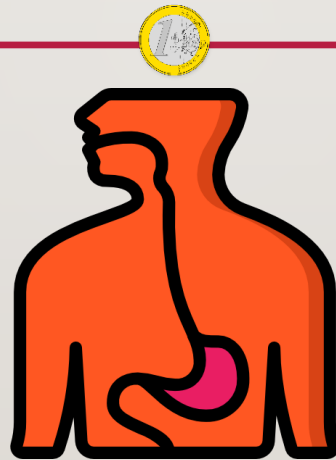
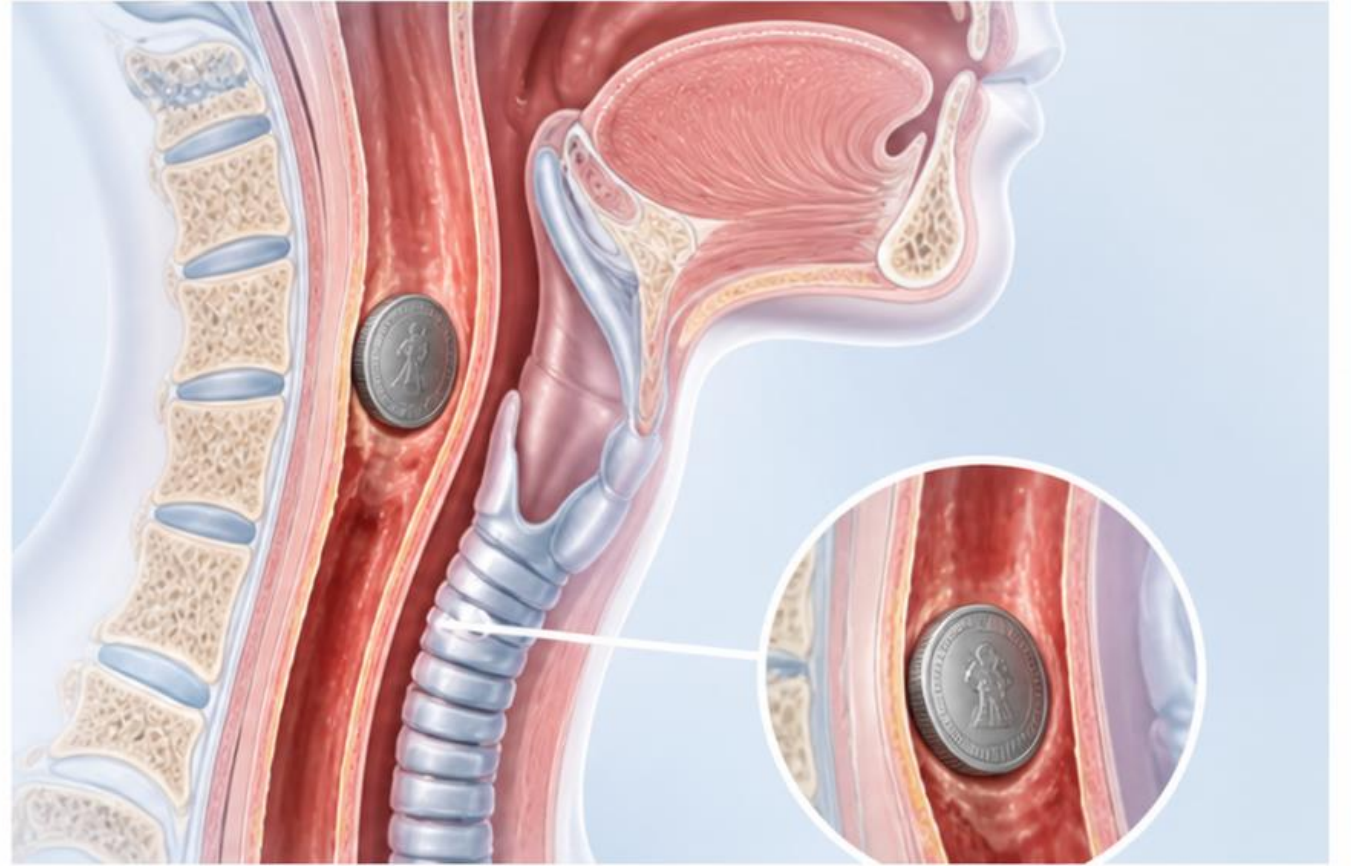


CUERPOS EXTRAÑOS E INGESTA DE CAÚSTICOS



PABLO ESPINEL PINEDO

INGESTA DE CUERPOS EXTRAÑOS



INTRODUCCIÓN (I)



Segunda causa de urgencia endoscópica.



