



Pediatría

http://www.revistapediatria.org/
DOI: https://doi.org/10.14295/rp.v55iSuplemento 2.250



Reporte de caso

Diagnóstico tardío de ingestión de cuerpo extraño en un niño: reporte de caso

Delayed diagnosis of foreign body ingestion in a child: case report

Jorge Enrique Guzmán Vélez^a, Melissa Navarro Holguín^b, Daniela Montoya Rúa^b, Manuela Lince Restrepo^b

a. *Pediatra, Hospital Infantil Santa Ana, Medellín – Colombia.*

b. *Médicas generales, Hospital Infantil Santa Ana, Medellín – Colombia.*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 12 de noviembre de 2020

Aceptado: 21 de febrero de 2023

Editor Jefe

Fernando Suárez-Obando

Palabras clave:

Esófago

Reacción a Cuerpo Extraño

Endoscopia

Informes de Casos

R E S U M E N

Antecedentes: la ingesta de cuerpos extraños es frecuente en la población pediátrica, puede presentarse con una gran variedad de síntomas y en ocasiones su diagnóstico puede ser tardío. **Reporte de caso:** paciente masculino de 2 años, sin antecedentes personales de relevancia con historia de 4 meses de evolución de estridor inspiratorio y tos húmeda. Al examen físico se encontraba con signos de dificultad respiratoria y estridor inspiratorio continuo. Inicialmente fue diagnosticado con laringotraqueítis aguda y tratado con nebulizaciones hipertónicas y esteroide intravenoso sin mejoría aparente de los síntomas. Se realizó radiografía de tórax en proyecciones AP y lateral que mostró cuerpo extraño de características metálicas localizado en la región superior del esófago. Se realizó endoscopia digestiva superior obteniendo una moneda. **Discusión:** la ingesta de cuerpos extraños en niños pequeños es común. La mayoría logran pasar el tracto gastrointestinal sin generar daño, sin embargo, algunos cuerpos extraños pueden causar morbilidad significativa. El diagnóstico puede retrasarse especialmente si la ingesta no fue identificada por otra persona o si no se tiene en cuenta esta condición en los diagnósticos diferenciales. **Conclusión:** este reporte de caso destaca la importancia de reconocer los síntomas respiratorios raros y a menudo olvidados causados por la ingestión de cuerpos extraños para evitar retrasos en el diagnóstico y su tratamiento.

A B S T R A C T

Background: ingesting foreign bodies is frequent in the pediatric population; it can present with various symptoms, and sometimes its diagnosis can be late. **Case report:** a two-year-old

*Autor para correspondencia. Manuela Lince Restrepo

Correo electrónico: manulincerestrepo@gmail.com

Keywords:

Esophagus
Foreign-Body Reaction
Endoscopy
Case reports.

male patient with no relevant history with a four-month inspiratory stridor and wet cough history. He revealed signs of respiratory distress and continuous inspiratory stridor on physical examination. Initially, he was diagnosed with acute laryngotracheitis and treated with hypertonic nebulization and intravenous steroids with no apparent improvement in symptoms. An AP and lateral chest X-ray showed a foreign body with metallic characteristics located in the upper region of the esophagus. Upper digestive endoscopy was performed, obtaining a coin. **Discussion:** the ingestion of foreign bodies in young children is common. Most make it through the gastrointestinal tract harmlessly; however, some foreign bodies can cause significant morbidity. The diagnosis can be delayed, especially if another person did not identify the ingestion or if this condition is not considered in the differential diagnoses. **Conclusion:** This case report highlights the importance of recognizing rare and often forgotten respiratory symptoms caused by foreign body ingestion to avoid delays in diagnosis and treatment.

Introducción

La ingesta accidental de cuerpo extraño (CE) en la población pediátrica es frecuente y es la segunda causa de endoscopia digestiva superior urgente luego de la hemorragia digestiva (1). En Colombia la incidencia fue de 3.5 casos x 100. 000 niños en el 2015 y los objetos encontrados fueron monedas (27.9 %), objetos romos (24. 3 %) y objetos cortopunzantes (17. 6 %) (2).

