

1130
1981



Universidad Nacional Autónoma de México

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"Dr. FEDERICO GOMEZ"



CUERPOS EXTRAÑOS EN VIAS RESPIRATORIAS Y DIGESTIVAS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA
P R E S E N T A
DR. ANTONIO MARTINEZ CASAS

Aprobada por el Comité de Obstrucciones

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1978-1981



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Página
I.- INTRODUCCION CUERPOS EXTRAÑOS VIAS RESPIRATORIAS	1
II.- MATERIAL Y METODOS	6
III.- DISCUSION	13
IV.- CONCLUSIONES	15
V.- INTRODUCCION CUERPOS EXTRAÑOS EN VIAS DIGESTIVAS	16
VI.- MATERIAL Y METODOS	19
VII.- DISCUSION	24
VIII.- CONCLUSIONES	26
IX.- BIBLIOGRAFIA	27

INTRODUCCION

CUERPOS EXTRANOS EN VIAS RESPIRATORIAS

Entendemos por aspiración de cuerpo extraño, al paso involuntario hacia la laringe, traquea o bronquios, de algún material de naturaleza orgánica o inorgánica, que establece de inmediato un proceso obstructivo en las vías respiratorias, que podrá ser de mayor o menor severidad dependiendo de la localización, forma, tamaño y naturaleza del objeto.

Es una de las causas de insuficiencia respiratoria, que se presenta con relativa frecuencia en el niño, comunmente se produce como un accidente, que va a dar una sintomatología tan aparatosa en un niño que anteriormente fué sano, no se le ha visto en niños que cursan con trastorno mental. La mayor incidencia se encuentra entre uno y tres años, disminuyendo en las edades mayores y menores a ésta.

Entre los factores que lo predisponen se encuentran: La dentición ausente o incompleta, lo que facilita una deficiente oclusión y prensión, la tendencia fisiológica a esta edad de llevarse los objetos a la boca, durante estas edades se presentan movimientos súbitos como consecuencia del llanto, tos,

gritos y risa, el diámetro reducido de las vías aéreas y la falta de educación en el hogar por parte de los padres.

Al árbol respiratorio pueden pasar una gran variedad de cuerpos extraños, de las formas más caprichosas y de tamaño muy variable, que desde luego tienen que ser más pequeños que los orificios de las vías respiratorias para poder entrar en ellas.

Por su naturaleza se clasifican en orgánicas, de origen vegetal como semillas de cacahuete, calabaza, granos de maíz, frijol, haba, piñón, semilla de capulín, chirimolla parota, sandía, grano de café, semilla de naranja, entre otras; de origen animal como huesos de pollo, de puerco, los más frecuentes, trozos de carne, caparazones de moluscos entre ellos un caracol.

Inorgánicos de estos metálicos como tachuelas, clavos, balas, casquillos, alfileres, aretes, partes de juguetes, tornillos, agujas prótesis dentarias, broches, arracadas, chinches, casquillos de lápiz, botones metálicos entre los que se ve con más frecuencia.

La manera de actuar de los cuerpos extraños es muy diferente, dependiendo fundamentalmente de su naturaleza, los de naturaleza inorgánica son mejor tolerados por la mucosa del tracto respiratorio, mejor aún los que no son oxidables o propensos a sufrir cambios con la humedad a que están expuestos.

Así la mucosa que está en contacto con el cuerpo extraño dará menor reacción inflamatoria o alérgica y la obstrucción por -

aumento de volumen del objeto al hidratarse y humedecerse no se presentará. En cambio los de naturaleza orgánica tienen en su composición elementos protéicos que producen localmente y a distancia fenómenos inflamatorios y alérgicos. La reacción local puede originar granulomas, el proceso inflamatorio evoluciona hacia la producción y retención de secreciones, y posteriormente infección secundaria.

