REVISTA ESPAÑOLA DE

ENFERMEDADES DIGESTIVAS

The Spanish Journal of Gastroenterology

www.reed.es
(Open Access)

NOVIEMBRE 2018 · VOLUMEN 110
Suplemento 3

Factor de Impacto (2017):
JCR: 1,632 (Q4) / SJR: 0,417 (Q3)

Órgano de expresión científica de:

Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)
Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED)
Asociación Española de Ecografía Digestiva (AEED)

40 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Zaragoza, 14-17 de noviembre de 2018

P-023. ANÁLISIS DE LA INGESTA DE CUERPOS EXTRAÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Rodríguez Ferreiro, Noelia; Jiménez Beltrán, Víctor; Flórez Díez, Pablo; Gómez Outomuro, Ana; Fraile López, Miguel; Torner Simó, María; Suárez Noya, Ángela; del Caño Cerdán, Celia; Nieto Jara, Alejandro; Barreiro Alonso, Eva

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Introducción: La ingesta de cuerpos extraños (CE) es una causa frecuente de gastroscopia urgente. En nuestro hospital se realizan unas 400 gastroscopias urgentes al año, 25% por dicho motivo.

Objetivo: Describir el tipo de CE, métodos de extracción, localización y complicaciones.

Material y método: Estudio observacional descriptivo retrospectivo, de gastroscopias urgentes por sospecha de ingesta de CE realizadas entre 01/01/17 y 30/06/18.

Resultados: 122 pacientes, 63 (51,6%) hombres. Edad media de 58 ± 21 años. Se realizó radiografía previa en 56 (45,9%), visualizándose el CE (14,3%) y complicaciones graves que contraindican la gastroscopia en el 1%. 38 (31,1%) pacientes fueron evaluados por Otorrinolaringología previamente.

La sedación fue controlada mayoritariamente por endoscopistas, combinando midazolam y fentanilo en 93 (76,0%) casos. Solo el 1% precisaron asistencia por Anestesiología. La mediana del tiempo desde la ingesta CE a la gastroscopia fue de 6 horas (RIC 10).

21 (17%) pacientes tenían diagnóstico previo de patología esofagogástrica, destacando esofagitis eosinofílica (4,1%), acalasia (3,8%), estenosis maligna (3,3%), anillo esofágico (2,5%) y hernia de hiato (2,5%).

El tipo de CE se localizó en 73 (59,8%) casos, con extracción en 57 (78,1%). El instrumental más utilizado: la Roth-Net® (34,0%), las asas de polipectomía (17%) y las pinzas (15,1%).

La localización del CE: esófago distal (41,1%), proximal (34,2%), medio (11%), estómago (9,6%) y duodeno (1,4%). 30 (25%) pacientes presentaron complicaciones,

mayoritariamente leves. La realización de la gastroscopia fue clave en el diagnóstico de algunas patologías (Tabla 1). La ingesta fue accidental en 117 (95,9%) pacientes; intencional en 5 (4,1%), todos ellos presidiarios.

Tabla 1

Patología esofágica subyacente diagnosticada en la gastroscopia urgente	Frecuencia	Porcentaje
Anillo o membrana esofágica	14	19,2
Estenosis esofágica benigna	3	4,1
Hernia de hiato	3	4,1
Estenosis esofágica maligna	2	2,7
Esofagitis eosinofílica	2	2,7
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	2	2,7
Esofagitis infecciosa	1	1,4
Portadores de prótesis esofágica	1	1,4
Otros	7	9,6
Ninguna	38	52,1

Conclusiones:

1. El CE más frecuentemente encontrado es el bolo de carne sin hueso, localizado distalmente.
2. El instrumental más efectivo es la Roth-Net®.
3. Las complicaciones graves son infrecuentes.