

# Cuerpos extraños y perforación de la faringe

O. Malard, R. Wagner, C. Beauvillain de Montreuil

*Los cuerpos extraños y las lesiones de la faringe constituyen una urgencia medicoquirúrgica. Su grado de gravedad es muy variable, pero la posibilidad de que aparezcan complicaciones temibles, ya sean infecciosas o neurológicas, obliga a aplicar un tratamiento riguroso. La exploración física debe precisar siempre la extensión de las lesiones y buscar de forma sistemática la presencia de signos de gravedad que deben ser conocidos por el médico. La exploración endoscópica bajo anestesia general está justificada siempre que la exploración física simple sea insuficiente. La conducta práctica depende de la localización y de la extensión de las lesiones descubiertas, pero cualquier cuerpo extraño de la faringe debe extraerse.*

© 2009 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras Clave:** Lesión; Perforación; Cuerpos extraños; Mediastinitis; Absceso cervical; Endoscopia nasofaríngea; Rinolito; Signo de Minnegerode

## Plan

■ <b>Introducción. Generalidades</b>	1
■ <b>Datos epidemiológicos</b>	1
■ <b>Clínica</b>	2
Localización rinofaríngea	2
Localización orofaríngea	2
Localizaciones hipofaríngeas	4
■ <b>Conducta práctica</b>	5
Localizaciones rinofaríngeas	5
Localizaciones orofaríngeas	6
Localizaciones hipofaríngeas	7

los casos extremos puede causar complicaciones graves, a veces vitales. El tratamiento de los pacientes con sospecha de CE constituye una urgencia medicoquirúrgica. Depende de la localización (naso, oro o hipofaríngea), de la naturaleza del CE y de los datos de la exploración física y, con más frecuencia, de las pruebas de imagen, que deben precisar el tipo de tratamiento. Cuando el médico no puede realizar un estudio de las lesiones mediante la exploración física en la consulta o si existen dudas diagnósticas, la exploración endoscópica bajo anestesia general (AG) está justificada, pues un estudio radiológico normal no descarta el diagnóstico.

## ■ Datos epidemiológicos

Los pacientes pueden corresponder a cualquier tramo de edad, pero por lo general se observa un pico de frecuencia hacia los 4 años y después de los 70 años [1]. Las circunstancias de aparición suelen ser evidentes, pero pueden pasar desapercibidas en los niños pequeños, por ejemplo, durante el juego, en los ancianos o en pacientes debilitados (demencia, síndrome psicótico).

Aparte de las localizaciones orofaríngeas, donde existe un predominio masculino del 64% [2], los distintos estudios no muestran un predominio en función del sexo.

Los CE faríngeos pueden ser obstructivos y provocar disnea, incluso en ausencia de enclavamiento endolaringotraqueal. Es difícil conocer las cifras exactas de esta repercusión, pero en las series retrospectivas, se considera que la mortalidad sería del orden del 3% antes del traslado hospitalario, tomando en conjunto todos los CE de las vías aerodigestivas superiores [3]. Las cifras de mortalidad se agravarían en mayores de 65 años.

## ■ Introducción. Generalidades

Los cuerpos extraños (CE), lesiones y perforaciones de la faringe guardan una estrecha relación. La existencia de un CE faríngeo, en especial en las localizaciones orofaríngeas e hipofaríngeas, debe hacer que se sospeche la presencia de una lesión asociada. La conducta práctica y el pronóstico dependen de la repercusión vital inmediata, o sobre todo respiratoria (aunque ésta se produce especialmente en los CE laringotraqueales) y de la presencia de una discontinuidad mucosa asociada. La naturaleza del CE faríngeo (consistencia, forma, asperezas, bordes afilados, cortantes o puntiagudos) influye de forma directa en el riesgo de perforaciones que pueden producirse durante el bloqueo del objeto, por desgracia ingerido, o durante su extracción. Se debe recordar que los CE faríngeos constituyen una afección frecuente y que su gravedad es muy variable: en realidad, el CE faríngeo puede ser un incidente casi anodino, pero en

## ■ Clínica

### Localización rinofaríngea

En la rinofaringe, los cuerpos extraños pueden provocar heridas, pero no existe una verdadera perforación de la vía respiratoria a este nivel, debido a la protección de la mucosa por los límites óseos y cartilaginosa de las cavidades nasales y del cavum. Es excepcional que las lesiones por traumatismos externos (traumatismo balístico, proyectiles diversos) sean aisladas en la rinofaringe y entran en el cuadro de los traumatismos craneofaciales, con lesiones que a veces son muy extensas. Las lesiones iatrogénicas suelen deberse a una cánula de intubación [4] o, en menos ocasiones, a una sonda nasogástrica que penetra a partir de un desgarro en la pared posterior del cavum en el espacio retrofaríngeo (trayecto submucoso). Se acompañan en ocasiones de una epistaxis transitoria y su pronóstico es bueno por su propensión a cicatrizar de forma adecuada. Es infrecuente que se sobreinfecten.