Una vez alojado el cuerpo extraño en las vías respiratorias, los cambios dependerán de su localización, cuando se encuentra en la laringe modifica la movilidad de las cuerdas vocales y reduce la luz laríngea, por lo que los cambios de la fonación son inmediatos cuando se encuentra en la tráquea la obstrucción dependerá del tamaño del cuerpo extraño y puede desplazarse de la carina a la cara inferior de las cuerdas vocales con los movimientos respiratorios, cuando ha llegado a bronquios principales puede producir: obstrucción parcial permitiendo la entrada y salida de aire con menor intensidad que lo normal, sella la luz bronquial no permitiendo ni la entrada ni salida de aire, produce rápidamente atelectasia por obstrucción, permite la salida pero no la entrada, produciendo atelectasia y permite la entrada pero no la salida, produciendo enfisema obstructivo.

Ocurre frecuentemente en niños con buen estado de salud, muy frecuentemente con el antecedente de aspiración de cuerpo extraño, que presenta en forma brusca insuficiencia respiratoria intensa, otros en los que no existe el antecedente, la

sintomatología de un padecimiento crónico hace pensar y descartar esta patología.

Presentan como común denominador datos de insuficiencia respiratoria, al inicio en forma brusca y severa, disminuyendo posteriormente en intensidad y presentandose en forma intermitente, sobresalen en el período de insuficiencia respiratoria, - tos, disnea, cianosis, polipnea, tiros, originados por la obstrucción y que si continúa puede llegar a ipoxia, pudiendo dar lugar a la aparición de alteraciones de la conciencia como obnubilación, pérdida de la conciencia, convulsiones terminado en paro cardiorespiratorio.

pasado el periodo agudo de la obstrucción respiratoria, el cuerpo extraño toma acomodo en algún sitio, teniendo una calma aparente y persistiendo los síntomas con menor intensidad - además de los síntomas específicos dependiendo de la localización. cuando se encuentran en la laringe presentan disfonía, afonía, tos cruposa y estridor, cuando el cuerpo extraño ha pasado a la traquea aparecen crisis de insuficiencia respiratoria, lo que sucede principalmente durante la espiración y con la tos, para mejorar a la inspiración. si el cuerpo extraño es pequeño se alojara en un bronquio y encontraremos además de insuficiencia respiratoria tos espasmódica y productiva, cuando obtruye totalmente el bronquio, excluye el 50% del campo ventilatorio, lo que origina insuficiencia respiratoria severa. cuando el cuerpo extraño persiste en forma crónica produce cambios inflatorios, retención de secreciones origina

do un foco infeccioso, que será la causa de fiebre que presentan estos pacientes, cuya severidad dependerá de la magnitud de la obstrucción y del tiempo de evolución.

Al revisar al paciente frecuentemente lo encontramos cuando ha pasado la crisis de insuficiencia respiratoria severa, pero persisten los datos característicos, podemos oír el estridor, la disfonía y el característico ruido de bandera que sucede durante el tiempo expiratorio y que es originado por el golpe del cuerpo extraño en la cara inferior de las cuerdas vocales. De localización e intensidad variables hipomovilidad, submatidez o matidez, hipersonoridad e hipoventilación ya sea del lado derecho o del lado izquierdo y muy frecuentemente hipersonoridad compensatoria de un lado contralateral atelectasiado.

Las manifestaciones radiológicas son muy variables, desde una placa de torax normal, la que presenta un proceso bronconeumónico uni o bilateral, proceso neumónico, atelectasia, enfisema obstructivo, cuando el cuerpo extraño es radiolucido y los datos anteriores y la imagen del cuerpo extraño cuando es radiopaco.

Cuando un niño ha aspirado un objeto, hay que hacer hincapié que no se debe efectuar ninguna maniobra heroica, porque lo único que se hace es perjudicarlo, se debe mantenerlo en calma, llevarlo a una institución donde haya los elementos adecuados para su extracción, ya en el quirófano con el endoscopista y el anestesiológo preparados se procederá a extraerlo.

