



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 262/388 - CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO

S. Rodrigo González<sup>a</sup>, A. Pérez Santamaría<sup>b</sup>, C. de Manueles Astudillo<sup>b</sup>, E. de Dios Rodríguez<sup>c</sup>, C. Montero Sánchez<sup>d</sup> y N. Diego Mangas<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud Casto Prieto. Salamanca. <sup>b</sup>Médico Residente. Centro de Salud San Juan. Salamanca. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 83 años de edad independiente, con antecedentes de deterioro cognitivo leve, HBP y sinusitis crónica en tratamiento con tamsulosina, Somnovit y Aerius. Acude a consulta traído por sus hijas aquejando: "Doctor desde hace 2 días no puedo tomar mi café del desayuno". Sus hijas refieren quejas de dolor centro torácico, opresivo, no irradiado y disfagia a sólidos y líquidos de 2 días de evolución. Automedicado con ibuprofeno 600 mg cada 8 horas e intento de vómito sin éxito ni mejoría. Niega ingesta y/o atragantamiento con alimentos. No disnea, ortopnea ni disnea paroxística nocturna. No cortejo vegetativo. Permite el descanso nocturno. Hábito intestinal conservado. No síndrome constitucional previo. Afebril.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 143/72 mmHg. FC 63 lpm. T<sup>a</sup> 36,7 °C. SatO<sub>2</sub> 96%. BEG, normohidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo. Tolera el decúbito. Colabora. CyC: no adenopatías laterocervicales. COF: sin hallazgos. Tórax: RsCsRs sin soplos audibles. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: discretamente distendido, no doloroso a la palpación. RHA presentes. No irritación peritoneal. No masas ni megalias. ECG: RS a 85 lpm; AQRS 0°; BICRDHH. Rx tórax urgente: imagen redondeada centrotorácica en posible relación con cuerpo extraño esofágico. El paciente es derivado a urgencias hospitalarias para valoración.

**Juicio clínico:** Disfagia a sólidos y líquidos probablemente secundaria a cuerpo extraño esofágico

**Diagnóstico diferencial:** Neoplasia faríngea/esofágica/digestiva. Neoplasias pulmonares. Cuerpo extraño esofágico.

**Comentario final:** Ante los hallazgos radiológicos el paciente es derivado al servicio de Urgencias donde es valorado por ORL, quienes realizan estudio de deglución y confirman la presencia de cuerpo extraño esofágico. Se realiza endoscopia urgente con extracción del mismo (esfera de un reloj). Posteriormente el paciente presenta como complicación neumomediastino secundario a una perforación esofágica cubierta cuya evolución tras ingreso será favorable. Ante un paciente mayor con estas características, por probabilidad, es importante hacer el diagnóstico diferencial con neoplasias, en este caso a nivel cervical y torácico. Debido a la estabilidad del paciente, se inició estudio en consulta para encaminar la posterior derivación a especializada. Muy importante hacer

hincapié en la ingesta de cuerpos extraños, sobre todo si estamos ante pacientes con deterioro cognitivo.

### **Bibliografía**

1. Montoro MA. Problemas comunes en la práctica clínica: gastroenterología y hepatología. Madrid: Jarpyo Editores, S.A.; 2006. p. 3-15.
2. Castell DO, Donner MW. Evaluation of dysphagia: a careful history is crucial. *Dysphagia*. 1987;2(2):65-71.