Los CE rinofaríngeos propiamente dichos son muy infrecuentes; corresponden en la mayoría de los casos a CE de las fosas nasales que migran en sentido posterior a las coanas. En estas circunstancias, plantean sobre todo el riesgo de migración baja y, por tanto, de inhalación. La naturaleza de los CE encontrados es muy diversa. Puede tratarse de fragmentos alimentarios (semilla, hueso pequeño, trozo de pan, etc.), de piezas de juguetes (fragmento de plástico o metálico, etc.) o de un trozo de tela. Las pilas de botón presentan un riesgo especial, debido a su alta toxicidad mucosa [5]. En realidad, los CE se detienen en la mayoría de los casos en las cavidades nasales, donde la estrechez de las estructuras septoturbinales limita su paso al cavum. Los CE alimentarios pueden enclavarse en menos ocasiones por vía retrógrada a nivel rinofaríngeo, después de vómitos, incluso en ausencia de insuficiencia velopalatina.

### Circunstancias de aparición

Los cuerpos extraños afectan sobre todo a niños menores de 8 años, o a adultos en un contexto de trastornos psiquiátricos subyacentes. Los progenitores o los allegados pueden ser testigos de la penetración del CE en las fosas nasales; en tal caso, el diagnóstico es evidente. En algunos casos, el CE puede enclavarse sin constatación inmediata; en estas circunstancias, el diagnóstico suele ser diferido.

### Síntomas

Los CE de la rinofaringe son muy infrecuentes y corresponden sobre todo a las localizaciones situadas en la unión posterior de las fosas nasales y del cavum (enclavamiento coanal). La sintomatología se parece a la de los CE de las fosas nasales. Los signos precoces consisten en la asociación de epistaxis y obstrucción nasal en la fase aguda. Después de un periodo de varios días aparece una rinorrea unilateral purulenta y fétida.

Mediante la exploración física, se busca la presencia de una obstrucción de coanas. La rinoscopia anterior pocas veces es útil, y debe completarse con una nasofibroendoscopia tras anestesia local (AL) que permite confirmar el diagnóstico. En los casos donde los síntomas son diferidos, el CE no siempre se reconoce y aparece en forma de una masa sucia y costrosa.

### Pruebas complementarias

La sintomatología que asocia obstrucción y rinorrea unilateral maloliente basta para confirmar el diagnóstico y pocas veces se requieren pruebas radiográficas en estas localizaciones.

### Complicaciones

Si el CE se pasa por alto y se deja en su sitio, pueden aparecer complicaciones infecciosas locales y generales (broncopulmonares), lo que justifica la extracción de cualquier CE rinofaríngeo diagnosticado. Pueden producirse epistaxis (pocas veces graves) pasado un tiempo, por ulceración mucosa, lo que en ocasiones pone de manifiesto el CE. Por otra parte, puede formarse un rinolito coanal: corresponde a la aposición de concreciones calcáreas alrededor de ciertos CE dejados en su sitio, que aumentan de tamaño de forma progresiva. En tal caso, su extracción es más compleja.

### Localización orofaríngea

Al igual que en la rinofaringe, los CE y las lesiones orofaríngeas pueden deberse a traumatismos externos, como lesiones por armas o proyectiles (Fig. 1) y se tratan en el contexto global de los traumatismos craneofaciales. Según Kosaki et al [6] y Radkowski et al [2], existe un predominio de los CE orofaríngeos alrededor de los 4 años de edad. Las localizaciones principales son: el velo del paladar, los pilares y la región amigdalina, la pared faríngea posterior, la base de la lengua y el surco glosopiglótico. Las lesiones son laterales en el 69% de los casos, según un estudio de Radkowski et al [2] realizado con 77 casos. La penetración del CE puede causar lesiones profundas y lateralizadas. Se debe realizar una exploración minuciosa de estas lesiones para no pasar por alto las formas graves (infrecuentes), en especial del eje vascular carotídeo.