MATERIAL Y METODOS

Para este trabajo se revisaron los expedientes retrospectiva y prospectivamente comprendidos entre los años 1959 (enero) a 1981 (octubre) de cuerpos extraños en vías respiratorias. Siendo un total de 729 niños de los cuales se analizó sexo, edad, tiempo de evolución, tipo de cuerpo extraño, localización, cuadro clínico, hallazgos radiológicos, complicaciones, condiciones al salir y a cuantos se les practicó traqueostomía. Con el número total se verificó la frecuencia por año que fué de 33 - pacientes por año y 2.7 por mes.

Del total de pacientes 419 (57.4%) fueron del sexo masculino y 310 (42.5%) del sexo femenino, encontrando disceto predominio del sexo masculino.

La edad de los pacientes fluctuó entre 5 meses hasta 18 años, la mayor incidencia acurrió entre 1 y 3 años con 443 casos (60.7%) le sigue la frecuencia entre 3 y 10 años 201 casos (27.5%) y con menor frecuencia en menores de 1 año 59 casos (8.0%) y mayores de 10 años 26 casos (3.5%).

CUADRO # 1

EDAD	CASOS	%
1 AÑO	59	8.0
1 a 3 AÑOS	443	60.7
3 a 10 AÑOS	201	27.5
10 AÑOS	<u>26</u>	3.5
TOTAL	729	

Se tomó como tiempo de evolución desde el inicio de la sintomatología de insuficiencia respiratoria variando desde menos de 24 horas hasta más de un año, el mayor número de pacientes - ocurrió entre 1 y 7 días 257 casos (35.2%), en segundo lugar acudieron los de menos de 24 horas 230 (31.5%), después los - que se presentaron entre 8 y 30 días 149 (20.4%), asistiendo al hospital en mayor número en los primeros 30 días 636 (87.1%). Siendo menor el número que llega después de 1 mes de evolu - ción.

CUADRO # 2

TIEMPO DE EVOLUCION	CASOS	%
24 HORAS	230	31.5
1 A 7 DIAS	257	35.2
8 A 30 DIAS	149	20.4
1 A 6 MESES	67	9.1
6 MESES A UN AÑO	7	.9
1 AÑO	3	.4
DESCONOCIDO	<u>16</u>	
TOTAL	729	

Una gran variedad de cuerpos extraños de las formas más caprichosas, fué extraído de las vías respiratorias, basados en la clasificación de orgánicos e inorgánicos, se encontro mayor frecuencia de los orgánicos y de éstos los de origen vegetal como semillas en 604 casos (82.86%), con menor frecuencia de - cascarras, fragmentos óseos, espinas de pescado en 38 casos - (3.06%) los de origen inorgánico fueron metálicos en 48 casos (6.5%) y fragmentos de plástico en 15 casos (2.0%).

CUADRO # 3

TIPO DE CUERPO EXTRAÑO	CASOS	%
SEMILLA VEGETAL	604	82.8
METALES	48	6.5
CASCARRAS	16	2.1
FRAGMENTO OSEO	16	2.1
PLASTICOS	15	2.0
ESPINA DE PESCADO	6	.8
OTROS	<u>24</u>	3.2
TOTAL	729	

De las diferentes localizaciones del cuerpo extraño en el árbol respiratorio, la traquea fué donde el cuerpo extraño se - encontro con mayor frecuencia, 328 casos (44.9%) seguido por los encontrados a nivel de bronquios 317 casos (43.4%), analizando la diferencia encontrada entre los bronquios, hubo mayor incidencia en el derecho 197 casos (27.0%), que en el iz-

quierdo, donde se le encontró en 120 casos (16.4%), con menor frecuencia se encontró en la laringe 78 casos (10.6%), no es-pecificándose en 6 casos (.8%)

CUADRO # 4

LOCALIZACION	CASOS	%
LARINGE	78	10.6
TRAQUEA	328	44.9
B. DERECHO	197	27.0
B. IZQUIERDO	120	16.4
NEGATIVO	<u>6</u>	.8
TOTAL	729	

En cuadro clínico fué tabulado en dos formas, uno desglosando los síntomas y otros etiquetado como insuficiencia respiratoria, que sumándolos nos dieron las siguientes cifras.