2 grupos:

- **Ingesta de objeto extraño:** más frecuente en niños > ancianos, pacientes psiquiátricos y presos.
- **Impactación de bolo alimenticio:** más frecuente en adultos.



10-20% requiere endoscopia y **<1%** cirugía.



Ingesta de objeto extraño

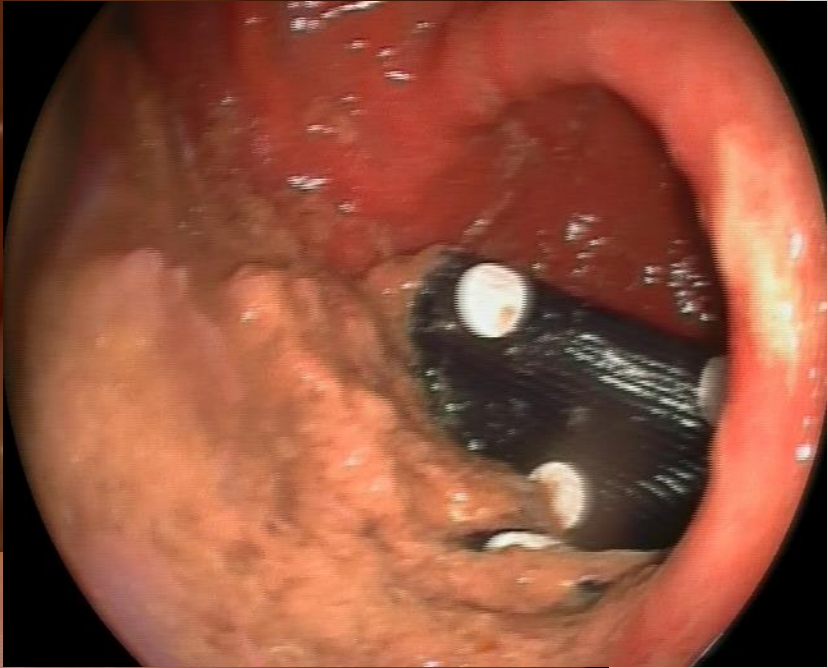
Más frecuente en niños > ancianos, pacientes psiquiátricos y presos.



Impactación de bolo alimenticio

Más frecuente en adultos.

¿QUÉ NOS HEMOS ENCONTRADO NOSOTROS?



omment

i-scar

DIAGNÓSTICO



1. CLÍNICA

- Disfagia aguda
- Dolor retroesternal
- Vómitos

⚠ La localización del dolor **NO** predice el lugar de impactación.



2. SIGNOS DE ALARMA

- **Obstrucción completa**
→ sialorrea + incapacidad para líquidos
 - **Sospecha de perforación**
→ fiebre, taquicardia
→ enfisema subcutáneo
→ dolor cervical/torácico
- Realizar TC



3. CONTEXTO CLÍNICO

- 75% patología esofágica previa (estenosis, esofagitis eosinofílica)



4. PRUEBAS DE IMAGEN

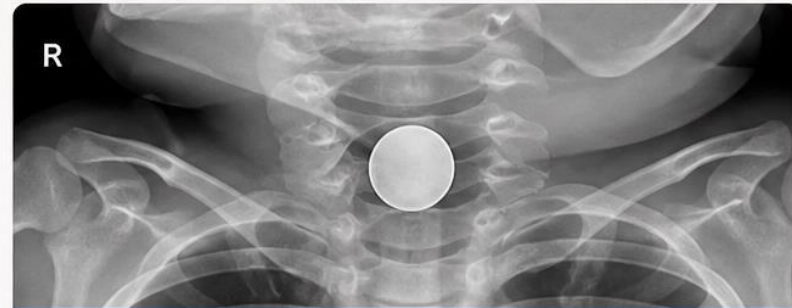
- Rx si objeto radiopaco o desconocido
- No útil en bolo alimenticio



IDENTIFICAR SIGNOS DE ALARMA CONDICIONA LA URGENCIA



BOLO ALIMENTICIO IMPACTADO (ENDOSCOPIA)



CUERPO EXTRAÑO RADIOPACO (RX)



ENFISEMA SUBCUTÁNEO (SIGNO DE PERFORACIÓN)

TRATAMIENTO (II)



TRATAMIENTO MÉDICO:

➤ GLUCAGÓN:

- **No** diferencias con respecto a placebo en éxito terapéutico.
- Mayor tasa de **eventos adversos** (náuseas y vómitos).