De acuerdo con la Asociación Americana del Control de Intoxicaciones de Estados Unidos (NPDS por sus siglas en inglés) en el 2018, el 95.2 % de la ingestión de cuerpos extraños se produjo en niños menores de cinco años y los objetos más frecuentes fueron: desecantes (bolsas desecantes de gel de sílice), monedas y juguetes pequeños (3).

La mayoría de los casos son accidentales (3) y tienen un pico de incidencia entre los 6 meses y los 6 años lo cual se relaciona con la naturaleza curiosa de los niños en esta edad. Hasta un 50 % de pacientes se encuentran asintomáticos y cuando desarrollan síntomas son inespecíficos según la localización del CE, el tipo de obstrucción, el tamaño del objeto y el tiempo de la impactación (4).

El objetivo de este reporte es presentar la historia de un preescolar con diagnóstico tardío de ingesta de CE. Se obtuvo consentimiento informado a la madre. Se garantizó la confidencialidad de la información. Se cumplieron las normas éticas internacionales para investigación relacionada con la salud con

seres humanos, (CIOMS). Manuscrito preparado según guía CARE para reporte de casos (6).

Descripción del caso

Niño de dos años, sin antecedentes patológicos. Llevado por urgencias por un cuadro clínico de 20 días de evolución consistente en tos húmeda y estridor inspiratorio. Al ingreso con retracciones subcostales y frecuencia respiratoria de 40 por minuto. Se consideró el diagnóstico de laringotraqueítis aguda («Croup» «Crup»). Los paraclínicos mostraron hemograma con anemia microcítica e hipocrómica y leucocitosis a expensas de linfocitos. Recibió tratamiento con dexametasona 8 mg intravenosa y nebulizaciones de solución salina hipertónica cada 4 horas.

El niño persistió con síntomas respiratorios y fue remitido para valoración por pediatría quien inicialmente consideró el diagnóstico de bronquiolitis por la tos húmeda, no cianosante, no emetizante y no rubicundizante. El panel viral (*Influenza A y B, Parainfluenza 1-2-3, Adenovirus, Virus Respiratorio Sincitial y Metapneumovirus*) resulto negativo. Radiografía de tórax (RX) anteroposterior (AP) y lateral mostró imagen de densidad metálica, redondeada de 26 mm de diámetro en región superior del esófago compatible con CE (Ver imagen 1).

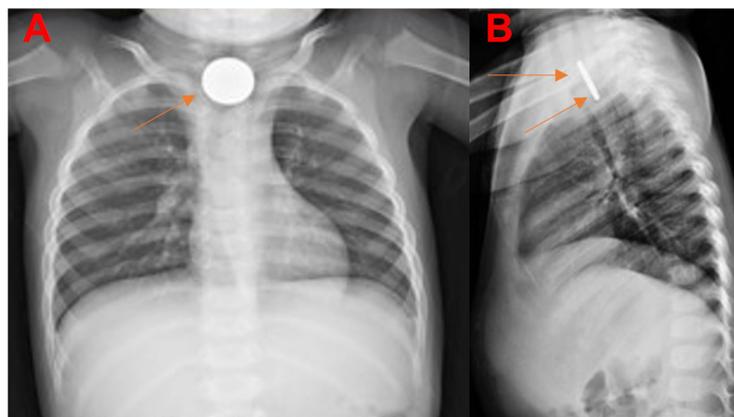


Imagen 1. RX tórax AP (A) y lateral (B). Objeto metálico en esófago y compresión de la tráquea

La madre al ser entrevistada nuevamente refirió que cuatro meses atrás el padre presenció cuando el niño ingirió una moneda de forma accidental mientras jugaba. El padre intentó extraerla sin éxito. De inmediato, los padres acudieron con el niño al servicio de urgencias donde le realizaron RX de abdomen en proyección anteroposterior y lateral en las cuales no se observó el CE y el niño es dado de alta. (Ver imagen 2).

Luego de realizar el diagnóstico de CE en esófago, el niño fue trasladado a un hospital donde le realizaron endoscopia digestiva superior sin complicaciones, con extracción del objeto extraño, el cual era una moneda.