### Circunstancias de aparición

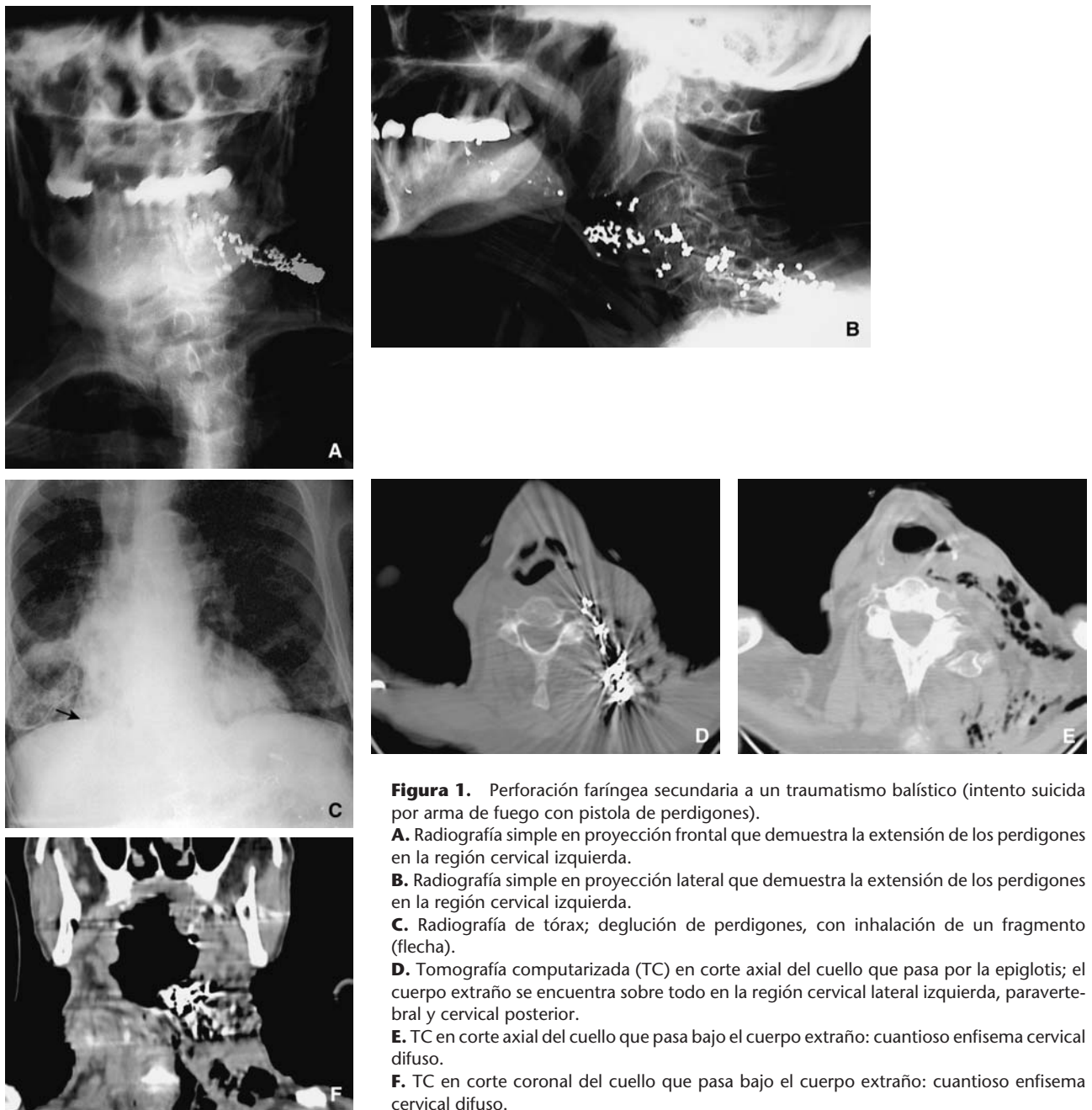
Los CE encontrados son muy variables (Fig. 2), pero el origen alimentario es el más frecuente. Los alimentos se enclavan en la orofaringe durante la deglución. La espina de pescado es el CE que se encuentra con más frecuencia y representa alrededor del 40% de los casos [1, 6]. Las espinas de pescado enclavadas en la orofaringe suelen percibirse de forma lateralizada, lo que puede orientar hacia el lado afectado. Sin embargo, la posición del dolor referido por el paciente suele ayudar muy poco a la localización. La aparición de una lesión se debe en la mayoría de los casos a la impactación de objetos que penetran en la mucosa orofaríngea durante la caída de los niños. El caso típico es la lesión orofaríngea ocasionada por la caída del niño que corre con un objeto punzante (tipo lapicero) en la boca. Los objetos que suelen encontrarse tienen forma de palo [1, 2, 7]: palos de madera o de plástico (piruleta), mango del cepillo de dientes, lápiz, manillar de bicicleta.

### Síntomas

Puede aparecer disnea, incluso sin inhalación en la vía respiratoria, si el CE es voluminoso [3].

Una hemorragia inicial indica la presencia de una herida. El dolor deja paso de forma progresiva a una molestia que se agrava con la deglución. Puede referirse un dolor irradiado, de tipo otalgia refleja, en especial en los traumatismos lateralizados. Se pueden encontrar disfagia y sialorrea.

La exploración física permite la inspección minuciosa de la cavidad bucal y de la orofaringe. El CE (espina de pescado, pequeño fragmento óseo, etc.) puede visualizarse, introducidos de forma más o menos profunda en los tejidos blandos, y se busca procurando visualizar los surcos glosamigdalinos, los pilares, las amígdalas, la pared orofaríngea posterior. La base de la lengua es más difícil de inspeccionar. Si el CE no se visualiza, la exploración se completa con un tacto digital suave de la base de la lengua, con laringoscopia indirecta o con una nasofibroendoscopia bajo anestesia local. Si no se encuentra ningún CE, puede ser útil volver a citar al



**Figura 1.** Perforación faríngea secundaria a un traumatismo balístico (intento suicida por arma de fuego con pistola de perdigones).

**A.** Radiografía simple en proyección frontal que demuestra la extensión de los perdigones en la región cervical izquierda.

**B.** Radiografía simple en proyección lateral que demuestra la extensión de los perdigones en la región cervical izquierda.

**C.** Radiografía de tórax; deglución de perdigones, con inhalación de un fragmento (flecha).

**D.** Tomografía computarizada (TC) en corte axial del cuello que pasa por la epiglotis; el cuerpo extraño se encuentra sobre todo en la región cervical lateral izquierda, paravertebral y cervical posterior.

**E.** TC en corte axial del cuello que pasa bajo el cuerpo extraño: cuantioso enfisema cervical difuso.

**F.** TC en corte coronal del cuello que pasa bajo el cuerpo extraño: cuantioso enfisema cervical difuso.

paciente tras un período de 48 horas, para valorar la evolución de los síntomas y efectuar una nueva exploración física. Según Jones et al [1], un CE orofaríngeo sólo se encuentra, en función de su localización, en el 59-68% de los casos en los que el paciente describe una ingestión con impresión de bloqueo inicial doloroso.

En caso de herida, se debe precisar la localización, los límites, la profundidad, la presencia de contusión, necrosis, manchas o de restos de tierra. En ocasiones se debe recurrir a una exploración bajo anestesia general, sobre todo en los niños, si la anamnesis y los síntomas sugieren el enclavamiento de un CE que no se encuentra en la exploración.

