

Cuerpos extraños en faringe

Foreign bodies in pharynx

Dres. Giselle Cuestas (1), Hugo Rodríguez (2)

Abstract

Foreign body in pharynx is a frequent pathology. Its severity varies widely, it can be a totally anodyne incident or, on the contrary, lead to serious complications, sometimes fatal. The treatment depends on its location and nature, and the presence of associated injuries.

We describe clinical manifestations, diagnostic methods and treatment of foreign bodies in nasopharynx, oropharynx and hypopharynx.

Keywords: foreign body, nasopharynx, oropharynx, hypopharynx.

Resumen

El cuerpo extraño en faringe es una patología frecuente. Su gravedad es muy variable, puede ser un incidente totalmente anodino o, por el contrario, provocar complicaciones graves, a veces fatales. El tratamiento depende de su localización y naturaleza y de la presencia de lesiones asociadas.

Describimos las manifestaciones clínicas, el diagnóstico y el tratamiento de los cuerpos extraños en rinofaringe, orofaringe e hipofaringe.

Palabras clave: cuerpo extraño, rinofaringe, orofaringe, hipofaringe.

Introducción

Los cuerpos extraños (CE) en faringe están constituidos por cualquier elemento ajeno al organismo que se encuentra en la rinofaringe, la orofaringe o la hipofaringe.

Pueden ocurrir a cualquier edad, pero se ha apreciado una frecuencia máxima hacia los 4 años y después de los 70 años. Las circunstancias de aparición suelen ser evidentes, pero pueden pasar inadvertidas en el niño pequeño y en el anciano (1).

Los CE en faringe se relacionan fundamentalmente con la ingesta de comida y con aquellos alimentos en los que coexisten partes blandas y duras. Habitualmente se trata de espinas de pescado o huesos de pollo y de otras especies. Menos frecuentemente son de origen vegetal, alfileres, monedas (1,2).

Se localizan principalmente en la región amigdalina (66%), seguido por vallécula y tercio posterior de la lengua (7%) y la hipofaringe (senos piriformes y región retrocricóidea) (7%). Pueden ser un incidente anodino o provocar complicaciones graves, a veces fatales (abscesos retro y parafaríngeos, mediastinitis) (2).

Diagnóstico

Pueden ser determinantes en el diagnóstico el alto nivel de sospecha clínica y la anamnesis (relación de las molestias con la ingesta, tipo de espina, tiempo que ha pasado desde la ingesta).

Los signos y síntomas típicos de CE en faringe son rinolalia, rinorrea purulenta, epistaxis y obstrucción nasal (CE en rinofaringe), dolor faríngeo que aumenta con la deglución, dolor lateralizado, incapacidad de deglutir la saliva y otalgia refleja (CE en orofaringe), y sensación de molestia, disfagia y a veces dificultad respiratoria por compresión o desplazamiento de la laringe (CE en hipofaringe) (3,4).

Es fundamental buscar signos de complicación local (enfisema subcutáneo a la palpación cervical, tortícolis).

El diagnóstico se confirma mediante la exploración directa de la cavidad oral, rinoscopia anterior o nasofibrolaringoscopia.

CE en rinofaringe:

Se realiza rinoscopia anterior completada con una nasofibrosocopia con anestesia local. Los exáme-

(1) Becaria del Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Perón 4190. C.A.B.A., Buenos Aires, Argentina. Tel. 4959-0200.

(2) Jefe del Servicio de Endoscopia Respiratoria, Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". Pichincha 1850. C. A. B. A., Buenos Aires, Argentina. Tel. 4308-4300.