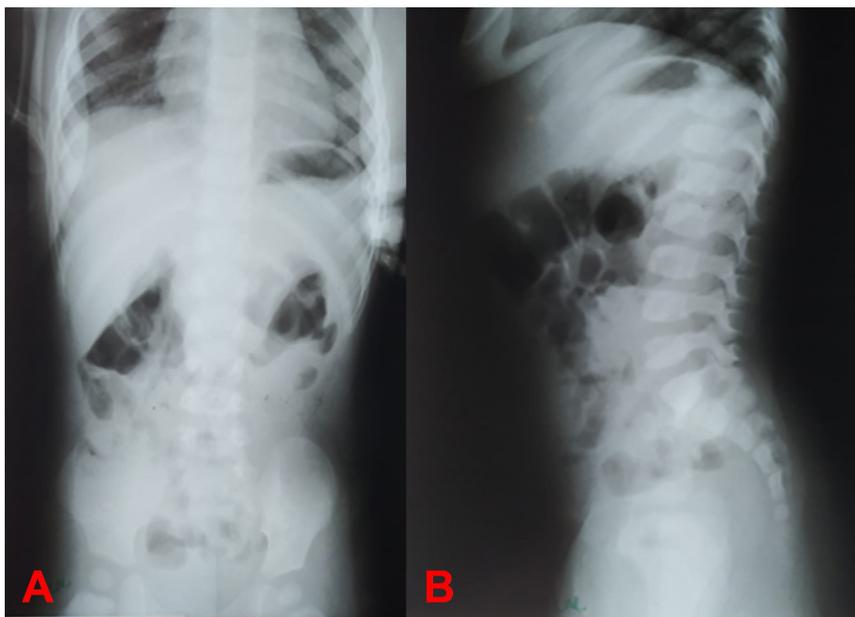


Imagen 2. RX AP (A) y lateral (B) de abdomen cuatro meses antes del diagnóstico de cuerpo extraño en esófago. No se observa el cuerpo extraño, ni signos de obstrucción intestinal

La mayoría de los cuerpos extraños son retenidos en el esófago debido a su estrechez fisiológica y un 70 % se alojan en el tercio proximal (8), como ocurrió en este caso. En un estudio de seguimiento de casos durante 15 años Arana et al, encontraron que el 60 % se alojaban en el estómago, 20 % en esófago y 11 %, en el intestino delgado (9).

Los síntomas más frecuentes son sialorrea, disfagia y odinofagia (10). Hasta un 50 % son asintomáticos (11). Los diagnósticos tardíos pueden debutar con fiebre, pérdida de peso, anorexia y falla de medro (5).

Como la tráquea en los niños tiene un diámetro menor, es suave y flexible es frecuente encontrar síntomas respiratorios por compresión extrínseca (tos, estridor y sibilancias) (5)(12), lo cual concuerda con nuestro caso.

En la mayoría de los pacientes, el examen físico es normal (11), a menos que exista compromiso de la vía aérea en el caso de aspiración de CE, donde es posible encontrar hipoventilación pulmonar en el lado comprometido hasta en un 61 % (13).

Hasta un 40 % de los casos no son presenciados por un adulto y no hay historia clara de CE (2). Ante la sospecha clínica, es

Discusión

Se describió el caso de un preescolar con estridor inspiratorio el cual fue enfocado clínicamente como una infección respiratoria de etiología viral la cual a pesar del tratamiento convencional no mejoró por lo cual se realizó radiografía de tórax que mostró un objeto extraño en esófago. La ingestión de cuerpos extraños en niños es la cuarta causa más común de muerte accidental en Estados Unidos (7) En Colombia se dispone de una incidencia aproximada de 3.5 casos por cada 100 000 niños y 60 % de los casos de sexo masculino (2).

importante solicitar una RX de tórax anteroposterior y lateral incluso en ausencia de síntomas clínicos (13). Un 30 a 50 % de las imágenes son normales, pero es posible detectar signos indirectos como atelectasias, infiltrados intersticiales, atrapamiento de aire, colapso lobar y neumonía. Se sugiere proyecciones en inspiración y espiración forzada y comparar con RX reciente de ser por posible ya que el CE puede movilizarse (11).

Existe gran variedad de objetos de riesgo, sin embargo, las monedas son las más comunes con una incidencia de 15 % a 52 % (4). Las baterías, reportadas en menor frecuencia, pueden producir rápida injuria esofágica, corrosión de la mucosa y necrosis por lo que el diagnóstico y tratamiento precoz son de importancia (14).