Tos, el síntoma que se encontró con más frecuencia, lo presentaron los 729 pacientes (100%), disnea en 462 casos (63.2%) - cianosis en 456 casos (62.4%), presentándose con menor frecuencia otros como estridor en 131 casos (17.9%), disfonía en 81 casos (11.1%) y fiebre en 75 casos (10.2%)

CUADRO # 5

CUERPOS EXTRAÑOS EN VIAS RESPIRATORIAS

ENERO 1959 A OCTUBRE 1981 (22 AÑOS)

<u>CUADRO CLINICO</u>	<u>CASOS</u>	<u>%</u>
TOS	584	80.1
DISNEA	317	43.4
CIANOSIS	311	42.6
ESTRIDOR	131	17.9
DISFONIA	81	11.1
PIEBRE	75	10.2

En los datos de la exploración física se suma los catalogados como insuficiencia respiratoria, dándonos las cifras siguientes.

Tiro intercostal es el que se encontró con más frecuencia, en 356 casos (48.7%), hipoventilación pulmonar 139 casos (19.0%) sin poder especificar derecha, izquierda o bilateral, ruido - de bandera en 56 casos (7.6%) y respiración asmatiforme en 31 casos (4.2%)

CUADRO # 6

<u>CUADRO CLINICO</u>	<u>CASOS</u>	<u>%</u>
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	145	19.8
TIRO INTERCOSTAL	211	28.9
HIPOVENTILACION PULMONAR	139	19.0
RUIDO DE BANDERA	56	7.6
RESPIRACION ASMATIFORME	31	4.6

Dentro de los hallazgos radiológicos, se encontró un gran porcentaje de pacientes que no presentaron alteraciones radiológicas, es decir con una placa de torax normal, 335 casos (45.9%)

Los signos indirectos encontrados, fueron atelectasia unilateral en 93 casos (12.7%), infiltrado bronconeumónico o neumónico uni o bilateral en 87 casos (11.9%), enfisema obstructivo unilateral 71 casos (9.7%), proceso bronquítico 23 casos (3.1%). El hallazgo del cuerpo extraño radiopaco se obtuvo en 90 casos (12.3%) y no se efectuó estudio radiográfico en 30 casos (4.1%).

CUADRO # 9

HALLAZGOS RADIOLOGICOS

	CASOS	%
NORMAL	335	45.9
ATELECTASIA	93	12.7
RADIOPACOS	90	12.3
<u>INFILTRADOR BRONCONEUMONICO O BRONCONEUMONICO</u>	87	11.9
ENFISEMA OBSTRUCTIVO	71	9.7
PROCESO BRONQUITICO	23	3.1
NO SE EFECTUO	<u>30</u>	4.1
TOTAL	729	

Las complicaciones en este estudio fueron de poca frecuencia y que se presentaron en 11 casos (1.5%) todos ellos secundarios a la presencia del cuerpo extraño. Se practicó en 23 casos (3.1%) y la mortalidad fué de 3 casos (.4%). El mayor número fué dado de alta en buenas condiciones.

DISCUSION

La aspiración de un cuerpo extraño, es un accidente, que se presenta con relativa frecuencia en los niños. Al principio de su manejo en esta institución, fué mayor el número, debido a que no existían otros centros hospitalarios con el equipo y el personal preparado, pero, a medida que se han establecido y mejorado la preparación en los últimos años, continua la misma incidencia pero disminuye la frecuencia en esta institución, habiendo sido notado por la disminución de los casos recopilados en los últimos años, con respecto a los primeros años del estudio.

En este trabajo se encontró predominio del sexo masculino con respecto al sexo femenino, no habiendo sido notoria la diferencia, confirmamos lo expuesto por otros autores y lo de experiencias anteriores, que la mayor incidencia ocurre entre 1 y 3 años, ya que los factores que los predisponen son mas notorios a esta edad.