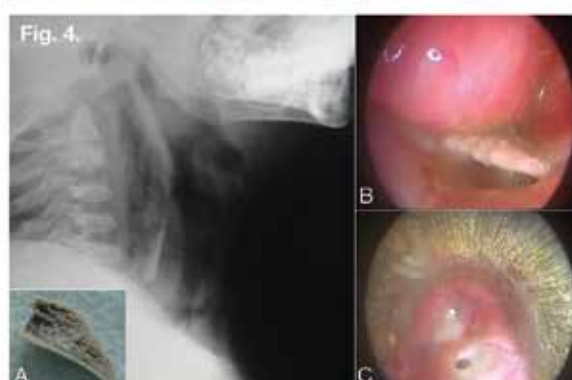
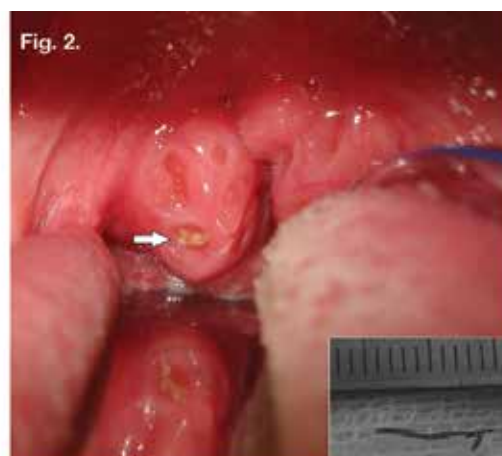


Figura 2. Cuerpo extraño en orofaringe (palito de orégano en amígdala) (flecha).

Figura 3. Cuerpo extraño en hipofaringe (lámina de aluminio).

Figura 4. Complicación por ingestión de cuerpo extraño (hueso de pollo). A. Radiografía cervical de perfil donde se observa enfisema retrofaríngeo. B. Imagen endoscópica del hueso de pollo en la hipofaringe. C. Imagen endoscópica posterior a la extracción donde se evidencia la perforación de la pared faríngea.

nes radiográficos raramente son indispensables en esta localización (Figura 1).

CE en orofaringe:

Se debe efectuar la exploración directa de la cavidad oral, con ayuda de un depresor lingual (habitualmente se enclavan en las criptas de las amígdalas o entre la amígdala palatina y el pilar anterior) (Figura 2). Si no se visualiza el CE, el examen se completa con un tacto digital suave de la base de la lengua, o con una nasofibroscofia con anestesia local.

CE en hipofaringe:

Se debe realizar una fibrolaringoscopia (buscar el CE dentro de la estasis salival) y radiografías (Figura 3).

Salvo en los CE limitados y fácilmente curables, se deben solicitar radiografías simples, cervical y torácica, en proyección anteroposterior y perfil (1). Permiten visualizar el CE si es radioopaco y descartar complicaciones. Las más habituales son la perforación de la pared mucosa faríngea y el abs-

ceso cervical. Signos de perforación son el enfisema retrofaríngeo (signo de Minigerode) y el neumomediastino (Figura 4).

Si no se evidencia el CE, puede ser útil citar al paciente 48 horas después, para evaluar la persistencia de los síntomas y efectuar un nuevo examen clínico.

Diagnóstico diferencial

Se deben considerar al CE en esófago y al absceso del espacio prevertebral (frecuente en menores de 3 años como consecuencia de adenoflemones) (2).

Tratamiento

El tratamiento depende de la localización del CE y de la presencia de lesiones asociadas. La extracción con anestesia general se efectuará en niños indóciles o CE profundamente enclavados. Se debe evaluar la necesidad de internación ante la presencia de complicaciones, lesión asociada o dificultad respiratoria.

CE en rinofaringe:

Se recomienda la remoción del CE bajo anestesia general e intubación endotraqueal, ayudándose de instrumentos ópticos endonasales, para su extracción por vía nasal o bucal (5).

CE en orofaringe:

Paciente sentado o acostado. Se le solicita que abra la boca, puede ayudarse con un bajalenguas. Los CE visibles son retirados con pinza bayoneta. Puede ser necesaria o no la anestesia local. En caso de localización menos accesible (vallécula) la extracción se realiza con anestesia local y una pinza de biopsia laríngea o de curvatura acentuada, o bajo anestesia general (5).

CE en hipofaringe:

Son retirados generalmente con anestesia general e hipofaringoscopia rígida. La utilización de un espejo laríngeo o un nasofaringoscopio y una pinza de prensión con anestesia local es una buena alternativa a la anestesia general, siempre y cuando el CE sea de pequeño tamaño y en un niño que colabore (1,4,5).

