioticoterapia
- ✓ ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA.

RP.

1. Mismas indicaciones
2. Endoscopia digestiva alta
3. Ketorolaco 30 mg IV STAT y PRN.
4. Novedades.

ANALISIS:

Paciente al momento reporta una mejoría significativa de su diagnóstico de ingreso como es la pielonefritis, las glicemias se ha ido controlando instaurando nuevamente el tratamiento con insulina NPH 12 UI am Y 8UI pm. Sin embargo disfagia y dolor cervical persisten tenemos una radiografía de columna cervical que nos indica presencia

de cuerpo extraño en esófago a nivel de C6, también nos sugiere complementar el estudio con una endoscopia digestiva alta. Razón por lo cual se espera la realización del mismo.

- **EVOLUCIÓN DEL 14 DE 03 DEL 2016.** (Hospitalización día 9)

Paciente al momento en su noveno día de hospitalización cuadro de pielonefritis se ha superado totalmente, se ha logrado controlar valores de glicemias que oscilan entre:

- ✓ 6 am 125 mg/dl
- ✓ 16 pm 110 mg/dl
- ✓ 22 pm 152 mg/dl

Se recibe resultados de ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

TABLA N°8 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA 14/03/2016

1. Esófago distal normal peristaltismo normal, cambio mucoso coincide con el cardias
2. Fondo gástrico. Se aprecian áreas elevadas sobre elevadas sugestiva de metaplasia intestinal, se toman biopsias
3. Antro gástrico. Parches de mucosa pálida interpuesta entre mucosa congestiva, además se aprecia cicatriz lineal sugestivo de ulcera anterior, se toman biopsias; píloro céntrico y permeable.
4. Región post bulbar. Bulbo y segunda normal

Fuente: Laboratorio HGPDA. Elaborado por: Luis Silva

IDG

Área sugestiva de metaplasia intestinal cardiopatía crónica antral, cicatriz antral.

- **Evolución del 15 de marzo del 2016.**

Paciente en su noveno día de hospitalización persiste con dolor cervical más disfagia, para sólidos y para líquidos se alimenta con dificultad en poca cantidad.

- **Evolución del 15 de marzo del 2016.**(Hospitalización día 10)

Paciente que lleva su décimo día de hospitalización, por cuadro de pielonefritis superado, glicemias controladas, aunque refiere persistencia de dolor de región cervical de leve intensidad y disfagia ha mejorado endoscopia digestiva alta señala áreas sugestivas de metaplasia intestinal, por lo que se decide su alta para seguimiento por consulta externa.

Paciente consciente, orientada, hidratada, algica, MO semi húmedas.

Rp.

1. Alta más indicaciones.
2. Tramal 15 gotas VO cada 8 horas.
3. Paracetamol 500mg VO cada 8 horas.
4. Insulina NPH 12 UI am 8UI pm.
5. Ranitidina 150 mg VO cada día.
6. Carbamazepina 200 mg VO 8 am – 8 pm
7. Asa 100 mg VO QD.
8. Control por consulta externa en 15 días.

• **CONSULTA EXTERNA**

- **Día 21 de abril del 2016**

Paciente que acude a seguimiento por consulta externa de geriatría. Al momento refiere que sus glicemias se han controlado que utiliza la insulina de mejor forma.

Sin embargo persiste disfagia tanto para sólidos como para líquidos. Dolor cervical persiste con predominio en horas de la mañana y tarde, y se intensifica con movimientos pasivos del cuello. Además refiere episodios esporádicos de tos no productiva.

EXAMEN FÍSICO

T/A 120/70 FR 19 RPM FC 80 LPM SAT 91% AA GLICEMIA DE 116 MG/DL.

Paciente pálida decaída poco irritable.

Cuello dolor a la lateralización y a los movimientos pasivos.

Boca. Mucosas orales húmedas, ORF no congestiva con restos de sangre.

Tórax normal, Abdomen normal. Extremidades simétricas sensibilidad conservada.

LABORATORIO: glucosa de 183 mg/dl

Plan:

- ✓ CONTROL DE PATOLOGÍA BASE
- ✓ TAC SIMPLE DE TORAX.
- ✓ CONTROL EN 15 DÍAS.

RP.

1. TAC simple de tórax.
2. Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas.
3. Tramadol 15 gotas VO cada 8 horas.
4. Insulina NPH 12 UI am 8UI pm.
5. Ranitidina 150 mg VO cada día.
6. Magaldrato más simeticona 10 cc VO TID
7. Control por consulta externa en 8 días.

Consulta externa día 28de abril del 2016.

Paciente acude nuevamente a control, refiere persistencia de dolor cervical, de gran intensidad se acompaña de náusea que llega al vómito por varias ocasiones, disfagia es para sólidos y para líquidos. Refiere que hace dos días atrás presenta regurgitación de (cuerpo extraño espina de pescado).

Acude con resultados de tomografía. Los mismos que reportan.

Tabla N° 9 TAC SIMPLE DE TÓRAX.

En los pulmones no se demuestran áreas de condensación ni imágenes nodulares, de carácter patológico.
Tráquea y grandes bronquios de calibre normal.
No se demuestra signos de derrame pleural, ni pericárdico
No se demuestra presencia de masa ni adenomegalias en el mediastino.
Aorta de calibre conservado, arteria pulmonar y sus ramas sin alteraciones.
Llama la atención la morfología del esófago, que se mantiene distendido en casi todo su trayecto y a nivel supra – carinal, se observa la presencia de imágenes con densidad de tejido blandos en relación con restos de etiología a determinar.

Fuente: Laboratorio HGPDA. Elaborado por: Luis Silva

IDG;

Engrosamiento del intersticio basal secundario a neumonitis sin embargo no se observa consolidaciones, nódulo ni masas en parénquima pulmonar.

Restos de etiología a determinar en esófago predominantemente a nivel supra – carinal, se sugiere complementar con ENDOSCOPIA vs ESOFAGOGRAMA.

Análisis:

Por persistencia de sintomatología de paciente y ante los diagnósticos demostrados tanto por la RX de columna cervical, y la TAC DE TORAX se decide repetir Endoscopia Digestiva Alta,

Rp.

1. Endoscopia Digestiva Alta

2. Mantener indicaciones
3. Control en 8 días con resultados.

- **Día 10 de mayo del 2016**

Paciente al momento refiere persistencia de disfagia para sólidos y líquidos, dolor cervical ha disminuido aumenta con la lateralización, no refiere náusea ni vómito acude a control con resultados de endoscopia. La misma que reporta

TABLA N°10 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA 09/05/2016.

<ul style="list-style-type: none">• Esófago distal a los 22 cm se aprecia salida de material purulento en abundante cantidad se lava y aspira y se logra identificar área de 1 cm lacerada que compromete todo el espesor de la pared esofágica. Sugestivo de absceso esofágico vs fístula traqueo esofágica.
<ul style="list-style-type: none">• Antro gástrico parches de mucosa pálida interpuestos entre mucosa congestiva

Fuente: Laboratorio HGPDA. Elaborado por: Luis Silva

DIAGNÓSTICO DE ENDOSCOPIA

Absceso esofágico vs fistula traqueo esofágica - gastropatía crónica antral.

Rp.

1. Mantener indicaciones.
2. Metronidazol 500 mg VO cada ocho horas por 16 días.
3. Levofloxacin 500 mg VO QD por 16 días

- **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: ABSCESO ESOFÁGICO**

4.2ANÁLISIS DEL CASO

La ingestión de cuerpos extraños (CE) constituye un importante problema de salud, tanto por su frecuencia, como por su morbilidad e incluso mortalidad.

En cuanto a la frecuencia, se estima que constituye actualmente la segunda causa de urgencia endoscópica en nuestros hospitales, siendo los niños la población más afectada (80% del total).

Entre los adultos, la incidencia es mayor en determinados colectivos incluyendo personas con retraso mental, alteraciones psiquiátricas y reclusos. Una característica común en estas poblaciones es el carácter intencionado de la ingestión.

No obstante, la ingesta involuntaria es la más frecuente, especialmente en el anciano. Algunas circunstancias, como la mala dentición o una inadecuada masticación de los alimentos constituyen claros factores de riesgo. Las prótesis dentarias no consiguen suplir a la dentadura propia, comprometiendo la sensibilidad táctil discriminativa de la cavidad bucal. La mala visión constituye otro factor añadido que a menudo coexiste en estas personas. En cuanto a la morbimortalidad causada por la ingestión de CE, es importante, aunque no se dispone de datos fiables en nuestro medio.