Si el accidente es antiguo, mediante la exploración cervical y general, se confirma la ausencia de signos infecciosos locales y/o generales. Por último, la exploración de cualquier lesión orofaríngea, sobre todo si es lateralizada y profunda, con un riesgo de lesión de los vasos carotídeos, consta de una exploración neurológica estándar: estudio de la motricidad, de los reflejos, del campo visual, de la vigilancia y de la conducta. La exploración mediante angiotomografía computarizada

(angio-TC) es tanto sensible como específica para la detección de afectaciones carotídeas [8].

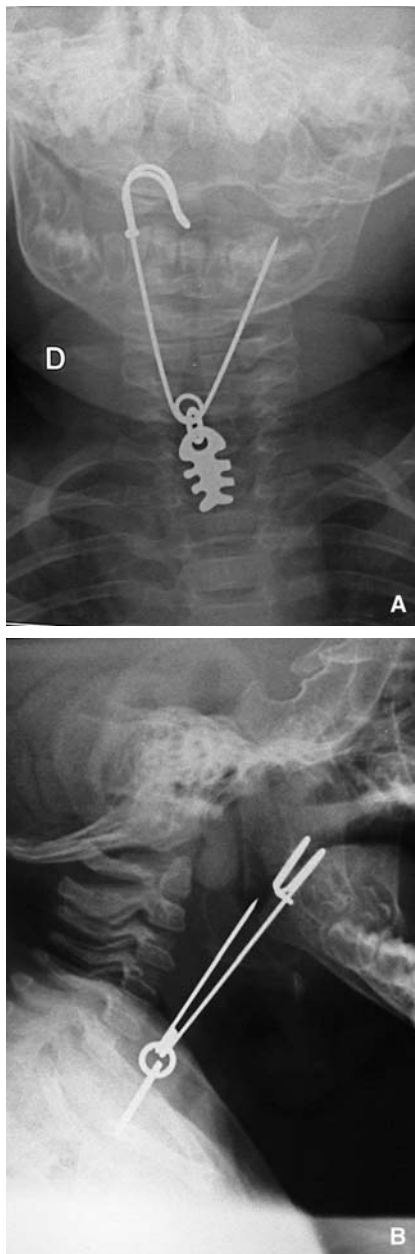
### Pruebas complementarias

Aparte de los CE fácilmente accesibles, la radiografía cervical permite la búsqueda sistemática, además de los CE radiopacos, de los signos de complicación (enfisema retrofaríngeo) [9]. En estos casos, el estudio se completa de forma sistemática con una radiografía de tórax en busca de neumomediastino que puede complicar cualquier enfisema retrofaríngeo, debido a la presión negativa intratorácica. La exploración mediante TC es muy precisa para detectar la presencia de enfisema, pero es útil sobre todo para buscar complicaciones [8].

### Complicaciones

Las complicaciones constituyen una evolución de los CE y lesiones faríngeas que deben buscarse si es necesario.

Según Singh et al [10], a partir de 327 CE de las vías aerodigestivas superiores, las complicaciones afectan al



**Figura 2.** Cuerpo extraño oro e hipofaríngeo (imperdible).  
**A.** Radiografía simple en proyección frontal.  
**B.** Radiografía simple en proyección lateral.

7,6% de los pacientes. El riesgo aumenta con la edad (el 4,8% antes de los 10 años, frente al 12,6% después de los 10 años). Una demora del tratamiento superior a 24 horas y la presencia de un CE afilado o puntiagudo aumentan de forma significativa los riesgos de complicaciones.

En las complicaciones infecciosas, predomina la abscesión [9, 10], para o retrofaríngeo, que es la más frecuente. Puede haber otras muchas complicaciones, pero son infrecuentes: celulitis cervicofaciales, como la fascitis necrosante (excepcional) [11], mediastinitis [9, 12], espondilodiscitis [13] y bronconeumopatías [2].

Las complicaciones neurológicas [14, 15] son infrecuentes, pero constituyen una entidad clínica, descrita inicialmente por Cadwell [16] en 1936. Deben sospecharse en caso de lesiones profundas de la región lateral del paladar blando o de la región periamigdalina. El mecanismo propuesto es un desgarro de la íntima de la carótida interna, por aplastamiento de la arteria entre el CE y las apófisis transversas de las vértebras cervicales



**Figura 3.** Cuerpo extraño hipofaríngeo enclavado en la unión faringoesofágica (moneda). Radiografía simple en proyección frontal.

segunda y tercera. Después de un intervalo asintomático, aparece una trombosis vascular, incluso en ausencia de herida arterial, y no suelen existir síntomas hemorrágicos asociados [17]. El intervalo asintomático puede variar de 4 a 48 horas y asocia hemiplejía contralateral a la lesión, hemianopsia lateral homónima y una afasia, si se afecta el hemisferio dominante. Antes de los signos de focalización neurológica, la presencia de vómitos, irritabilidad o somnolencia anómala deben llamar la atención. La sospecha de isquemia en el territorio silviano obliga a la hospitalización en un medio especializado para realizar una prueba de imagen cerebral mediante TC y una arteriografía carotídea.