➤ BEBIDAS CARBONATADAS:

- Muy poca evidencia científica.
- Pueden ayudar a resolución espontánea con poco riesgo.
- **Nunca retrasar la endoscopia!!**



**LA ENDOSCOPIA NO DEBE RETRASARSE
POR INTENTOS TERAPÉUTICOS**



TRATAMIENTO (III)

ENDOSCOPIA



EMERGENTE (<6 horas | ideal <2 horas)

- Obstrucción esofágica completa.
- Objetos afilados en esófago.
- Pilas de botón en esófago.



URGENTE (<24 horas)

- Resto de cuerpos extraños esofágicos.
- Cuerpos extraños en estómago/duodeno:
 - > 5 cm de diámetro
 - Objetos afilados, pilas de botón e imanes.



NO URGENTE (dentro de las 72 horas)

- Objetos romos de tamaño mediano en el estómago.



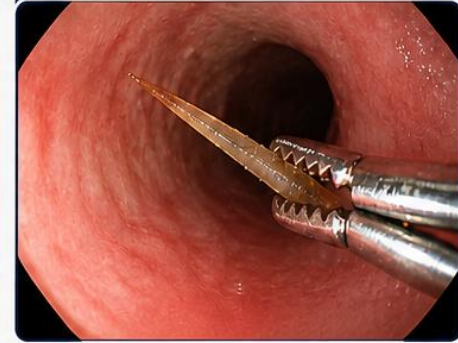
PROGRAMADA

- Cuerpos extraños en estómago/duodeno con ausencia de progresión radiológica en 3-4 semanas.

PILA BOTÓN EN ESÓFAGO: LESIÓN TISULAR



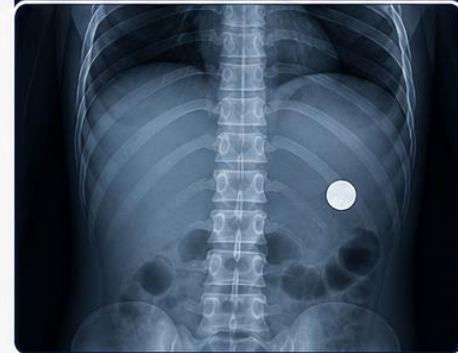
OBJETO AFILADO EN ESÓFAGO: EXTRACCIÓN



OBJETO ROMO DE TAMAÑO MEDIANO EN ESTÓMAGO



SEGUIMIENTO: SIN PROGRESIÓN RADIOLOGÍA



EL TIEMPO DEPENDE DEL RIESGO DE COMPLICACIÓN

TRATAMIENTO (VI)



TRAS ÉXITO ENDOSCÓPICO
pueden ser dados de alta.



¿CUÁNDO LE INGRESO TRAS LA ENDOSCOPIA?

- 1** Ingesta de múltiples objetos o con riesgo de complicaciones.
- 2** Daño mucoso extenso.
- 3** Objetos afilados, pilas de botón o imanes que no puedan ser retirados.