La extracción del CE en las primeras 24 horas se asocia con buen pronóstico. Savitt y cols., reportaron cinco casos de pacientes entre 8 meses y 4 años, los cuales consultaron en múltiples ocasiones por síntomas gastrointestinales o respiratorios en quienes al no observar mejoría sintomática, fueron evaluados con RX que mostraron la impactación de la moneda en el esófago (15).

En un estudio argentino retrospectivo de pacientes con CE en vía digestiva, se encontró que la extracción ocurrió en las primeras 24 horas en el 17.9 % de los casos, luego de 15 días en el 46.4 %, entre 1 y 4 meses en el 32.1 % y entre 1 y 2 años en el 3.5 % de los casos (16). El retraso en el tratamiento se ha asociado a mayor número de complicaciones como perforación esofágica, fístula traqueoesofágica y mayor estancia hospitalaria (15). El tratamiento en todos los casos se basa en la extracción bajo sedación o anestesia del CE mediante endoscopia digestiva o broncoscopia según la localización de este (5).

Conclusiones

Se presentó un caso clínico de un preescolar con un CE en la vía digestiva el cual generó síntomas respiratorios como manifestación clínica. Una anamnesis completa y la consideración de diagnósticos diferenciales ante la no mejoría clínica fueron claves para el diagnóstico.

Conflictos de interés Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

- Daza W, Sánchez E, Urueña M. Urgencias pediátricas: cuerpos extraños en el tracto digestivo alto. *Temas Pediatr Nestle Nutr Inst Colomb*. 2008;25(1):25.
- Ortiz MA, Navia LA, González C. Caracterización de los pacientes pediátricos con ingestión de cuerpo extraño que ingresaron al servicio de urgencias de una institución de cuarto nivel. *Pediatría*. 2015;48(2):55-60.
- Gummin DD, Mowry JB, Spyker DA, Brooks DE, Beuhler MC, Rivers LJ, et al. 2018 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 36th Annual Report. *Clin Toxicol*. 2019;57(12):1220-413.
- Wright CC, Closson FT. Updates in pediatric gastrointestinal foreign bodies. *Pediatr Clin North Am*. 2013;60(5):1221-39.
- Louie MC, Bradin S. Foreign Body Ingestion and Aspiration. *Pediatr Rev*. 2009;30(8):295-301.
- CARE Checklist [Internet]. CARE Case Report Guidelines. [citado 10 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.care-statement.org/checklist>
- Smith MT, Wong RKH. Foreign bodies. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2007;17(2):361-82, vii.
- Cheng W, Tam PKH. Foreign-body ingestion in children: Experience with 1,265 cases. *J Pediatr Surg*. 1999;34(10):1472-6.
- Arana A, Hauser B, Hachimi-Idrissi S, Vandenplas Y. Management of ingested foreign bodies in childhood and review of the literature. *Eur J Pediatr*. 2001;160(8):468-72.
- Ospina Nieto J, Castrillón ME. Cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal en niños. *Foreign bodies in gastrointestinal tract in children*. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2008;23:233-8.
- Trujillo ML, Villamizar JE. Cuerpos extraños en vía aerodigestiva en los niños. Experiencia de siete años, Hospital Universitario Erasmo Meoz. *MedUNAB*. 2008;11:195-200.
- Virgili D, Weinberger JM, Fisher D, Goldberg S, Picard E, Kerem E. Vocal cord paralysis secondary to impacted esophageal foreign bodies in young children. *Pediatrics*. 2001;107(6):E101.
- Grover S, Bansal A, Singhi SC. Airway Foreign Body Aspiration. *Indian J Pediatr*. 2011;78(11):1401-3.
- Bolton SM, Saker M, Bass LM. Button battery and magnet ingestions in the pediatric patient. *Curr Opin Pediatr*. 2018;30(5):653-9.
- Savitt DL, Wason S. Delayed diagnosis of coin ingestion in children. *Am J Emerg Med*. 1988;6(4):378-81.
- Rodríguez H, Gregori D, Cuestas G, Botto H, Nieto M, Cocciaglia A, et al. Complicaciones debido a la aspiración de cuerpos extraños en niños. *Acta Otorrinolaringológica*. 2016;67(2):93-101.