Globalmente, es cierto que el 80-90% de los cuerpos extraños ingeridos atravesarán todo el tubo digestivo y serán expulsados por vía rectal sin producir ningún problema. No obstante, cuando el CE posee capacidad lesiva, por sus características (objetos punzantes, cortantes, de gran tamaño) o contenido, la situación es distinta, pudiendo aparecer complicaciones inherentes al cuerpo extraño, en sí mismo, o a las maniobras para su extracción. Por lo tanto, la presencia de un cuerpo extraño en el tubo digestivo nunca es una circunstancia banal y su gravedad potencial debe ser justamente ponderada.

En cuanto a la morbimortalidad causada por la ingestión de CE, es importante, aunque no se dispone de datos fiables en nuestro medio. Globalmente, es cierto que el 80-90% de los CE ingeridos atravesará todo el tubo digestivo y serán expulsados por vía rectal sin producir ningún problema. No obstante, cuando el CE posee capacidad de lesionar el tejido, por sus características (objetos punzantes, cortantes, de gran tamaño) o contenido, la situación es distinta, pudiendo aparecer complicaciones inherentes al cuerpo extraño, en sí mismo. Cualquier CE es posible, desde los más habituales, como

las monedas y el bolo alimenticio impactado, hasta prácticamente cualquier otro objeto que podamos imaginar. La voluntariedad o no de la ingestión y la edad del paciente, condicionan en gran medida el tipo de CE. Así, mientras en los niños las monedas son uno de los más frecuentes, en los adultos lo son la impactación de un bolo alimenticio o la detención o **enclavamiento de espinas de pescado o huesos de animales**.

Todas estas formas de cuerpo extraño conllevan a grandes complicaciones. Una de estas y a la que se refiere nuestro caso es el absceso esofágico, que se produce cuando existe una laceración de la mucosa del esófago.

ABSCESO ESOFAGICO INTRAMURAL es un raro trastorno caracterizado por una amplia laceración entre la capa mucosa y submucosa de la pared del esófago pero sin perforación. (MA, 2010)

Con lo que respecta a nuestro caso nuestra paciente, se trata de una paciente adulto mayor 75 años de edad, sufre ingesta accidental de cuerpo extraño (espinas de pescado), posterior a lo cual presenta dolor cervical de moderada a gran intensidad que se intensifica con la lateralización, además refiere disfagia para los sólidos, también refiere tos no productiva, paciente es valorado y se decide su ingreso.

Como se redactó anteriormente los exámenes complementarios que se deben realizar en estos casos son RX AP Y LATERAL de columna cervical, TOMOGRAFÍA, EDA Y ESOFAGOGRAMA.

Luego que la RX que radiografía de columna cervical nos muestre cuerpo extraño localizado en esófago a nivel de C6. Se le realiza una primera endoscopia la cual, no nos indica la presencia de ningún cuerpo extraño a nivel de esófago y ninguna laceración a nivel del mismo, pero sintomatología persistía, (dolor cervical y disfagia)

Luego se realiza una tomografía que reporta que morfología del esófago se mantiene distendida en casi todo su trayecto y a nivel supra – carinal, se observa la presencia de imagen con densidad de tejido blandos, nos sugiere complementar estudio con EDA

Posteriormente se realiza UNA SEGUNDA ENDOSCOPIA, con un reporte de Absceso esofágico vs fistula traqueo esofágica gastropatía crónica antral.

Se empieza esquema antibiótico a base de metronidazol y levofloxacino.

ANATOMÍA DEL ESÓFAGO

El esófago es un órgano tubular, de dirección longitudinal, que se extiende desde la faringe hasta el estómago, por lo que es el único órgano digestivo situado en la cavidad torácica. Comienza y termina en dos estructuras, el esfínter esofágico superior y el esfínter esofágico inferior, que lo independizan de la faringe y del estómago. ^{13, 2}(Anexo N° 6)

Desde el punto de vista topográfico pueden distinguirse en él cuatro porciones:

1. Una porción superior o cervical, que se extiende desde el cartílago cricoides hasta un plano horizontal formado por la horquilla esternal,
2. Una porción media o torácica, que desde este mismo plano se prolonga hasta el diafragma.
3. Una porción diafragmática, que corresponde al anillo esofágico del diafragma.
4. Una porción inferior o abdominal, comprendida entre el diafragma y el estómago.

La longitud media en el adulto es de unos 22-25cm: 5-6 cm para el esófago cervical, 16-18 cm para la porción torácica y 3 cm para el segmento abdominal. ¹³

• Estructura pared esófago (Anexo N° 6)

La pared esofágica está constituida estructuralmente por mucosa, submucosa y muscular. A diferencia del resto del tracto gastrointestinal, carece de serosa, lo que explica la dificultad de las anastomosis quirúrgicas a este nivel, la facilidad de diseminación de los tumores esofágicos y las complicaciones de la perforación.

- ✓ **La mucosa** está constituida por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado que descansa sobre una membrana basal que la separa de la lámina propia conectiva rica en células linfoides.

- ✓ **La submucosa** está íntimamente adherida a la mucosa y débilmente adherida a la túnica muscular. La capa submucosa forma parte, como la mucosa, en la constitución de las arrugas que se observan en la superficie interna del esófago.

- ✓ **La túnica muscular** tiene la peculiaridad de estar constituida por 2 capas, una circular interna y una longitudinal externa y por musculatura tanto estriada como lisa. Entre ambas capas, interna y externa, se sitúa el plexo mientérico de Auerbach. En general, los 2-6 cm primeros del esófago son exclusivamente de musculatura estriada. A medida que se avanza en sentido caudal hay una transición gradual a musculatura lisa. En los 2/3 distales del esófago la túnica muscular está constituida exclusivamente por músculo liso. ¹³

FISIOLOGÍA DEL ESÓFAGO:

Función del esófago: Consiste en llevar el bolo alimenticio desde la faringe al estómago. Esto lo logra por un transporte activo que funciona por medio de una onda peristáltica que actúa en ambos sentidos; esta onda moviliza el bolo hacia el estómago, previniendo a su vez el reflujo del contenido ácido del estómago al esófago y de él a la faringe.^{4,13,2}

- **Motilidad esofágica** El esófago es la parte inicial del tubo digestivo y su función es el transporte del bolo alimenticio de la faringe al estómago, a través del tórax y evitar el reflujo del mismo.

La deglución es un acto complejo, en el cual podemos distinguir tres fases:

1. Fase voluntaria u oral
2. Fase faríngea, involuntaria
3. Fase esofágica, involuntaria.

Las tres actúan coordinadamente en el transporte del bolo alimenticio. En esta parte del capítulo nos centraremos en lo que respecta a la tercera fase o fase esofágica de la deglución y a la contribución de la motilidad del esófago en la misma. Existen dos compuertas importantes en esta fase y un paso obligado intermedio. ¹³

Esfínteres (Anexo N°6)

En condiciones normales y de reposo, ambos (EES o cricofaríngeo y EEI o gastroesofágico) permanecen cerrados, de manera que el esófago tiene una cavidad virtual (sin lumen), con sus paredes adosadas: ^{4 - 14}

ESFÍNTER ESOFÁGICO SUPERIOR

Este esfínter se ubica al final de la faringe.

En la manometría corresponde a una zona de presión elevada de 2 a 4 cm de longitud y señala el comienzo del esófago. La presión elevada se debe principalmente al efecto del músculo cricofaríngeo, que envuelve la hipo faringe y se inserta en ambas apófisis cricoides. Aunque en sentido anatómico no es un verdadero esfínter, el músculo cricofaríngeo se comporta como tal.⁸

El esfínter superior es una zona de alta presión endoluminal (35-200 mmHg) relacionada con la actividad tónica de las fibras estriadas del músculo constrictor inferior de la faringe, del músculo cricofaríngeo y de la parte craneal del esófago cervical. Se relaja durante la deglución, y el vómito.⁹

ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR

Se ha debatido mucho si la estructura presente en la unión esofagogástrica es un verdadero esfínter anatómico. En la manometría existe una zona de presión elevada de 3 a 5 cm de longitud, inmediatamente por encima de la unión del esófago con el estómago. Con el empleo de pequeños marcadores en un estudio radio morfológico simultáneo se demostró que esta zona de alta presión se correlaciona con el engrosamiento de la musculatura en este sitio.⁸

El esfínter inferior está constituido por fibras musculares lisas y también es una zona de alta presión endoluminal (15-30 mmHg superior a la presión intra-gástrica). Se opone al reflujo gastroesofágico, en asociación con el esfínter externo de origen diafragmático. Se relaja durante la deglución, la eructación y también con la distensión gástrica por alimentos o aire. La estimulación vagal global provoca una relajación del esfínter inferior.⁹

CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO

- **Definición**

Se llama cuerpo extraño esofágico a todo cuerpo sólido, detenido anormalmente en cualquier sitio del lumen esofágico en su trayecto desde la faringe al estómago, deglutido en forma voluntaria o involuntaria, o dejado accidentalmente por algún procedimiento médico, diagnóstico o terapéutico^{1,2}.