PILA DE BOTÓN EN ESÓFAGO:
lesión tisular



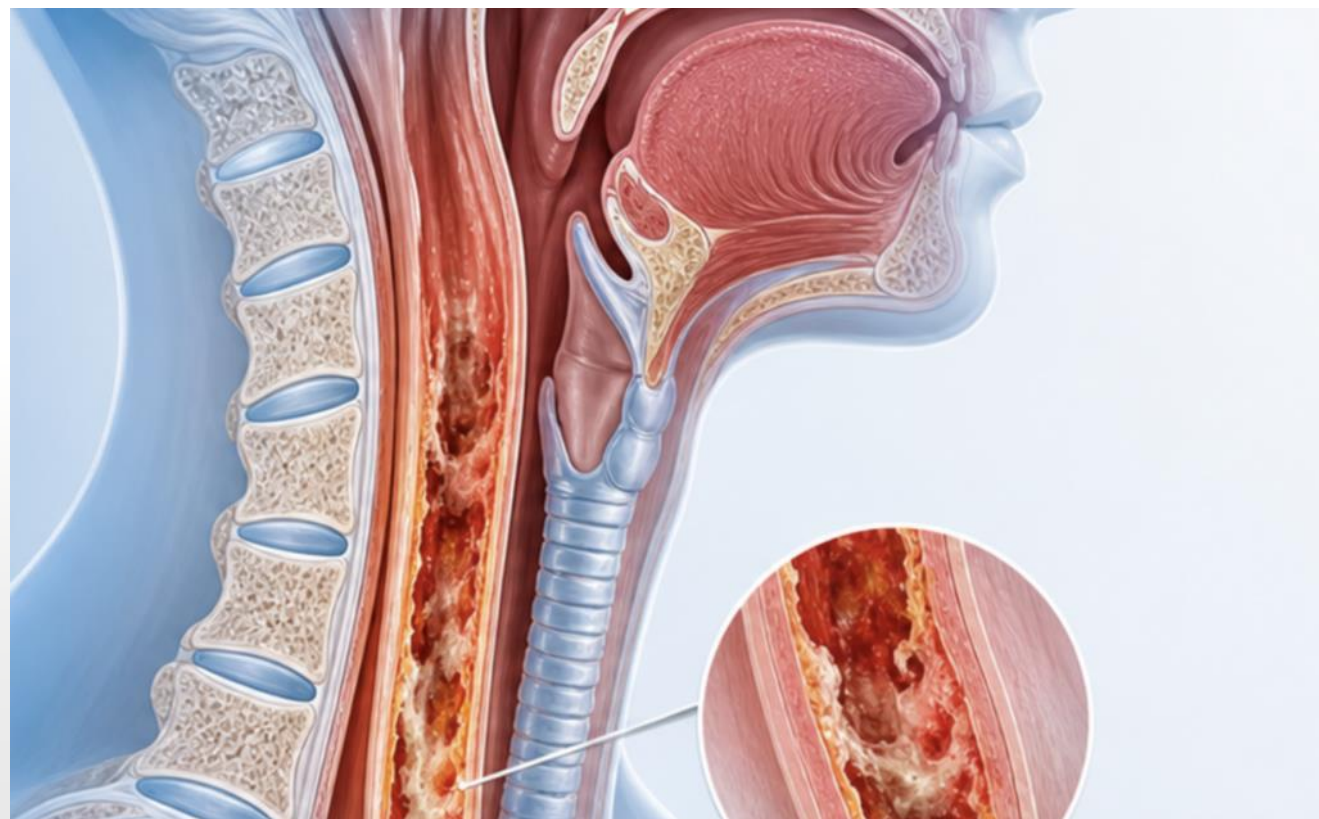
OBJETO AFILADO EN ESÓFAGO:
extracción endoscópica



RECUERDA:

El ingreso se decide en función del riesgo de complicaciones posteriores.

INGESTA DE CÁUSTICOS



INTRODUCCIÓN



- En **niños**, ingesta accidental; en **adultos**, voluntaria con fines suicidas.



- **Determinantes de severidad:** forma física (sólido o líquido), tipo de sustancia, concentración y tiempo de contacto.



PARA RECORDAR



La **severidad** depende de la **sustancia**, concentración, forma física y tiempo de contacto.



En niños suele ser accidental; en adultos, a menudo intencional.



Una valoración temprana y adecuada es clave para prevenir complicaciones.