Se deben tratar las lesiones asociadas que se hayan producido. En caso de herida simple y poco profunda, el tratamiento antibiótico y los enjuagues bucales son suficientes. En los casos en que exista enclavamiento en profundidad del CE en la mucosa, herida profunda y mal limitada o ante la sospecha de complicación se debe indicar: internación, control de signos vitales, supresión de alimentación por vía oral, antibiótico parenteral, examen radiológico, y consulta al especialista (para evaluar sutura primaria de la mucosa bajo anestesia general o drenaje de la región en caso de diagnóstico tardío) (3).

Se debe derivar a un centro que cuente con los recursos para la correcta remoción del CE cuando no se disponga de las condiciones adecuadas para la extracción del mismo, cuando no se lo haya podido extraer o ante la sospecha de CE en faringe que no se ve, incluso con radiografía negativa, ya que puede evolucionar hacia absceso parafaríngeo.

Complicaciones

Dentro de las complicaciones de un CE faríngeo se encuentran la perforación de la pared mucosa faríngea, la impactación del CE dentro de la laringe o el desplazamiento dentro del esófago, pudiendo comprimir la vía aérea y causar obstrucción, el absceso cervical y la mediastinitis (5).

Si no se diagnostica un CE en rinofaringe pueden aparecer complicaciones infecciosas locales y generales (broncopulmonares) y epistaxis por ulceración mucosa. Se pueden depositar concrecio-

nes calcáreas que agrandan el CE y hacen que su extracción resulte más compleja (son los rinolitos, una afección propia del adulto) (1).

Muchas de estas complicaciones se evitan con el diagnóstico precoz y el manejo adecuado. No se deben realizar intentos de extracción a ciegas ni explorar la hipofaringe con el dedo. Tampoco se debe inducir el vómito (riesgo de aspiración y perforación) (5). Se debe realizar el tratamiento adecuado de lesión asociada y no retrasar la extracción del CE. El retraso de 24 horas y un CE puntiagudo o de bordes afilados o cortantes aumentan significativamente el riesgo de complicaciones (1).

Conclusiones

Un CE faríngeo debe hacer sospechar una herida asociada hasta que se pruebe lo contrario, ya que es sobre todo esta última la que determina la conducta que se debe seguir y el pronóstico (1).

El impacto de un CE en la faringe produce sensación de molestia ("sensación de CE"). Sólo en un 30% de los casos se confirma la existencia del CE, siendo la clínica producida en el resto de los casos por lesión superficial en la mucosa (2).

El mejor tratamiento es la prevención. Es fundamental la educación de los padres y cuidadores del niño. El pediatra debe instruir a los padres sobre los riesgos dando normas de alimentación, sugerencias acerca del cuidado que debe tenerse con los objetos pequeños y asesoramiento sobre las características de los juguetes según la edad de los niños (6,7).

Bibliografía

1. Malard O, Beauvillain de Montreuil C. Cuerpos extraños y perforaciones de la faringe. *Encycl Med Chir. Otorhinolaryngologie* 20-620-A-10, 1998: 1-3.
2. Palop Herreros JM, Schneider Ribeiro M, Marco Algarra J. Cuerpos extraños en Otorrinolaringología. En *Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, Editorial Médica Panamericana, 2007: 307-17.
3. Gibson SE, Shott SR. Foreign Bodies of the Upper Aerodigestive Tract. En *The Pediatric Airway. An Interdisciplinary Approach*. Lippincott Company Philadelphia 1995: 195-222.
4. Cuestas G. Cuerpos extraños en faringe. IV Manual de la Asociación Argentina de Otorrinolaringología y Fonoaudiología Pediátrica. *Urgencias en ORL Pediátrica*. 2011; 112: 290-2.
5. Rodríguez H, Cuestas G. Cuerpos extraños en orificios y cavidades aéreas. *Urgencias en pediatría. Manual de procedimientos*. Iñón A, Vázquez Estévez J. Editorial Médica Panamericana. En prensa.
6. Rodríguez H, Botto H, Nieto M, Cocciaglia A, Gregori D. Cuerpos extraños en el esófago en los niños. *Serie de casos. Arch Argent Pediatr* 2013; 111: e62-5.
7. Rodríguez H, Passali GC, Gregori D, et al. Management of foreign bodies in the airway and oesophagus. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2012; 76 Suppl 1:84-91.