Hacemos hincapié que no se presentó en niños con trastorno mental que todos los niños eran sanos anteriormente, activos y juguetones.

Ya que es un accidente que produce obstrucción de las vias -

respiratorias y un cuadro severo de insuficiencia respiratoria, el paciente tiene que ser llevado a un centro hospitalario para su atención.

Encontramos que la mayoría acudió en los primeros 7 días posteriores a la aspiración del cuerpo extraño y un gran porcentaje en el primer mes, esto es debido a que acudieron más rápido - aquellos que aspiraron un cuerpo extraño mayor, que impediría con mayor severidad el paso del aire a las vías respiratorias y a medida que va disminuyendo el tamaño, disminuirá la severidad de la insuficiencia respiratoria y que la naturaleza del cuerpo extraño en el caso de los vegetales produce alteraciones secundarias, que aumentan la severidad de la sintomatología. El menor porcentaje, es el de aquellos pacientes en los que el cuerpo extraño se ha fragmentado o es pequeño, que permite una función respiratoria aceptable o que es manifestado - por un proceso bronquítico o asmático de larga evolución o que casualmente, en una exploración o en un estudio radiológico es detectado, como son aquellos cuerpos extraños que siendo pequeños no sufren cambios dentro de las vías respiratorias como son los metales pequeños.

Se encontró que se aspira con más frecuencia los de naturaleza orgánica, semillas vegetales y en menor número los inorgánicos.

Hubo un gran porcentaje de pacientes que presentaron una RX de torax normal (45.9%) y que este número tuvo relación con la presencia de cuerpo extraño en traquea (44.9%).

CONCLUSIONES

- 1.- Es más frecuente en niños de 1 a 3 años de edad.
- 2.- El médico puede confundir esta patología, con infecciones respiratorias o procesos alérgicos.
- 3.- Una historia larga de neumonía recurrente, atelectasia o enfisema obstructivo, sugiere cuerpo extraño en vías respiratorias.
- 4.- Un niño con bronconeumonía que no responde al tratamiento médico debe ser sospechado, tener un cuerpo extraño.
- 5.- Los síntomas habituales son tos, disnea, cianosis, estertores e hipoventilación pulmonar.
- 6.- Deben tomarse radiografías de torax en A.P. y lateral incluyendo cuello.
- 7.- Un exámen radiográfico normal no excluye la posibilidad de cuerpo extraño.
- 8.- Un cuerpo extraño en vías respiratorias puede ser fatal.
- 9.- El endoscopista y el anesthesiólogo, deben de trabajar en forma estrecha.

INTRODUCCION

CUERPOS EXTRAÑOS EN VIAS DIGESTIVAS

Los cuerpos extraños en las vías digestivas, son una entidad frecuente en pediatría y se presentan al deglutir bruscamente el objeto que estaba en la boca.

La naturaleza del cuerpo extraño es muy variable, podemos clasificarlos en orgánicos e inorgánicos, de los inorgánicos encontramos monedas en un gran porcentaje, aretes, arracadas, fragmentos de metal, dijes, prendedores, seguros, alfileres, agujas, fistoles, botones metálicos entre otros, plásticos, como fragmentos de juguetes.

Actúan obstruyendo y comprimiendo el lumen y las paredes del esófago, siendo éstas de variable severidad dependiendo del tamaño y forma del objeto.

El cuadro clínico es variable, dependiendo de la localización, forma y tamaño del cuerpo extraño, estas manifestaciones son muy tempranas, siendo la queja del niño el no poder comer, es por esto que los niños son llevados rápidamente al médico. Cabe aclarar que hay muchos tienen el antecedente de estenosis esofágica secundaria a diferentes padecimientos como reflujo gastro esofágico, hernia hiatal, estenosis congénita de esófago.

go e ingestión de sosa caustica.