La ubicación más frecuente corresponde a las estrecheces anatómo fisiológicas del órgano, a nivel cricofaríngeo, torácico en relación a la compresión producida por el bronquio izquierdo, y en el tercio distal en relación al paso del esófago a través del hiato esofágico. En el siguiente cuadro aprecia su distribución de frecuencia de ubicación. ⁴

Distribución de Ubicación topográfica de cuerpo extraño⁴

- Esófago cervical 70 – 80 %.
- Esófago torácico 15 – 20%.
- Tercio distal 1- 5 %

DISTRIBUCIÓN ANATÓMICA(Anexo N°7)

Diversos estudios han demostrado que el 10% de los cuerpos extraños impactados en el esófago, corresponden a una lesión preexistente de este órgano. ⁴

Respecto a la localización donde se ubica o detiene el CE, lo más frecuente son las estrecheces anatómicas fisiológicas del tubo digestivo. ¹

El esófago es la región más habitual, aunque cualquier otra es posible. En ocasiones nos referiremos a los objetos concretos más habituales, porque ello influye directamente en su manejo. ⁸

La mayoría de las ingestas son accidentales, aunque pueden producirse de forma voluntaria en pacientes psiquiátricos y reclusos.

Existen diversos factores predisponentes tales como los trastornos mentales o psiquiátricos, el consumo de alcohol, la bulimia y el uso de prótesis dentales. En esta sentido son más frecuentes en las edades extremas de la vida y en los centros de internamiento o de reclusión.

Los cuerpos extraños esofágicos se clasifican en orgánicos e inorgánicos. Los orgánicos están constituidos por carne, espinas o huesos y su ingesta suele ser accidental. La lista de cuerpos extraños inorgánicos es infinita, destacando las monedas, agujas, prótesis dentarias etc. Siendo importante su clasificación en productos tóxicos y no tóxicos. ³

EPIDEMIOLOGÍA.

FRECUENCIA.

Los cuerpos extraños esofágicos representan cerca del 60% del total en el tracto aero - digestivo superior.

Dado que el 80-90% de los cuerpos extraños ingeridos migran espontáneamente a través del tracto gastrointestinal, tanto sólo el 10-20% restante requiere extracción endoscópica, y menos del 1% de ellos cirugía.³

EDAD Y SEXO.

El 80% de los casos de ingesta de cuerpo extraño ocurren en la población pediátrica, con un pico de incidencia entre los 6 meses y 6 años de edad, seguido por **adultos** con problemas dentales, reclusos y pacientes psiquiátricos.

La incidencia en adultos se incrementa significativamente después de los 70 años, considerando el uso de prótesis dental como uno de los factores más frecuentemente involucrados, dado que reduce la sensibilidad táctil del paladar y dificulta la masticación.

En un estudio sobre los bolos alimentarios impactados se observó un predominio en hombres, siendo la relación hombre/mujer de 7:1 para cualquier grupo de edad.³

TIPOS DE CUERPOS EXTRAÑOS INGERIDOS ANEXO N° 7

- **Cuerpos extraños punzo-cortantes**

Los objetos más frecuentes dentro de este grupos son: palillos dentales, clavos, agujas, huesos, espinas de pescado, hojas de afeitar, prótesis dentales y ganchillos de costura. Son los que con más frecuencia se asocian a complicaciones.¹³

- **Bolos alimentarios (esofagitis eosinofílica)**

El impacto de un bolo alimentario es la forma más frecuente de obstrucción esofágica en adultos en los países occidentales. El 72% de los pacientes afectos presentan una historia previa de estenosis o disfagia. Sin embargo, en niños es un problema raro a menos que exista un defecto esofágico congénito.

El tipo de alimento impactado está relacionado con el hábito dietético. Así, en los Estados Unidos la carne es la causa más frecuente de bolo impactado, mientras que en Asia y países marítimos lo es el pescado.¹²

- **Monedas**

Representan el cuerpo extraño más frecuentemente ingerido en la **población pediátrica**, en la que constituye según algunos autores hasta el 60% de ellos.

- **Pilas “planas” o cilíndricas**

Este tipo de cuerpo extraño es más frecuente en los niños menores de 5 años y su incidencia se ha incrementado actualmente debido al desarrollo tecnológico, con un número mayor de objetos que utilizan este tipo de baterías (calculadoras, relojes, cámaras, etc.). A pesar de que sólo el 10% de las pilas ingeridas son sintomáticas, su ingesta entraña un riesgo de perforación esofágica y se considera una urgencia vital. Este hecho es debido a que estas pilas contienen hidróxido de potasio o sodio, sustancias fuertemente alcalinas, que ocasionan una rápida necrosis por licuefacción de los tejidos.

COMPLICACIONES DE INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO

Pueden ser precoces o tardías:

Las complicaciones precoces son

- ✓ **Hemorragia Digestiva Alta (HDA)**, habitualmente leve;
- ✓ **Perforación**, sin duda la más grave, puede ocurrir en el esófago cervical provocando un flegmón de cuello, en el esófago torácico provocando una mediastinitis seguida de un cuadro séptico grave con alta mortalidad, o en el esófago abdominal produciendo una peritonitis aguda, todas circunstancias que exigen una resolución quirúrgica; o endoscópica.
- ✓ **Obstrucción** simultánea de la vía aérea, condición de urgencia extrema con riesgo vital inminente.
- ✓ **Obstrucción Esofágica Aguda**, causa de pseudo regurgitación y aspiración que provocan patología respiratoria aguda asociada.
- ✓ **Fístula Esófago-Aórtica**, situación excepcional, con mortalidad cerca al 100 %.
- ✓ **Absceso esofágico que puede llevar a varias complicaciones entre ellas absceso esofágico o para esofágico.**¹⁰

Las complicaciones tardías son,

- ✓ **Estenosis Esofágica** producto de la cicatrización retráctil secundaria a las dilaceraciones de la mucosa
- ✓ **Granuloma Inflamatorio** en el lumen esofágico por incrustación submucosa de un cuerpo extraño que se manifiesta como un síndrome esofágico y puede confundirse con un cáncer de esófago.¹⁰

FISIOPATOLOGÍA INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO

- **Localización de los cuerpos extraños**

El esófago presenta tres estrecheces fisiológicas que predisponen el alojamiento de los cuerpos extraños: superior a nivel de la boca de Killian, tercio medio debida a la impresión de la aorta a la altura de D3-D4 e inferior en el cardias.

La localización más frecuente de los cuerpos extraños esofágicos es el tercio superior (71%), seguido por el tercio medio (16,1%) e inferior (12,9%). (Kishida, 2015)

Lesión esofágica

Los cuerpos extraños punzo-cortantes presentan como mecanismo de lesión la penetración directa en la pared esofágica, por lo cual si no son extraídos tempranamente pueden ser causa de erosión, perforación, **absceso peri-esofágico**, mediastinitis, fístulas vasculares y ruptura de la arteria aorta. Dentro de los cuerpos extraños punzo-cortantes, los más involucrados en la perforación esofágica son las espinas de pescado, huesos de pollo y prótesis dentales.

Los cuerpos extraños romos, como las monedas, pueden causar necrosis por presión, o por reacción a cuerpo extraño, erosión de la pared y riesgo de ruptura esofágica.

Como ya se ha comentado, las pilas contienen sustancias corrosivas capaces de provocar necrosis de la mucosa. En este caso la injuria esofágica vendrá dada por tres mecanismos diferentes: acción corrosiva directa, lesión por bajo voltaje y necrosis por presión.

La quemadura por bajo voltaje suele presentarse a las 4 horas de la ingestión con el consecuente riesgo de perforación, que generalmente ocurre a las 6 horas. Las baterías de mercurio tienen un riesgo agregado debido a su alta toxicidad, aunque sólo se ha publicado un caso en la bibliografía.