EJEMPLOS DE SUSTANCIAS CÁUSTICAS



ÁCIDOS
(limpiadores, desincrustantes)



ÁLCALIS
(sosa cáustica, amoníaco)



SOLVENTES
(disolventes, detergentes)





DIAGNÓSTICO



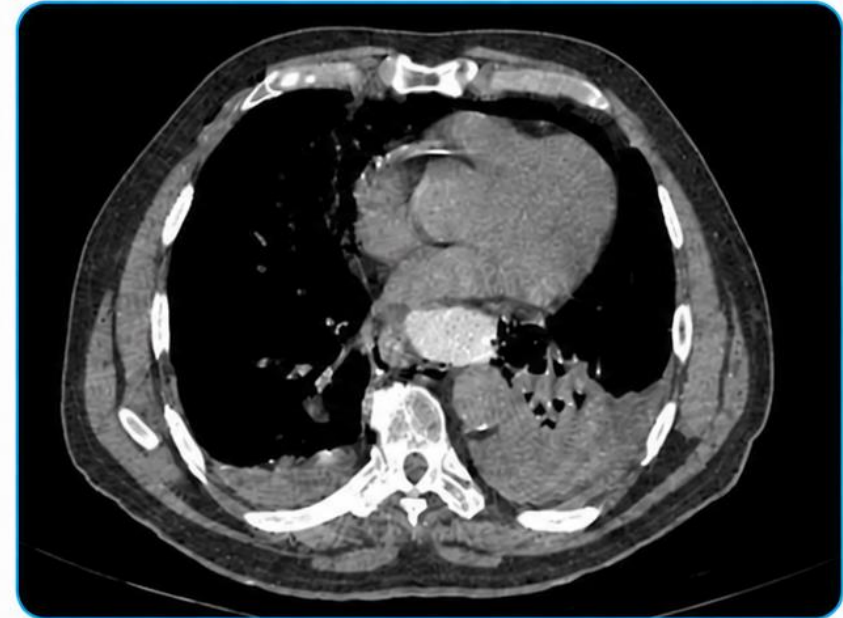
- **CLÍNICA:** dolor orofaríngeo, retroesternal o epigástrico, disfagia/ odinofagia, hipersalivación. **NO** correlación entre síntomas y severidad de las lesiones.



- Si estridor, disfonía, disnea → **afectación laríngea** (ORL: valorar intubación).



- **TC abdominal** si sospecha de perforación (enfisema subcutáneo, dolor retroesternal severo, abdomen agudo) → **Cirugía**.



PUNTOS CLAVE



Los síntomas **NO** predicen la severidad de las lesiones.



La **TC abdominal** está indicada ante sospecha de perforación.



La **cirugía** está indicada si hay perforación o abdomen agudo.

TRATAMIENTO (I)



TRATAMIENTO MÉDICO



Mantener estabilidad clínica y hemodinámica: fluidoterapia, antieméticos, O₂.



NO colocar SNG (induce náuseas y vómitos).



Evitar agentes neutralizantes o corticoides.



IBPs IV para profilaxis de úlcera de estrés.



Antibióticos si sospecha de perforación.



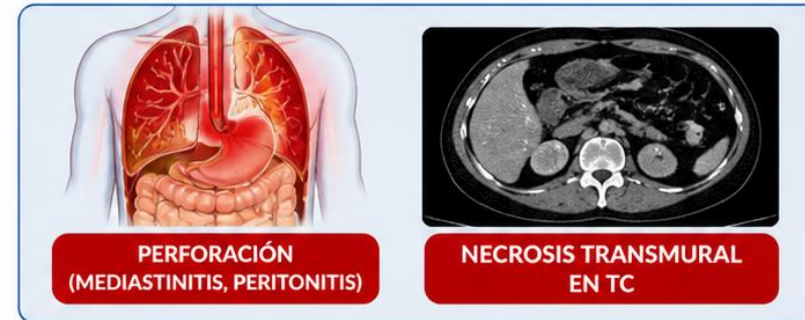
CIRUGÍA



Signos clínicos de perforación (mediastinitis, peritonitis).



Necrosis transmural en TC.



Si inestabilidad hemodinámica o necesidad de ventilación mecánica → **UCI**

TRATAMIENTO (II) - ENDOSCOPIA



INDICACIONES

- Pacientes sintomáticos
- Lesiones en cavidad oral
- Ingesta:
 - >200 mL
 - Alta concentración



CONTRAINDICACIONES

- Inestabilidad hemodinámica
- Insuficiencia respiratoria
- Sospecha de perforación



TIEMPO



<48 horas



Preferible <24 horas



CLASIFICACIÓN DE ZARGAR

- > Evalúa **gravedad** endoscópica
- > Determina **manejo y pronóstico**



MENSAJE CLAVE:



ENDOSCOPIA PRECOZ (<24 h) SALVO CONTRAINDICACIÓN

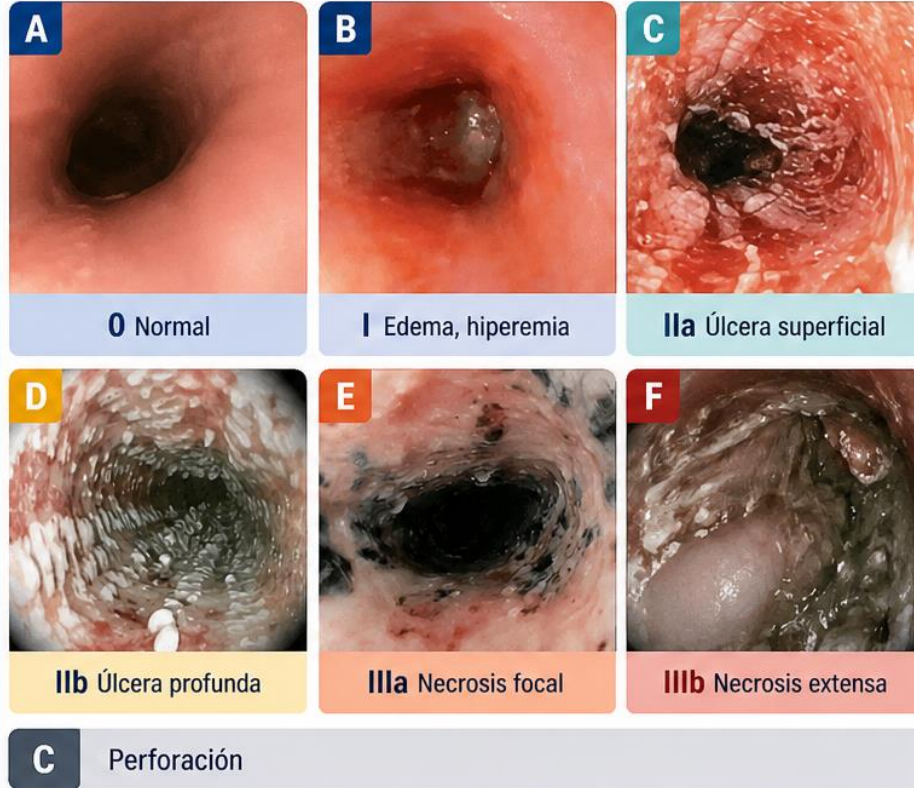
TRATAMIENTO (III) – CLASIFICACIÓN DE ZARGAR



CLASIFICACIÓN DE ZARGAR EN LESIONES POR CÁUSTICOS

0	Normal	
I	Edema, hiperemia de la mucosa sin pérdida de tejido	
IIa	Úlceración superficial localizada, exudado, hemorragia	
IIb	Úlceraciones circunferenciales o profundas	
IIIa	Áreas focales de necrosis	
IIIb	Áreas extensas de necrosis	
C	Perforación	

IMÁGENES ENDOSCÓPICAS REPRESENTATIVAS









MENSAJE CLAVE:

La clasificación de Zargar determina la gravedad de la lesión y guía el manejo y pronóstico del paciente.

TRATAMIENTO (III)

CLASIFICACIÓN DE ZARGAR EN LESIONES POR CAÚSTICOS

0	Normal	
I	Edema, hiperemia de la mucosa sin pérdida de tejido	
IIa	Ulceración superficial localizada, exudado, hemorragia	
IIb	Ulceraciones circunferenciales o profundas	
IIIa	Áreas focales de necrosis	
IIIb	Áreas extensas de necrosis	
C	Perforación	



Zargar 0:

alta con tratamiento sintomático.



Zargar I y IIa:

alta con tolerancia líquida →
dieta blanda en 24-48 horas.



Zargar IIb, IIIa y IIIb:

INGRESO en dieta absoluta →
tolerancia líquida a las 48 horas si
no disfagia. Observación cuidadosa
1 semana (riesgo de perforación).



Zargar C:

perforación.
Cirugía urgente.



MENSAJE CLAVE:

La clasificación de Zargar determina la **gravedad de la lesión** y guía el **manejo y el pronóstico** del paciente.

**¡MUCHAS
GRACIAS!**