Los síntomas que se presentan con mayor frecuencia son disfa -
gia, sialorrea y vómito, en ocasiones este último es tan severo
que los puede llevar a la deshidratación, hay unos niños que
además de los síntomas digestivos presentan síntomas respirato
rio, como consecuencia de la compresión de la pared posterior
de la traquea.

Regularmente se obtiene el antecedente de cuerpo extraño, por
lo que se procede a efectuar estudio radiológico, siendo éste
una RX de torax A.P. T. lateral, incluyendo cuello, para faci -
litar la localización a este nivel, la RX lateral tiene gran -
importancia ya que ha habido niños que degluten dos cuerpos -
extraños, que no pueden ser vistos en una radiografía antero -
posterior, lo que si logra en una lateral. La fluroscopía es -
un método fácil, que fácilmente nos da el dato del cuerpo ex -
traño, estos dos estudios son de gran valor cuando el cuerpo -
extraño es radiopaco.

Ocasionalmente el cuerpo extraño es radiotransparente, por lo
que se tiene que efectuar un estudio con medio de contraste -
(esofagograma), para delimitar y localizar el objeto.

Confirmado el diagnóstico, si el cuerpo extraño se encuentra
a nivel de faringe, se efectúa revisión y extracción del obje -
to, cuando se encuentra a nivel del esofago, será necesario -
una endoscopía y extracción de éste bajo anestesia general e
intubación.

Cuando el objeto no puede ser extraído, debido a su forma, se empuja hacia el estómago si no existe estrechez esofágica que lo impida se vigila hasta ser evacuado.

La movilidad y mortalidad son bajas si se descubre y extrae a tiempo el objeto, antes de que produzca lesiones a las partes del esófago y órganos vecinos.

Las complicaciones que pueden presentarse después de la extracción del cuerpo extraño, son lesiones de la mucosa y sangrado, perforación por las maniobras y estenosis secundarias.

MATERIAL Y METODO

Para este trabajo se revisaron los expedientes, comprendidos - entre los años 1959 a 1981 de cuerpos extraños en vías digestivas, siendo un total de 954 casos, a los cuales se les analizó sexo, edad, tiempo de evolución, tipo de cuerpo extraño, localización, cuadro clínico, hallazgos radiológicos, complicacioones y condiciones al salir. Se verificó la frecuencia por año que fué de 43 casos, con un promedio de 3.6 casos por mes.

Cabe mencionar, que no se tabuló los niños que deglutieron un cuerpo extraño y que se encontró en estómago, que fueron cono - trolados en consulta externa de urgencias hasta ser evacuados, los cuales no presentaron ninguna complicación.

De los 954 casos 483 (50.3%) fueron del sexo masculino y 471 - (49.3%) del sexo femenino, encontrando predominio del sexo masuculino, no siendo notoria la diferencia.

La edad de los pacientes fluctuó desde 3 días a 16 años de - edad, con una mayor incidencia entre 3 y 10 años con 500 casos (52.4%), siguiéndole en frecuencia, entre 1 y 3 años con 334 - casos (35.0%) y se presentó relativamente en lactantes con 78 casos (8.1%) y en los mayores de 10 años sólo en 42 casos - (4.4%).

CUADRO # 8

EDAD	CASOS	%
DE 1 AÑO	78	8.1
1 A 3 AÑOS	334	35.0
3 A 10 AÑOS	500	52.4
DE 10 AÑOS	42	4.4

Al pasar un cuerpo extraño a vías digestivas, aparece rápidamente imposibilidad para deglutir otros alimentos, por lo que el niño es traído a consulta en forma rápida, debido a que no puede comer.

Encontramos que la mayor parte de los niños se presentaron en las primeras 24 horas, con 454 casos (47.5%), siendo notorio también el número de niños que se presentan en los primeros 7 días, 401 casos (42.0%), con menor frecuencia las evoluciones más prolongadas.