No hay relación entre el tamaño y la forma del objeto y el incremento en la tasa de complicaciones esofágicas. Por el contrario, sí se aprecia una notable relación entre el tiempo de evolución desde la ingesta y el número de complicaciones, que se incrementan significativamente transcurridas 24 horas. Esto se debe a los fenómenos de necrosis local por presión que pueden alcanzar el 60% a las 48-72 horas.

La incidencia total de complicaciones causadas por cuerpos extraños en el tracto digestivo superior es de un 15%-42%. Generalmente se trata de complicaciones menores como erosiones, laceraciones superficiales, edema, hematomas y complicaciones respiratorias moderadas. La incidencia de complicaciones mayores varía en un 0,5 y un 7,5% siendo la tasa de mortalidad publicada del 3,5%. Entre las complicaciones mayores la perforación esofágica es la más frecuente, mientras que la hemorragia resultante de la lesión de grandes vasos es la de mayor mortalidad

En los niños la incidencia de complicaciones por la ingesta de cuerpos extraños es menor que en adultos debido a que en ellos son comunes las monedas y los objetos romos.

Cuando existe una perforación esofágica es vital el diagnóstico precoz, porque sólo en perforaciones intervenidas precozmente por debajo de 12-24h permiten un cierre primario por no desarrollarse todavía una mediastinitis importante como tal. En cualquier caso, esta sutura debe reforzarse con una plastia pleural, pericárdica o muscular y un buen drenaje de todo el espacio mediastínico esofágico.¹⁴

ABSCESO ESOFÁGICO.

Definición de Absceso

Un absceso es una acumulación de pus localizada en una cavidad. Puede ser superficial o profundo. La infección es la causa: la lucha entre los microbios y las células inmunitarias de nuestro organismo provoca la muerte (o necrosis) de ciertas células que son las que forman el pus. El absceso está formado por una zona de necrosis purulenta situada en el centro y por una zona de reparación en la periferia. Su presencia se detecta a menudo por los cuatro criterios de enrojecimiento, calor, dolor e hinchazón (o edema); la evacuación del pus es el principal tratamiento que puede completarse con la administración de antibióticos si es necesario.⁵

ABSCESO ESOFAGICO INTRAMURAL

Es un raro trastorno caracterizado por una amplia laceración entre la capa mucosa y submucosa de la pared del esófago pero sin perforación.⁸

CAUSAS DE ABSCESO ESOFAGICO¹²

- Traumatismos tras la ingesta de cuerpo extraño, lesionan el esófago.
- Maniobras de intubación orotraqueal intempestivas.
- Por infecciones bucodentarias.

Los microorganismos comunes son bacterias aerobias (especies de *Streptococcus* y *Staphylococcus*) y anaerobias (*Bacteroides* y *Fusobacterium*).¹²

CLÍNICA

La mayoría de los pacientes acuden por aparición brusca de la sintomatología en las primeras 24 horas tras la ingesta del posible cuerpo extraño responsable.

El síntoma clínico más frecuente es la disfagia-odinofagia, y en ocasiones afagia, seguidos por la sialorrea, el dolor cervical o torácico y en ocasiones tos.³

Así mismo, ciertos signos respiratorios como disnea, estridor y cianosis son indicativos de compresión de la vía respiratoria, que es más frecuente en la edad infantil. En los niños se estima que en el 18-40% de los casos no se presencia la ingesta del cuerpo extraño, por lo que en ellos el diagnóstico sobreviene con el desarrollo súbito de los síntomas. A estas edades la clínica es más engañosa, siendo comunes el dolor retroesternal, la sialorrea con náuseas y vómitos, la irritabilidad, el rechazo de la comida, los accesos de tos y la dificultad respiratoria. Sin embargo, y a pesar de esta clínica tan variada, el 50% de los cuerpos extraños esofágicos infantiles pueden ser asintomáticos.³

SIGNOS Y SÍNTOMAS

En niños:

Los signos y los síntomas suelen estar precedidos en los niños por una infección aguda de las vías aéreas superiores y en los adultos, por la ingestión de un cuerpo extraño o una intervención instrumental.

Los niños pueden presentar odinofagia, disfagia, fiebre, linfadenopatía cervical, rigidez de nuca, estridor, disnea, ronquidos o respiración ruidosa o tortícolis.

En adultos:

Pueden manifestar dolor cervical intenso, pero el estridor es menos frecuente. Entre los principales signos y síntomas tenemos⁷

- Fiebre
- Aumento de volumen en cuello
- Dolor cervical o retroesternal
- Disfagia
- Irritabilidad
- Tos
- Hiporexia
- Cefalea

DIAGNÓSTICO

Cuadro Clínico:

El diagnóstico suele ser fácil de hacer en el adulto, consciente y psiquiátricamente sano, quien consulta angustiado y relatando el antecedente de la deglución y atascamiento del cuerpo extraño; no así en el caso del accidente inconsciente ni en el niño, en que el diagnóstico fluirá de la sospecha reforzada por la presencia de signos y síntomas bastante constantes.¹⁰

A veces el cuerpo extraño constituye una emergencia que determina riesgo vital para el paciente, como sucede en el cuerpo extraño impactado en la hipofaringe, con

compromiso simultáneo de la vía aérea, o en la coexistencia de cuerpos extraños en el esófago y en la laringe y/o tráquea.¹⁵

Su gravedad está dada por el riesgo vital del compromiso de la vía aérea, y su permeabilización es la medida prioritaria. A pesar de ser una situación excepcional, debe ser siempre considerada ante mínimas manifestaciones de sintomatología respiratoria: disnea, taquipnea, estridor laríngeo, aleteo nasal, tiraje, cianosis, disfonía, etc. En el niño, el cuadro clínico es ocasionalmente precedido por el dato de algún adulto que lo vio previamente con algún objeto en la cavidad oral (bolitas, aros, perlas, etc.), sin embargo, muchas veces este dato no existe. Cobran importancia entonces, elementos anamnésicos más o menos constantes, tales como el rechazo abrupto de la alimentación, la sialorrea a veces sanguinolenta, la disfagia u odinofagia, la pseudo-regurgitación, y algunas manifestaciones de dificultad respiratoria.

En el adulto, el cuadro clínico parte del antecedente de la ingestión accidental de cuerpo extraño, de una crisis epiléptica, de un trauma reciente, etc.¹⁰

Examen físico.

En el examen físico debe partir con una Evaluación General inicial, que considere el estado general y de conciencia, el estado hemodinámica (pulso - presión arterial - signos de vasoconstricción periférica) y de la función respiratoria (frecuencia respiratoria - cianosis - tiraje - estridor), elementos fundamentales para establecer la sospecha de una complicación local, o del compromiso de la vía aérea.

El examen general debe complementarse con un minucioso examen de la faringe en búsqueda de elementos obstructivos que pueden estar al alcance de la mano o de un instrumento simple; y también de la laringe, apoyado por un espejo dental para hacer una laringoscopia indirecta, para asegurarse que no exista un componente obstructivo de la vía aérea.^{1,3}

Exploración.

Se deben explorar las fosas amigdalinas y la base de la lengua mediante visión y palpación en busca de un cuerpo extraño alimentario o de una herida en la mucosa. El examen orofaríngeo debe ser seguido de una exploración faringo-laríngea completa que incluya la laringoscopia. Se debe tener presente que esta última no descarta la presencia de un cuerpo extraño localizado en el esfínter esofágico superior, pero hay signos indirectos, como la retención salival en los senos piriformes, que pueden sugerir su presencia. Si la palpación cervical pone de manifiesto un enfisema subcutáneo es obligado descartar una complicación grave como la perforación. Así mismo, la auscultación pulmonar y abdominal debe realizarse de forma sistemática.³

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

- **RADIOGRAFÍA.**

Las placas de frente y perfil del cuello, tórax y abdomen se indican inicialmente en todos los pacientes con sospecha de un cuerpo extraño esofágico, permitiendo determinar su presencia, tipo y localización

Además, el examen radiológico también es útil en la detección de neumotórax o neumomediastino como signos indirectos de perforación esofágica.

El diagnóstico de un cuerpo extraño radio-opaco en las placas radiológicas estándar es positivo en el 84% de los casos en los niños.

Por su parte, en los adultos el diagnóstico radiológico simple es positivo en sólo el 30% de los casos y además las calcificaciones de las estructuras cartilagosas dificultan su interpretación.

El estudio radiológico debería practicarse en los casos de sospecha de ingesta de monedas, aunque sean asintomáticos, ya que el 16,6% de los pacientes sin síntomas presentaban radiografías positivas. Se ha descrito también el uso de un detector especial de metales para identificar estos objetos metálicos, pero no puede sustituir al estudio radiológico.

