



P-579 - LIMITACIONES DE LA ENDOSCOPIA EN LA INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO

Monje Salazar, Cristina; Tapia Durán, Nuria; González Rojo, Pablo; Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: La atención en urgencias por ingesta voluntaria de cuerpo extraño es más frecuente en niños, pero también ocurre en adultos, generalmente ancianos, psiquiátricos o presos. La extracción endoscópica del cuerpo extraño debe ser una opción siempre contemplada con el fin de resolver el problema con la menor morbilidad asociada.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 36 años, trasladado desde prisión tras referir ingesta de cuerpo extraño hace 3 días, al parecer se trataba de un teléfono móvil pequeño. El paciente refiere que ha comenzado con dolor abdominal en las últimas 24 horas. A la exploración se encuentra hemodinámicamente estable, indicando dolor en epigastrio. El abdomen era blando, depresible y sin irritación peritoneal. Se solicita radiografía simple de abdomen en la que se objetiva claramente el cuerpo extraño alojado en cámara gástrica. Una vez identificado el cuerpo extraño en cámara gástrica, y descartadas complicaciones derivadas del mismo, se contacta con endoscopista de guardia para intento de extracción. El endoscopista, tras valorar el tamaño del cuerpo extraño, desestimó actuación por su parte alegando elevado riesgo de perforación esofágica. Teniendo en cuenta el tamaño y la batería del teléfono móvil, y al no poder ser extraído por vía endoscópica, se procedió a extracción mediante laparotomía media y gastrotomía.

Discusión: La ingesta de cuerpo extraño no siempre es relatada por el paciente y por ello debe incluirse en el diagnóstico diferencial en caso de obstrucción del tracto digestivo superior, diferenciándolo de otras causas como estenosis pépticas o tumorales. Además, es importante categorizar el tipo de cuerpo extraño ingerido, ya que en caso de objetos punzantes, objetos afilados o pilas, su extracción debe realizarse en las primeras 24 horas por el elevado riesgo de perforación. Aunque en la mayoría de los casos el manejo puede ser conservador, en ocasiones es necesario un abordaje endoscópico para intentar extracción del objeto por vía oral. En este caso, la forma del cuerpo extraño, su tamaño, y la pericia del endoscopista determinan las posibilidades de éxito. La cirugía debe quedar como último recurso para aquellos objetos no extraíbles endoscópicamente o para resolver complicaciones derivadas.