Siendo de 8 a 30 días 59 casos (6.1%), de 1 a 6 meses 19 casos (1.9%), solamente se encontró 3 casos (.3%) con evolución de más de un año. Hay un grupo, al cual por diferentes causas, no se pudo confirmar la evolución 18 casos (1.8%)

CUADRO # 9

<u>TIEMPO DE EVOLUCION</u>	<u>CASOS</u>	<u>%</u>
24 HORAS	454	47.5
1 A 7 DIAS	401	42.0
8 A 30 DIAS	59	6.1
1 A 6 MESES	19	1.9
1 AÑO	3	0.3
DESCONOCIDO	<u>18</u>	1.8
TOTAL	954	

Nos encontramos, que el tipo de cuerpo extraño es muy variable, son aquellos que llaman la atención al niño, un gran porcentaje, lo ocupan las monedas 757 casos (79.3%), le siguen en frecuencia los metales diversos 117 casos (12.2%), huesos 25 casos (2.5%), semillas 20 casos (2.6%), plásticos 8 casos (0.8%), bolo alimenticio 8 casos (0.8%) y otros 19 casos (1.9%).

CUADRO # 10

<u>TIPO DE CUERPO EXTRAÑO</u>	<u>CASOS</u>	<u>%</u>
MONEDA	757	79.3
METALES DIVERSOS	117	12.2
HUESOS	25	2.6
SEMILLAS	20	2.0
PLASTICOS	8	.8
BOLO ALIMENTICIO	8	.8
OTROS	<u>19</u>	1.9
TOTAL	924	

Por lo que respecta a la localización, la hemos clasificado en la via digestiva alta, formada por la orofaringe y el esófago, que éste último se divide en tercios, superior, medio e infe - rior y la baja, a partir del estómago.

Se encontró en orofaringe 66 casos (6.9%), la mayor frecuencia en tercio superior de esófago 802 casos (84.0%), tercio medio 41 casos (4.2%), tercio inferior 37 casos (3.8%), estómago 7 - casos (0.7%) y no especificándose en un caso.

CUADRO # 11

TERCIO SUPERIOR ESOFAGO	802	84.0
TERCIO MEDIO ESOFAGO	41	4.2
TERCIO INFERIOR ESOFAGO	37	3.8
ESTOMAGO	7	0.7
NO ESPECIFICADO	<u>1</u>	0.1
TOTAL	954	

La sintomatología es muy variable, es muy notorio el antecede - dente de ingestión del cuerpo extraño, aunque no pudo ser ta - bulado, encontrando como datos principales disfagia, sialorrea y vómito, otros con menor frecuencia como dolor retroesternal y sensación de cuerpo extraño.

Encontramos disfagia en 669 casos (70.0%), sialorrea en 427 ca - sos (44.7), vómito en 373 casos (39.0%), con menor frecuencia

odinofagia, fiebre, hematemesis, anorexia y deshidratación.

Se encontró que un porcentaje de estos pacientes, manifestaban síntomas respiratorios, como resultado de la compresión de la pared posterior la laringe y traquea, en 103 casos (11.0%).

CUADRO # 11

<u>CUADRO CLINICO</u>	<u>CASOS</u>	<u>%</u>
DISFAGIA	669	70.0
SIALORREA	427	44.7
VOMITOS	373	39.0
ODINOFAGIA	32	3.3
DOLOR RETROESTERNAL	20	2.0
SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO	20	2.0
FIEBRE	9	0.9
HEMATEMESIS	5	0.5
ANOREXIA	2	0.2
DESHIDRATAACION	2	0.2
SINTOMAS RESPIRATORIOS	105	11.0

Se dan de alta curados 951 casos (99.6%) y sólo hubo 3 defun-
ciones (9.03%). Habiendo una mortalidad muy baja.

DISCUSION

La deglución de un cuerpo extraño en un accidente frecuente en pediatría que es más notorio en el sexo masculino, siendo la edad más afectada, la escolar, entre los 3 y 10 años.