### Localizaciones hipofaríngeas

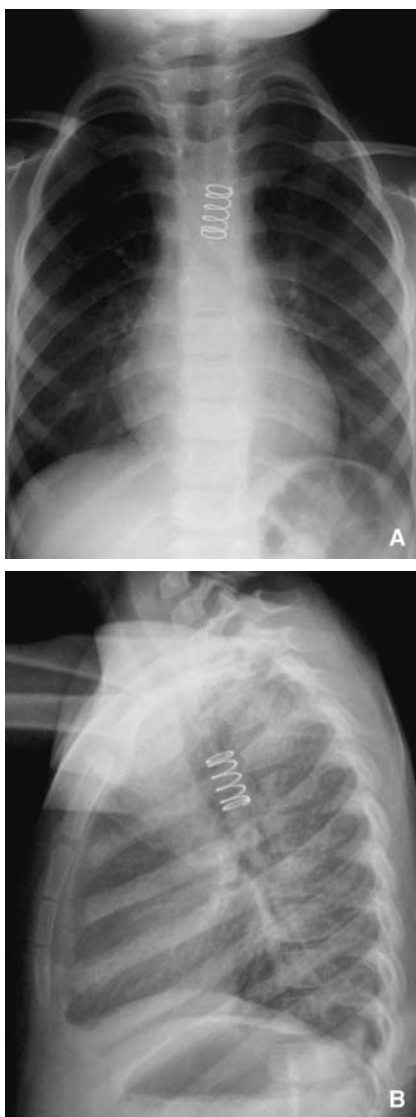
En la mayoría de las ocasiones se deben a la penetración endobucal del CE, debido a un movimiento de deglución accidental. En el 5,5% de los casos, se encuentra un antecedente de trastorno de la deglución (accidente cerebrovascular, estenosis péptica, divertículo faríngeo, neuropatía diabética periférica, etc.) [1].

Los traumatismos externos (hendiduras cervicales causantes de una lesión hipofaríngeo) son menos frecuentes: Stanley [18] ha demostrado que su gravedad es mayor si la herida es baja, situada en la proximidad del esófago cervical, sobre todo bajo el borde superior de los cartílagos aritenoides. Este límite se ha propuesto como límite que permite un tratamiento conservador.

### Circunstancias de aparición

En la mayoría de las ocasiones son evidentes, salvo en los niños más pequeños. Su mecanismo de aparición es parecido al de los CE y lesiones del esófago cervical.

Los CE alimentarios son los más frecuentes, pero puede encontrarse cualquier tipo de CE (prótesis dentales, imperdibles, moneda, juguete, etc.), en especial en caso de antecedentes psiquiátricos. Las localizaciones preferentes son: la región retrocricóidea, el borde superior de los senos piriformes, la pared hipofaríngeo posterior. Los CE faríngeos pueden migrar de forma progresiva hacia el esfínter esofágico superior, denominado comúnmente «boca del esófago» (Fig. 3). A este nivel, pueden detenerse. También pueden progresar y enclavarse más abajo en el esófago (Fig. 4), en función de su naturaleza, pero muchos CE que atraviesan la boca del esófago llegan hasta el estómago.



**Figura 4.** Cuerpo extraño hipofaríngeo enclavado en el esófago (muelle metálico).

**A.** Radiografía simple en proyección frontal.

**B.** Radiografía simple en proyección lateral.

### Síntomas

En los CE alimentarios, el primer signo funcional es un dolor intenso durante la deglución del bolo alimentario, seguido en ocasiones de sialorrea. El dolor puede disminuir a continuación de intensidad y provocarse por la deglución (odinodisfagia). La irradiación auricular del dolor también es posible. Es infrecuente que exista una hemorragia exteriorizada por la boca. Por último, la disfonía es poco habitual y la disnea inspiratoria, excepcional.

En la exploración deben buscarse los signos de complicación local: enfisema subcutáneo en la palpación cervical, tortícolis. En la exploración física, que se completa con una laringoscopia indirecta o una nasofibroendoscopia bajo anestesia local, se busca un CE inmerso en el seno de una retención de saliva.

### Pruebas complementarias

Aparte de los CE limitados y fácilmente extraíbles, la radiografía cervical y de tórax permite visualizar el CE si es radiopaco y evaluar la región prevertebral en busca de una colección aérea (signo de Minnegerode), indicativa de una perforación faríngea parietal, que obliga a una intervención urgente.



**Figura 5.** Cuerpo extraño hipofaríngeo enclavado en la hipofaringe (fragmento de hueso de conejo, flecha). Radiografía simple en proyección lateral que muestra la presencia de numerosas calcificaciones fisiológicas y heterogéneas del esqueleto faringolaríngeo (asteriscos).

Una exploración radiográfica normal puede ser falsamente tranquilizadora. La anamnesis y los signos clínicos deben prevalecer. En realidad, el CE puede no ser radiopaco o quedar oculto por la superposición de las estructuras osteocartilaginosas del esqueleto laríngeo. Según Marais et al, en una serie retrospectiva de 60 CE faríngeos [19], parece que sólo el 38,3% de los CE extraídos por endoscopia era visible en las radiografías. De forma paralela, se cita un 26,3% de falsos positivos, relacionados con la mala interpretación de los relieves radiológicos normales de las estructuras laríngeas. El análisis radiográfico es difícil, debido a la existencia de calcificaciones laríngeas fisiológicas [20], parciales, heterogéneas y mal sistematizadas (Fig. 5). La exploración sigue siendo útil y se recomienda, sobre todo en las proyecciones laterales [21].