Las radiografías simples tienen escasa sensibilidad cuando los cuerpos extraños son radiotransparentes (espinas de pescado, huesos de pollo, plástico, cristales), por lo que su negatividad radiológica no descarta su presencia en el tracto gastrointestinal, debiendo ampliar el estudio si el paciente se encuentra sintomático.³

TRÁNSITO ESOFÁGICO:

Algunos autores recomiendan realizar un tránsito baritado cuando se sospecha un cuerpo extraño radiotransparente, pero otros recomiendan realizar la endoscopia directamente, ya que el estudio baritado presenta riesgo de aspiración y dificulta la endoscopia posterior.

Es preferible usar contraste con amidotrizoato sódico y de meglumina (Gastrografina) en lugar de sulfato de bario ya que en caso de aspiración bronquial su efecto es menos lesivo.³

Otros autores si recomiendan la realización con la ingesta de medio de contraste (papilla baritada diluida o hypaque) y tomando placas en posición de pie o decúbito dorsal, visualizando todo el trayecto del esófago, y está especialmente indicado cuando la Rx Tórax fue negativa. Igual que ésta, da información de las características del cuerpo extraño, de su dimensión y número, y también de su superficie y sus aristas. Se

puede observar también, el escape del medio de contraste fuera del lumen esofágico (al mediastino o a una cavidad pleural), en cuyo caso se estará en presencia de una perforación esofágica secundaria.⁷

LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

Permite un diagnóstico rápido y fácil, presentando 100% de sensibilidad, por lo que es la técnica de elección ante un posible cuerpo extraño esofágico con clínica compatible, pero no visible en la radiografía. En estos casos, la realización de una Tomografía Computarizada, una endoscopia digestiva o incluso un tránsito esofágico depende de la disponibilidad y accesibilidad propia de esos métodos en cada centro.

La Resonancia Magnética no aporta ninguna ventaja en el diagnóstico sobre la Tomografía Computarizada y no está indicada en los protocolos actuales.³

ACTITUD TERAPÉUTICA

MÉTODOS ENDOSCÓPICOS.

Son los métodos más utilizados e incluyen la endoscopia flexible.

Endoscopia flexible

La endoscopia flexible es hoy en día la técnica de elección dada su efectividad y la posibilidad de realizarse bajo sedación, evitando el uso de la anestesia general y reduciendo el coste sanitario. El uso asociado de una funda protectora denominada “sobre-tubo” aumenta la eficacia y seguridad de esta técnica.

Las ventajas de la endoscopia flexible sobre otros procedimientos son, su eficacia en la extracción del cuerpo extraño, que oscila entre el 83 y el 98,9%, y la valoración y tratamiento de la patología esofágica subyacente en el caso de absceso esofágico intramural. Las desventajas vienen dadas por el paso a ciegas por la boca de Killian, con el riesgo de pasar por alto el cuerpo extraño y producir lesiones a ese nivel. Igualmente, con la endoscopia flexible puede ser difícil la extracción de cuerpos extraños enclavados, en los que es necesario el uso de pinzas fuertes con visión directa. Sin embargo, la tasa de complicaciones con esta técnica es baja, menor del 5%, y la incidencia de perforación esofágica durante la extracción de un cuerpo extraño es inferior al 1%. La tasa de éxito de extracción de cuerpos extraños esofágicos con endoscopia flexible es del 96,2%, y aunque inferior al 100% de la endoscopia rígida, las complicaciones son también menores con la flexible (5%) respecto a la rígida (10%).³

Cuerpos extraños punzo-cortantes Es un grupo muy heterogéneo que incluye los mondadientes, clavos, agujas, espinas de pescado, huesos, hojas de afeitar, alfileres de

seguridad y prótesis dentales. En concreto, los palillos dentales, las espinas y los huesos son los que con más frecuencia requieren cirugía al enclavarse y ser causa de perforación esofágica. Muchos de estos objetos como las espinas de pescado y plásticos son radiolúcidos, por lo cual si existe el antecedente de la ingesta, tanto si el paciente está sintomático como si no, debería realizarse la endoscopia.

Únicamente cuando un cuerpo extraño ingerido inicialmente sintomático deja de serlo súbitamente se puede prescindir de la endoscopia, porque este hecho indicaría su paso al estómago y la solución del problema. ³

TRATAMIENTO

El absceso esofágico es una patología poco frecuente, habitualmente secundaria a lesiones por cuerpos extraños en adultos. La radiología lateral de cuello y la tomografía computarizada junto con la presentación clínica permiten el diagnóstico. El tratamiento antibiótico precoz y el drenaje quirúrgico evitan complicaciones potencialmente letales. ¹

El tratamiento conservador mediante dieta absoluta y antibióticos sólo es la mejor opción en absceso esofágico intramural y perforaciones mínimas en el esófago cervical y sin trayecto fistuloso del contraste. ¹⁴

La extracción endoscópica continúa siendo la técnica de referencia en la gran mayoría de los casos de cuerpos extraños, con un excelente pronóstico gracias al perfeccionamiento del tratamiento en los servicios de urgencias y de las técnicas de extracción. ³

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.

En el anexo N°9 se puede observar los antibioticos que más se utilizan en este tipo de casos.

4.3 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

RIESGO BIOLÓGICO

Según la OMS un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (OMS, 2015)¹¹

La **incidencia de absceso esofágico por cuerpo extraño** es mayor en determinados colectivos incluyendo personas con retraso mental, alteraciones psiquiátricas y personas privadas de su libertad. Una característica común en estas poblaciones es el carácter intencionado de la ingestión.

No obstante, la ingesta involuntaria es la más frecuente, especialmente en el anciano. La mala visión constituye otro factor añadido que a menudo coexiste en estas personas.

MEDIO AMBIENTE

No refiere ninguna razón ambiental que modifique este cuadro

ESTILOS DE VIDA- SOCIAL

En el presente cuadro hemos detallado claramente sobre todos los factores influyentes para esta patología, sin embargo cabe recalcar que no hay un estilo social donde no se pueda presentar dicha lesión. Es decir que en este caso no influye el estilo de vida ni social.

4.4. FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.

Características de la atención: paciente recibe una atención amable y cordial por parte del servicio de salud tanto del centro de salud como del HPDA.

Oportunidades en la remisión: La referencia oportuna realizada por el Sub Centro de Salud N°1 al Hospital Regional Docente Ambato fue el principal aspecto para lograr dar con el diagnóstico certero y el adecuado tratamiento.

Trámites administrativos: Los trámites administrativos que se realizaron fueron atendidos oportunamente y sin costo alguno.

Oportunidad en la solicitud de la consulta: paciente se le brindo toda la atención necesaria, cabe recalcar que la misma paciente no acudió a cita dispuesta por médico especialista.

Acceso a la Red Nacional de Salud: paciente obtiene acceso a la red de salud pública teniendo en cuenta la referencia de un centro de primer nivel, a uno de mayor complejidad.

4.5.IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

- Llenado incompleto de la historia clínica, considerando como documento médico-legal, que recoge toda la información del paciente, para bien de su estado de salud.
- Información incompleta por parte de paciente para llegar a un diagnóstico rápido y oportuno.
- Aunque el caso descrito anteriormente puede presentarse en todos los ciclos de vida, tenemos un factor de riesgo importante por la edad de paciente que se puede mencionar como disminución de la agudeza visual, un factor importante para la ingesta accidental de cuerpo extraño.
- A pesar de que en el hospital provincial docente Ambato se le brindo la atención respectiva, y se le asignó un turno para consulta externa paciente no acudió, razón por lo cual es un punto contradictorio para llegar al diagnóstico efectivo y brindarle el tratamiento adecuado.

4.6 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

El paciente en este caso no requiere tratamiento alternativo pues según la literatura descrita anteriormente, el tratamiento está basado en el manejo por antibióticos y analgésicos, en caso de que cuadro no mejore o exista alguna complicación de importancia de deberá acudir a la resolución quirúrgica.

4.6. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

OPORTUNIDADES DE MEJORA:	ACCIONES DE MEJORA:
Una temprana valoración médica	Es indispensable fomentar confianza necesaria del médico al paciente con el fin de que busquen una atención inmediata tras presentarse cualquier situación que vaya en contra de su estado de salud
Respuesta apropiada a los cambios negativos en la evolución del paciente	Se debe valorara a cada paciente de una forma cálida e integral.
	Informar a los familiares sobre la enfermedad de la paciente lo que se le va a realizar y las posibles complicaciones.
PROTOCOLOS DE ATENCIÓN. (realización de exámenes diagnósticos)	Solicitar los exámenes complementarios necesarios con prontitud.
	Solicitar la valoración oportuna del servicio correspondiente
INFORMACIÓN: se debe realizar charlas de conocimiento sobre las complicaciones de la ingesta accidental de cuerpo extraño. Como en este caso absceso esofágico.	Realizar campañas y charlas dirigidas con el objetivo de dar a conocer los factores de riesgo que se puede presentar luego de la ingesta accidental de cuerpo extraño.