El cuerpo extraño que más se presentó en la edad escolar es la moneda, en el lactante encontramos el seguro o alfiler de seguridad, siendo en otras edades más variable el tipo de cuerpo extraño.

La localización más frecuente fué el tercio superior de esófago y la sintomatología manifestada por disfagia, sialorrea y vómito, encontrando que la queja principal de consulta, que refieren estos niños, es la dificultad para comer, habiendo otras manifestaciones entre las que se hacen notoria las eshidratación en dos casos como consecuencia de vómito persistente.

Como consecuencia de la dificultad para comer, el mayor porcentaje de pacientes se presentaron en los primeros 7 días posteriores a la deglución del cuerpo extraño.

Los datos radiológicos encontrados, son los de un objeto radiopaco, de forma variable, localizado en diferente altura del tubo digestivo, notado en una placa radiográfica o en fluorosc-

pta, debemos hacer notar que las placas radiográficas deben efectuarse en proyección A.P. y lateral debido a que encontramos 5 casos con dos monedas en esófago y que fué notado en la radiografía lateral, cuando el objeto es radiolucido, se practica esofágograma, debido a que éstos se presentaron en esófago, delimitándose el cuerpo extraño, no hubo datos directos radiológicos al cuerpo extraño, sino secundarios a otras alteraciones que produjeron estenosis esofágica.

La incidencia de mortalidad es baja encontrándose sólo 3 casos.

CONCLUSIONES

- 1.- Es más frecuente en niños de 3 a 10 años
- 2.- El mayor porcentaje asiste al hospital en los primeros 7 días después de deglutir el cuerpo extraño.
- 3.- El cuerpo extraño más frecuente fué las monedas.
- 4.- La mayor parte de los cuerpos extraños se localizaron en tercio superior de esófago.
- 5.- La triada sintomática es disfagia, sialorrea y vómito.
- 6.- Deben tomarse RX en A.P. y lateral incluyendo cuello.
- 7.- Se debe tener pendiente esta patología en aquellos niños - que presenten esténosis secundaria a otra patología.
- 8.- El endoscopista y el anestesiólogo, deben trabajar en forma estrecha.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Echeverría Alvarez. E. Cuerpos extraños en las Vias Aéreas y Digestivas, Bol. Hosp. Inf. Mex. IV: 129-141, 1947.
- 2.- Ediciones Médicas del H.I.M.: Insuficiencia Respiratoria por aspiración de cuerpo extraño. Urgencias Médicas. 165, 1961.
- 3.- Ediciones Médicas del H.I.M.: Cuerpos extraños en vias respiratorias en los niños. Urgencias Quirúrgicas en Pediatría, XV: Jornadas Pediátricas. 141, 1970.
- 4.- Gibbon, J.H.: Cuerpos extraños en las vias respiratorias. Cirugía Torácica, Salvat Editores 58, 1971.
- 5.- Hollinger, P.H.: Foreign bodies in the air and Food passages. Trans Amer. Acad. of Opthal. and Otolaryngol, 66:197-210, 1962.
- 6.- Hollinger, P.H.: Pulmonary Complications due to endobronchial foreign bodies. Reprinted from Illinois Medical Journal, V.93-1, 1948.
- 7.- Jackson, C. and Jackson, C.L.: Diseases of the air and food passages of foreign body. W.B. Saunders Company. Philadelphia.

Philadelphia, P.A. 1936.

8.- Kallay, F.: Treatment of airways with foreign bodies in -
infants. arch. Otolaryng. 88: 101-104, 1968.

9.- Hollinger, P.H.: Mechanical Problems Of foreign bodies in
the air food passages. Amer. Ac. Ofth. and Otolaryng. -
Course 333-1973.

10.- Kim, I.G.: Foreign body in the airway: A review of 202 ca
ses. Laryngoscope. 83:347-54, 1973.

11.- Pacheco, C.: Cuerpos extraños en las vias respiratorias.
Neumología La prensa Med. Mex. 161,1968.