### Complicaciones

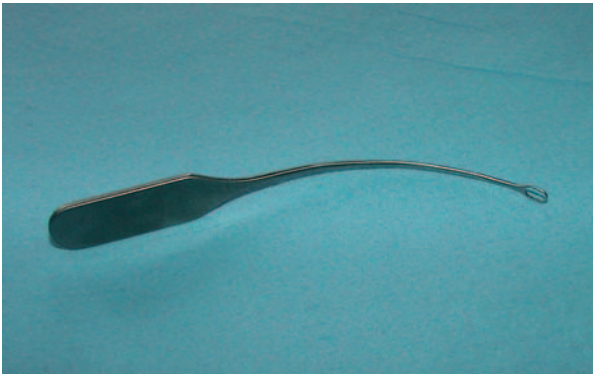
Al igual que en la localización orofaríngea, la edad, la demora terapéutica y la naturaleza afilada o cortante del CE aumentan los riesgos de complicaciones.

Las complicaciones son ante todo infecciosas y en ellas predominan los abscesos y las celulitis cervicales, asociadas en ocasiones a una fístula salival. La aparición de una mediastinitis es menos frecuente, pero su mortalidad puede alcanzar el 50%, según la edad de los pacientes y los autores [22]. Se han descrito otras complicaciones más infrecuentes [23-26]: migración cervical, tiroidea o mediastínica del CE, etc. Estas migraciones pueden requerir una extracción por vía externa (cervicotomía).

## Conducta práctica

### Localizaciones rinofaríngeas

Cuando se establece el diagnóstico de CE rinofaríngeo, es obligatorio realizar su extracción para prevenir las complicaciones. La extracción del CE bajo anestesia local es difícil. Las pinzas que rechazan los CE de las coanas hacia el cavum deben evitarse. Es preferible usar un instrumento curvo en forma de asa, como el asa de Saint Paul (Fig. 6). Se puede usar un escobillón fino tras curvarlo y/o la aspiración, ayudándose de ópticas endonasales.



**Figura 6.** Asa de Saint Paul. Se trata de un instrumento especialmente adaptado, por su doble curvatura, para la extracción de cuerpos extraños rinofaríngeos.



**Figura 7.** Principio del «beso parental». Reproducida con la autorización de M. Sithamaparanathan, Departamento de Cirugía ORL, Hospital East Surrey, Redhill, Surrey RM1 5RH, Reino Unido.

Recientemente se ha propuesto una técnica original [27, 28], derivada de las técnicas de presión positiva retrógrada [29]. Este método suele denominarse técnica del «beso parental» (Fig. 7), descrita inicialmente para los CE de las fosas nasales; puede proponerse en los CE enclavados en la unión de las coanas y del cavum. El principio es simple y puede utilizarse sobre todo en urgencias. Una vez dadas las explicaciones a los padres sobre el principio de esta técnica, es necesario lograr su colaboración. Se aplica anestesia local en el lado del CE. La narina sana se tapa y después el progenitor sopla en la boca abierta del niño (como en el boca a boca), lo que permite, de forma ideal, expulsar el CE por el orificio piriforme.

## Localizaciones orofaríngeas

La presencia de disnea, que puede existir en caso de CE faríngeo voluminoso, constituye una urgencia. En función del grado de esta disnea y de la situación geográfica del paciente (prehospitalaria o en un servicio hospitalizado) puede realizarse la maniobra de Heimlich o la extracción instrumental. A partir de una serie prehospitalaria de más de 500 pacientes (tomada de una serie sobre el tratamiento de CE faringolaringotraqueales mal tolerados antes del traslado a un centro hospitalario), la tasa de éxito de la maniobra de Heimlich sería del 85% [3]. Sin embargo, en el contexto hospitalario, debido a las complicaciones y fracasos relacionados con el método de Heimlich, algunos autores recomiendan la utilización en primer lugar del laringoscopio y de una pinza de presión de tipo Magill [30]. Los CE simples y

bien visibles se extraen con una pinza bajo anestesia local (por ejemplo, las espinas de pescado). Las micro-pinzas de oído, de tipo Wullstein, suelen ser adecuadas, porque su pequeño tamaño limita el reflejo nauseoso. En caso de localización menos accesible (válculas), la ablación siempre se debe intentar bajo anestesia local, por ejemplo, con una pinza de biopsia laríngea; en los CE de la boca del esófago, la endoscopia bajo anestesia general con exposición mediante laringoscopio es especialmente adecuada (la laringe se «carga» con el laringoscopio para lograr una exposición favorable). La hipofaringoscopia rígida se utiliza para las lesiones si no se consigue una visualización correcta. La utilización, bajo anestesia local, de un nasofaringoscopio equipado de un canal de trabajo puede permitir evitar una anestesia general, siempre que el CE sea de un tamaño lo bastante pequeño para su prensión. Se trata de una técnica rápida, bien tolerada y que presenta una baja morbilidad [31, 32]. Su utilización se ve limitada por el coste de dichos fibroendoscopios, que no los hace accesibles a todos los equipos, así como por la experiencia del médico. Se puede prescribir un tratamiento antibiótico durante 6 días (de tipo penicilina A o macrólido) en caso de CE enclavado desde hace varias horas y que se acompaña de una reacción inflamatoria local. Se deben asociar colutorios orales.

Las heridas orofaríngeas se tratan en función de la extensión y de la localización de las lesiones. Las heridas orofaríngeas inducidas por los CE suelen ser simples, poco profundas y no requieren otro tratamiento.