5. CONCLUSIONES

- ✚ Los cuerpos extraños esofágicos son una patología frecuente en los servicios de urgencias, tanto en niños como en adultos. El diagnóstico precoz y su control inmediato son indispensables para garantizar un tratamiento apropiado.
- ✚ El adecuado manejo del paciente en el segundo nivel permitió la reducción de complicaciones, así como la disminución de la morbimortalidad, para esto es necesario el cumplimiento adecuado de los protocolos establecidos en el manejo primario del paciente.
- ✚ El manejo clínico que se debe brindar a los pacientes que presenten disfagia progresiva más dolor cervical y antecedentes de ingesta accidental de cuerpo extraño (espina de pescado) se basa principalmente en la elaboración y análisis de una buena historia clínica.
- ✚ Se identificó las causas principales y los factores de riesgo para dicha patología, esto servirá de gran ayuda para el rápido diagnóstico y el tratamiento adecuado, que se debe dar a estos pacientes, para evitar posibles complicaciones.
- ✚ El uso de exámenes complementarios como se mencionó, RX, tomografía y endoscopia fueron pilares fundamentales para llegar al diagnóstico definitivo. (absceso esofágico intramural)

6. RECOMENDACIONES

- ✚ Valorar adecuadamente a los pacientes para un correcto diagnóstico y tratamiento y así evitar futuras complicaciones.
- ✚ Al momento de enfrentarnos a un paciente debemos ser conscientes y tratarlo en su totalidad basándonos que es un ser vivo que a más de sentimientos y pensamientos se encuentra afectado por una patología, de esa manera los datos deben ser recogidos en una adecuada historia clínica, que posteriormente permita un análisis minucioso, para llegar a la aplicación del tratamiento más apropiado.
- ✚ Capacitar al personal de primer nivel en el área de salud para diagnosticar de una forma precisa y orientación adecuada para su referencia a otro nivel de atención de salud. (BIOLOGICAS, 2010)(Clemente, 2012)

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7.1 LINKOGRAFÍA

Bibliografía

1. ACUÑA, L. (2002). *Absceso retrofaríngeo tras ingesta de cuerpo extraño*. Obtenido de ABSCESO ESOFAGICO: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n5/notacli1.pdf>
2. BIOLOGICAS, C. (2010). *ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL SISTEMA DIGESTIVO*. Obtenido de <http://hnnbiol.blogspot.com/2008/01/sistema-digestivo-i.html>
3. Clemente, I. J. (2012). *CUERPOS EXTRAÑOS EN EL ESÓFAGO*. Obtenido de <file:///C:/Users/Acer/Downloads/138%20-%20CUERPOS%20EXTRA%C3%91OS%20EN%20EL%20ES%C3%93FAGO.pdf>
4. Fonseca, D. F. (2011). *Departamento de Cirugía - Campus Clínico Sur Facultad de Medicina - Universidad de Chile*. Obtenido de Patología quirúrgica del esófago : <http://www.geocities.ws/cirurgiasur/CDA/esofago.pdf>
5. Kioskea. (2014). *Absceso - Definición*. Obtenido de Absceso - Definición: <file:///C:/Users/Acer/Downloads/absceso-definicion-6984-mh0v67.pdf>
6. LIEBERMANN, D. (2012). *ANATOMÍA DEL ESÓFAGO*. Obtenido de Anatomía Del Esófago: <http://media.axon.es/pdf/73272.pdf>
7. López, S. G. (2010). *CUERPOS EXTRAÑOS*. Obtenido de ESOFAGO: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/14_Cuerpos_extra%C3%B1os.pdf
8. MA, B. (2010). *Intramural esofágico disección debido a faringe abscesos tratados por la vía endoscópica esofágica transección: reporte de un caso*. Obtenido de Intramural esofágico disección debido a faringe abscesos tratados por la vía endoscópica esofágica transección: reporte de un caso.: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20510559>
9. Masson, E. (2011). *ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL ESOFAGO*. Obtenido de <http://www.em-consulte.com/es/article/660868/anatomia-y-fisiologia-del-esofago>
10. Montalva, D. S. (2012). *CUERPO EXTRAÑO EN ESOFAGO*. Obtenido de CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO : <http://www.geocities.ws/cirurgiasur/CDA/esofago.pdf>
11. OMS. (2015). *factor de riesgo*. Obtenido de definición: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

12. Ortega Coronel María Fernanda, D. C. (2011). *ASBCESO RETROFARINGEO COMPLICADO*. Obtenido de http://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/noviembre12/ecuador/ecu_esp.pdf
13. Ortiz Gil EM*, G. C. (s.f.). *LARINGE Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL*. Obtenido de ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL ESÓFAGO : <http://seorl.net/PDF/cabeza%20cuello%20y%20plastica/135%20-%20ANATOM%C3%8DA%20Y%20FISIOLOG%C3%8DA%20DEL%20ES%C3%93FAGO.pdf>

7.2 CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA

14. EBSCO HOST: Verdecia M., Rodriguez D., Verdecia Y. Perforación esofágica por cuerpo extraño en una anciana. *Medisan*. 2014. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=c0fcc147-a7fa-4583-b6fa18d5341a2314%40sessionmgr110&vid=0&hid=125&bdata=Jmxhbmc9ZX Mmc 2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=98275222&db=a9h>.
15. SCOPUS: Lv, L., Liu, J., Tan, Y., Liu, D. Peroral endoscopic full-thickness myotomy for the treatment of sigmoid-type achalasia: outcomes with a minimum follow-up of 12 months . 2014. Disponible en: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.084944398323&origin=resultslist&sort=plff&src=s&st1=esophageal+perforation&st2=&sid=7E9139CA397C35A13947292 0DBBE108A.y7ESLndDIIsN8cE7qwvy6w%3a10&sot=b&sdt=b&sl=37&s=TITLE-ABSKEY%28esophageal+perforation%29&relpos=2&relpos=2&citeCnt=0&searchTerm=TITLE-ABS-KEY%28esophageal+perforation%>
16. SCOPUS: Kishida, Y. Kakushima, N. Kawata, N. Tanaka, M. Takizawa, K.. Complications of endoscopic dilation for esophageal stenosis after endoscopic submucosal dissection of superficial esophageal cancer (Article). 2015. Disponible en: [http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.084942362166&origin=resultslist&sort=plff&src=s&st1=esophageal+perforation&st2=&sid=7E9139CA397C35A13947292 0DBBE108A.y7ESLndDIIsN8cE7qwvy6w%3a10&sot=b&sdt=b&sl=37&s=TITLE-ABSKEY%28esophageal+perforation%](http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.084942362166&origin=resultslist&sort=plff&src=s&st1=esophageal+perforation&st2=&sid=7E9139CA397C35A13947292 0DBBE108A.y7ESLndDIIsN8cE7qwvy6w%3a10&sot=b&sdt=b&sl=37&s=TITLE-ABSKEY%28esophageal+perforation%29&relpos=2&relpos=2&citeCnt=0&searchTerm=TITLE-ABS-KEY%28esophageal+perforation%)

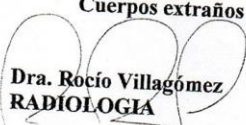
ABSKEY%28esophageal+perforation%29&relpos=1&relpos=1&citeCnt=0&searchTerm=TITLE-ABS-KEY%28esophageal+perforation%29.

17. EBSCO Host Barajas E., Romero T., Sanchez P.(2013) «Experiencia del manejo quirúrgico de la Acalasia esofágica en un hospital de alta especialidad.». Revista médica Instituto México Seguro Social. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=aed74ab6-4d62-4db4ad2e-4dcc5c32318a%40sessionmgr105&vid=1&hid=118>

18. EBSCO Host Mejía M., Donoso A., Ibañez A.(2014) «Desarrollo de una Nueva Técnica Endoscópica para el tratamiento de la Acalasia.» Revista Chilena de Cirugía. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8aef228f-6d11-4b1ba997-28abbdadf7bd%40sessionmgr106&vid=12&hid=118>.

8. ANEXOS.

ANEXO N° 1 RX DE AP Y LATERAL DE COLUMNA

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "AMBATO"	
DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	
ESTUDIO RADIOLOGICO	
SERVICIO DE ECOGRAFÍA	
PACIENTE:	GUEVARA MARTHA
EDAD:	75 AÑOS
FECHA:	7 de marzo de 2016
ESTUDIO:	RX COLUNAN CERVICAL AP Y LATERAL
	INFORME
<p>Rectificación de la lordosis cervical fisiológica Cuerpos vertebrales de altura normal, bien alineados en el plano sagital, sin demostrar desplazamientos patológicos. Espacios discales de altura conservada. Para la edad de la paciente Articulaciones interapofisiarias sin alteraciones. Articulaciones uncovertebrales con signos de esclerosis Alineación espino laminar conservada. Pédiculos indemnes.</p> <p>En la proyección lateral se observa por debajo del hueso hioideo imágenes irregulares radio densas de carácter inespecífico que pueden corresponder a cuerpos extraños localizados en esófago a nivel de C6</p>	
Atentamente	
Cambios osteo degenerativos propios de la edad Cuerpos extraños proyectados en esófago	
 Dra. Rocío Villagómez RADIOLOGIA	
Dra. Rocío Villagómez M. Libro 25 Folio 80 M. RADIOLOGIA	
Firma y Nombre del Médico	

ANEXO N° 2 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (14/03/2015)

		HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO Endoscopia Pasteur y Unidad Nacional S/N 2421012 / 2824309	
Nombre: GUEVARA ANGELICA Cédula: 0000056727 H. Clínica: HC000056727	Edad: 75 años Género: Masculino Teléfono: /		
Fecha: 2016/03/14 10:00:51 Examen: VideoGastroscoopia Dr. Endoscopista: DR. JUAN C. VILANA Médico Solicitante: Dr. DANY SILVA Asistente: Endoscopia	Procedimiento: EDA Equipo: FUJINON: EG-600WR Reacciones: Medicación:		
• Imágenes Procedimiento:			
[1] Esófago Distal		[2] Fondo Gástrico	
[4] Antro Gástrico		[5] Región Post Bulbar	
[1] Esófago Distal: NORMAL, PERISTALTISMO NORMAL, CAMBIO MUCOSO COINCIDE CON EL CARDIAS [2] Fondo Gástrico: SE APRECIAN AREAS REDONDEADAS SOBRE ELEVADAS SUGESTIVAS DE METAPLASIA INTESTINAL SE TOMAN BIOPSIAS [4] Antro Gástrico: PARCHES DE MUCOSA PALIDA INTERPUESTOS ENTRE MUCOSA CONGESTIVA, ADEMAS SE APRECIA CICATRIZ LINEAL SUGESTIVO DE ULCERA ANTERIOR, SE TOMAN BIOPSIAS PILORO CENTRICO Y PERMEABLE [5] Región Post Bulbar: BULBO Y SEGUNDA NORMAL			
• Diagnóstico de la Endoscopia: AREAS SUGESTIVAS DE METAPLASIA INTESTINAL, GASTROPATIA CRONICA ANTRAL CICATRIZ ANTRAL			
DR. JUAN CARLOS VILANA GASTROENTEROLOGO UROLOGO DR. JUAN C. VILANA			
http://localhost/ViewMedical/Impresion.aspx		14/03/2016	

ANEXO N° 3. INFORME HISTOPATOLOGICO

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO

APELLIDO PATERNO		MATERNO	NOMBRES	H. CLINICA
GUEVARA		TOSCANO	MARTHA ANGELICA	56727
SERVICIO	SALA CAMA	N° DE TELEFONO	EDAD SEXO FE. OBTEN.	C.C.
			75 F 14/03/2016	180073200-8

SOLICITUD DE EXAMEN

ANATOMO-PATOLOGICO

DIAGNOSTICO CLINICO GASTRITIS

OPERACIÓN PRACTICADA

TRATAMIENTO

ORIGEN Y/O NATURALEZA DE LA PIEZA

ANTRO, CUERPO E INCISURA

DATOS DE ORIENTACION DIAGNOSTICA

SOLICITANTE	Dr. Juan Carlos Vilafía	N° DE PIEZAS
	FIRMA DEL MEDICO	

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO

FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	N° INFORME
14/03/2016	06/04/2016	874-16

DESCRIPCION MACROSCOPICA:

Se recibe 3 fragmentos de tejido blando, que miden entre 2 y 3 mm de color grisáceo. SPTM (1C).

DESCRIPCION MICROSCOPICA:

En los cortes histológicos se observan varios fragmentos de mucosa gástrica que muestra ligero aplanamiento de las vellosidades. La lámina propia con un moderado infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario. Existen pérdida de glándulas e indicios de regeneración y glándulas metaplásicas. Las células epiteliales con ligeras atipicidades.

Helicobacter Pylori: +++/+++.

No se observan ulceraciones.

DIAGNÓSTICO:

* GASTRITIS CRONICA ATROFICA MODERADA.

* OLGA II.

* HELICOBACTER PYLORI: +++/+++.

* NO SE OBSERVAN ULCERACIONES.

Dr. José Rodríguez F.
ANATOMO PATOLOGO

as.

ANEXO N° 4TAC SIMPLE DE TORAX.

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "AMBATO"
DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
SERVICIO DE ECOGRAFÍA

ESTUDIO TOMOGRAFICO

PACIENTE: GUEVARRA TOSCANO MARTHA
EDAD: 75 AÑOS
FECHA: 25 DE ABRIL DE 2016
ESTUDIO: TC SIMPLE DE TORAX

INFORME

En los pulmones no se demuestran áreas de condensación ni imágenes nodulares de carácter patológico, engrosamiento de los septos inter-lobares e intra-lobulillares en las bases pulmonares, con atelectasias basales bilaterales.

Tráquea y grandes bronquios de calibre normal.

No se demuestran signos de derrame pleural ni pericárdico.

No se demuestra la presencia de masas ni adenomegalias en el mediastino.

Corazón aumentado de tamaño.

Aorta de calibre conservado, con placas de ateroma en su interior.

Arteria pulmonar y sus ramas sin alteraciones.

Llama la atención la morfología del esófago, que se mantiene distendido casi en todo su trayecto y a nivel supra-carinal se observa la presencia imágenes con densidad de tejidos blandos en relación con restos de etiología a determinar.

Segmentos visibles del hígado sin alteraciones evidentes.

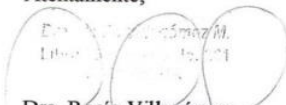
Partes blandas indemnes.

Estructuras óseas con cambios osteo-degenerativos.

IMRESION RADIOLOGICA:

- Engrosamiento de intersticio basal secundario a neumonitis, sin embargo no se observan masas consolidaciones, nódulos ni masas en el parénquima pulmonar.
- Restos de etiología a determinar en esófago predominantemente a nivel supra-carinal, se sugiere complementar con esófago-grama vs endoscopia.

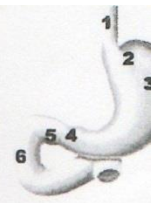
Atentamente;


Dra. Rocio Villagómez
MÉDICA RADIOLOGA
MSP Libro 25 Fo. 86 No. 261

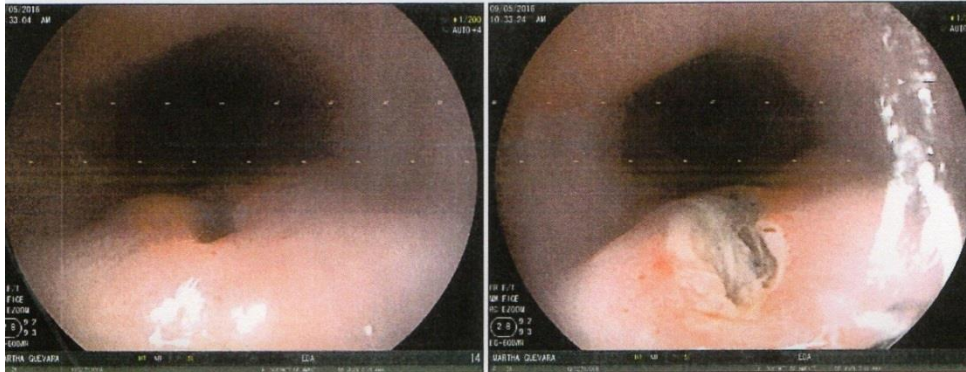
.....
Firma y Nombre del Médico

ANEXO N° 5 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (09 /05/2016)