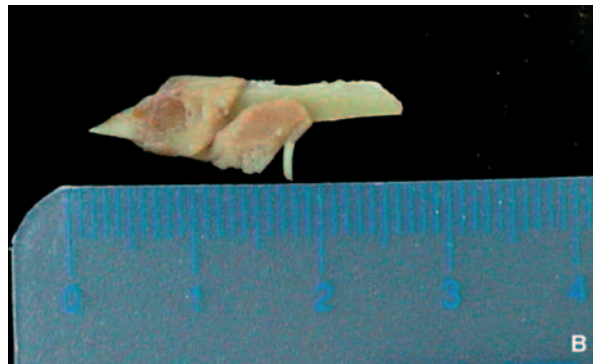
Una herida profunda, contusa y mal delimitada puede requerir una exploración, un desbridamiento/limpieza y, en menos ocasiones, una sutura bajo anestesia general, con cobertura de un tratamiento antibiótico y colutorios orales. Según Hengerer [33], en caso de herida lateralizada de gran tamaño, puede proponerse una vigilancia en un medio hospitalario durante 24 horas, teniendo en cuenta el intervalo libre que puede preceder a la trombosis carotídea. Una actitud más adecuada a la presencia de estos traumatismos [2] consiste en autorizar el alta del niño, explicando a los progenitores la necesidad de la vigilancia y el regreso a urgencias si aparecen modificaciones de la conducta.

## Localizaciones hipofaríngeas

Los CE suelen extraerse bajo anestesia general mediante control con un laringoscopio o hipofaringoscopio rígido (Fig. 8). La extracción se realiza con prudencia, para no agravar el traumatismo. Si el tamaño del CE lo permite (pequeño), en estos casos también el uso de un nasofaringoscopio flexible equipado con una pinza de presión, bajo anestesia local, puede constituir una buena alternativa. Si no existen heridas o si las lesiones no son penetrantes, no hace falta aplicar otros tratamientos complementarios. Las prótesis dentales enclavadas (Fig. 9) constituyen una entidad con un riesgo elevado de perforación y requieren con más frecuencia una extracción por vía externa [34]. Cuando el CE provoca una perforación transfixiante de gran tamaño y anfractuosa, la cervicotomía exploradora permite:

- o bien una sutura de la mucosa por primera intención;
- o bien efectuar la cicatrización mediante un drenaje dirigido de la región.

El objetivo es ante todo evitar los riesgos de extensión, en especial de mediastinitis. Existe una situación intermedia en la que se encuentra una herida, pero de aspecto limitado: en este caso, la colocación de una sonda nasogástrica y la administración precoz de una antibioticoterapia parenteral profiláctica, sin acceso



**Figura 8.** Cuerpo extraño alimentario (fragmento de hueso de cerdo).

**A.** Cuerpo extraño radiopaco visible en la radiografía simple en proyección lateral (flecha).

**B.** Cuerpo extraño tras su extracción por vía endoscópica bajo anestesia general, realizada con hipofaringoscopia.



**Figura 9.** Radiografía simple en proyección lateral que muestra un cuerpo extraño (prótesis dental compleja), con varios ganchos. La extracción en este caso se realizó por vía endoscópica, pero puede que sea necesario recurrir a una extracción por vía externa de cervicotomía y de hipofaringotomía en algunas ocasiones.

cervical, bastan para algunos autores [22]. Esta actitud está en entredicho. La vigilancia debe ser estricta para permitir establecer la indicación de una cervicotomía en caso de evolución desfavorable.

Por último, en caso de herida faríngea provocada por un traumatismo externo, la presencia de una perforación mucosa supraarritenoidea sería un argumento a favor de proponer un tratamiento médico [18], mientras que una lesión infraarritenoidea sería indicación de una reparación quirúrgica precoz.



## ■ Bibliografía

- [1] Jones NS, Lannigan FJ, Salama NY. Foreign bodies in the throat: a prospective study of 388 cases. *J Laryngol Otol* 1991; **105**:104-8.
- [2] Radkowski D, McGill TJ, Healy GB, Jones DT. Penetrating trauma of the oropharynx in children. *Laryngoscope* 1993; **103**:991-4.