Identificación:	1800732008	Género:	Femenino
Clinica:	HC1800732008	Teléfono:	/
Fecha:	2016/05/09 10:26:01	Procedimiento:	EDA
Endoscopista:	DR. JUAN C. VILANA	Equipo:	FUJINON: EG-600WR
Médico Solicitante:	Dr. DANY SILVA	Reacciones:	
Asistente:	Endoscopia	Medicación:	

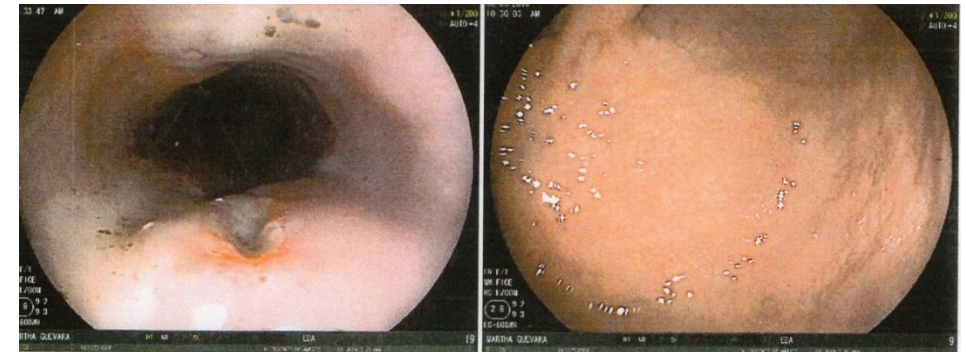


• Imágenes Procedimiento:



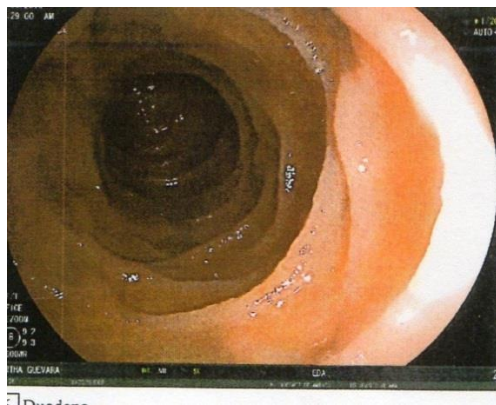
1 Esófago Distal

1 Esófago Distal



1 Esófago Distal

4 Antro Gástrico



2 Duodeno

ANEXO N° 6 ESOFAGO Y ESFÍNTERES.

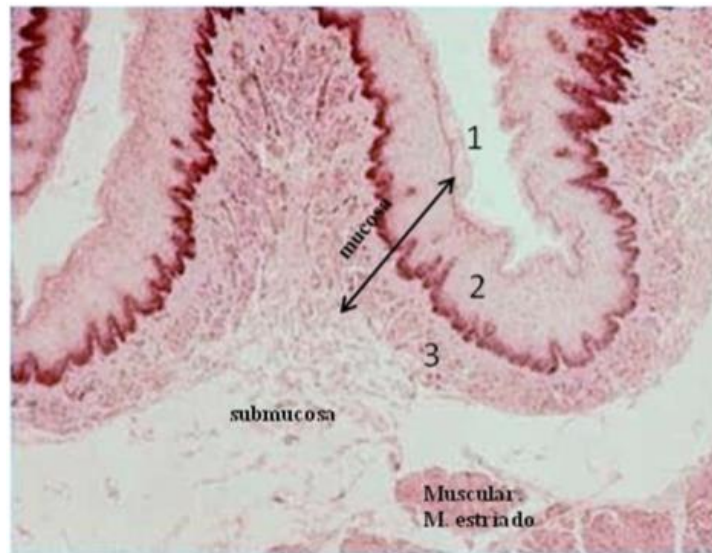
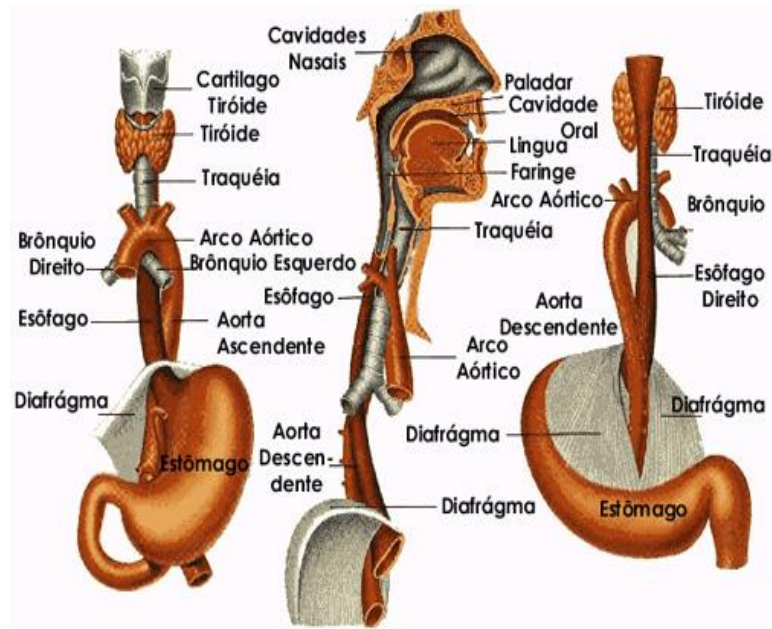


Figura 2. Histología: corte transversal del esófago. Tinción Hematoxilina-eosina (1. Luz esofágica; 2. Epitelio escamoso estratificado; 3. Lámina propia) FUENTE (Ortiz Gil EM*)

ANEXO N° 7 CUERPOS EXTRAÑOS MÁS FRECUENTES INGERIDOS.

Cuerpo extraño	Frecuencia (%)
Monedas	27%
Objetos punzo-cortantes	16%
Baterías	13%
Piezas de juguetes	12%
Huesos de pollo/Espina de pescado	12%
Bolo alimentario	12%
Joyas	6%

ELABORADO por Luis Silva FUENTE (Clemente, 2012)

DISTRIBUCIÓN ANATÓMICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO

Faringe	2,3 %
Estrechez cricofaríngea	62,3 %
Estrechez aórtica	12 %
Esófago distal	23,8 %
Esófago distal patológico	(21.5 %)

ELABORADO por Luis Silva FUENTE (Clemente, 2012)

ANEXO N°8 ANTIBIOTICOS EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DE ABSCESO ESOFÁGICO.

Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos
Cefotaxima	1 a 2 g cada 6 a 8 horas. Dosis máxima: 12 g/día.	Frasco ampula con polvo contiene: Cefotaxima sódica equivalente a 1 g de cefotaxima. Envase con 4 ml de diluyente.	Inicia esquema empírico y 14 días de acuerdo a resultados de cultivo con antibiograma	Anorexia, náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, dolor en el sitio de la inyección, erupción cutánea
Ceftazidima	1 g cada 8 a 12 horas, hasta 6 g/día.	Frasco ampula contiene polvo: Ceftazidima pentahidratada equivalente a 1 g de ceftazidima. Envase con 3 ml de diluyente.		Angioedema, broncoespasmo, rash, urticaria, náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, neutropenia, en ocasiones agranulocitosis, flebitis
Ceftriaxona	1 a 2 g cada 12 horas, sin exceder de 4 g/día	Frasco ampula con polvo contiene: Ceftriaxona sódica equivalente a 1 g de ceftriaxona. Envase con 10ml de diluyente.		
Metronidazol	500 mg cada 8 horas por 7 a 10 días.	Ampolleta o frasco ampula con: Metronidazol 200 mg. Envase con 2 ampolletas o frascos ampula con 10 ml.	Inicia esquema empírico y 14 días de acuerdo a resultados de cultivo con antibiograma	Vértigo, cefalea, náusea, vómito, anorexia, cólicos, diarrea, calambres abdominales, depresión, insomnio
Metronidazol	500 mg cada 8 horas por 7 a 10 días.	Cada 100ml contiene: Metronidazol 500 mg. Envase con 100 ml.		
Clindamicina	300 a 900 mg cada 8 ó 12 horas. Dosis máxima: 2.7 g/día.	Cada ampolleta contiene: Fosfato de clindamicina equivalente a 300 mg de clindamicina. Envase con 2 ml.	Inicia esquema empírico y 14 días de acuerdo a resultados de cultivo con antibiograma	Náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, hipersensibilidad.

Fuente: Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de abscesos del cuello