- [3] Soroudi A, Shipp HE, Stepanski BM, Ray LU, Murrin PA, Chan TC, et al. Adult foreign body airway obstruction in the prehospital setting. *Prehosp Emerg Care* 2007; **11**:25-9.
- [4] Scott AR, Gray ST. Oropharyngeal foreign body after attempted nasal intubation: a case of traumatic middle turbinectomy. *Laryngoscope* 2007; **117**:1094-5.
- [5] Lin VY, Daniel SJ, Papsin BC. Button batteries in the ear, nose and upper aerodigestive tract. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004; **68**:473-9.
- [6] Kosaki H, Nakamura N, Toriyama Y. Penetrating injuries to the oropharynx. *J Laryngol Otol* 1992; **106**:813-6.
- [7] Burduk PK. Parapharyngeal space foreign body. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2006; **263**:772-4.
- [8] Brietzke SE, Jones DT. Pediatric oropharyngeal trauma: what is the role of CT scan? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2005; **69**:669-79.
- [9] Smyth DA, Fenton J, Timon C, Mcshane DP. Occult pharyngeal perforation secondary to 'pencil injury'. *J Laryngol Otol* 1996; **110**:901-3.
- [10] Singh B, Kantu M, Har EG, Lucente FE. Complications associated with 327 foreign bodies of the pharynx, larynx, and esophagus. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1997; **106**:301-4.
- [11] Yii NW, Quinn SJ, Andersson LC, Niranjan NS, Kenyon GS. Cervical necrotising fasciitis with pharyngeal perforation: treatment and reconstruction. *Br J Plast Surg* 1996; **49**:237-41.
- [12] Allotey J, Duncan H, Williams H. Mediastinitis and retropharyngeal abscess following delayed diagnosis of glass ingestion. *Emerg Med J* 2006; **23**:e12.
- [13] Wadie GM, Konefal SH, Dias MA, McLaughlin MR. Cervical spondylodiscitis from an ingested pin: a case report. *J Pediatr Surg* 2005; **40**:593-6.
- [14] Bertrand V, Besson-Leaud L, Herve JF, Joubert C, Menager C, Yazici B, et al. Vascular damage caused by a radiopaque cervico-facial foreign body intraorbital arteriovenous fistula secondary to penetrating injury. *Arch Pediatr* 2006; **13**:1264.
- [15] Higgins GL, Meredith JT. Internal carotid artery thrombosis following penetrating trauma of the soft palate injuries: an injury of youth. *J Fam Pract* 1991; **32**:316-22.
- [16] Cadwel JA. Post-traumatic thrombosis of internal carotid artery. *Am J Surg* 1936; **32**:523-52.
- [17] Pitner SE. Carotid thrombosis due to intraoral trauma: an unusual complication of a common childhood accident. *N Engl J Med* 1966; **274**:764-7.
- [18] Stanley RJ, Armstrong WB, Fetterman BL, Shindo ML. Management of external penetrating injuries into the hypopharyngeal-cervical esophageal tunnel. *J Trauma* 1997; **42**:675-9.
- [19] Marais J, Mitchell R, Wightman AJ. The value of radiographic assessment for oropharyngeal foreign bodies. *J Laryngol Otol* 1995; **109**:452-4.

- [20] Wakisaka N, Miwa T, Yoshizaki T, Furukawa M. Cricoid ossification mimicking an impacted foreign body. *J Laryngol Otol* 2006;**120**:E24.
- [21] Karnwal A, Ho EC, Hall A, Molony N. Lateral soft tissue neck X-rays: are they useful in management of upper aerodigestive tract foreign bodies? *J Laryngol Otol* 2007;1-3.
- [22] Dolgin SR, Wykoff TW, Kumar NR, Maniglia AJ. Conservative medical management of traumatic pharyngoesophageal perforations. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1992;**101**:209-15.
- [23] Al-Sebeih K, Valvoda M, Sobeih A, Al-Sihan M. Perforating and migrating pharyngoesophageal foreign bodies: a series of 5 patients. *Ear Nose Throat J* 2006;**85**:600-3.
- [24] Gertner R, Bar'el E, Fradis M, Podoshin L. Unusual complication of an ingested foreign body. *J Laryngol Otol* 1991;**105**:146-7.
- [25] Masuda M, Honda T, Hayashida M, Samejima Y, Yumoto E. A case of migratory fish bone in the thyroid gland. *Auris Nasus Larynx* 2006;**33**:113-6.
- [26] Sinha A, Shotton JC. An unusual foreign body migrating from pharynx to mediastinum. *J Laryngol Otol* 1996;**110**:279-80.
- [27] Benjamin E, Harcourt J. The modified 'Parent's Kiss' for the removal of paediatric nasal foreign bodies. *Clin Otolaryngol* 2007;**32**:120-1.
- [28] Sithamaparanathan M. New technique for removing nasal foreign bodies in children. *Clin Otolaryngol* 2007;**32**:321-2.
- [29] Alleemudder D, Sonsale A, Ali S. Positive pressure technique for removal of nasal foreign bodies. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007;**71**:1809-11.
- [30] Rouillon I, Charrier JB, Devictor D, Portier F, Lebret IK, Attal P, et al. Lower respiratory tract foreign bodies: a retrospective review of morbidity, mortality and first aid management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006;**70**:1949-55.
- [31] Choy AT, Gluckman PG, Tong MC, Van HC. Flexible nasopharyngoscopy for fish bone removal from the pharynx. *J Laryngol Otol* 1992;**106**:709-11.
- [32] Lee FP. Removal of fish bones in the oropharynx and hypopharynx under video laryngeal telescopic guidance. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;**131**:50-3.
- [33] Hengerer AS, De Groot TR, Rivers RJ. Internal carotid artery thrombosis following soft palate injuries: a case report and a review of 16 cases. *Laryngoscope* 1984;**94**:1571-5.
- [34] Nwaorgu OG, Onakoya PA, Sogebi OA, Kokong DD, Dosumu OO. Esophageal impacted dentures. *J Natl Med Assoc* 2004;**96**:1350-3.

O. Malard, Professeur des Universités, praticien hospitalier (omalard@chu-nantes.fr).

R. Wagner, Interne des Hôpitaux.

C. Beauvillain de Montreuil, Professeur des Universités, praticien hospitalier.

Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervicofaciale, centre hospitalier universitaire de Nantes-Hôtel-Dieu, place Alexis-Ricordeau, B.P. 1005, 44093 Nantes cedex 01, France.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención del artículo original: Malard O., Wagner R., Beauvillain de Montreuil C. Corps étrangers et perforation du pharynx. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-620-A-10, 2008.

Disponible en [www.em-consulte.com/es](http://www.em-consulte.com/es)



Algoritmos



Ilustraciones complementarias



Videos / Animaciones



Aspectos legales



Información al paciente



Informaciones complementarias



Autoevaluación