

Diagnóstico tardío y recuperación sin complicaciones: inusual caso de 20 meses con cuerpo extraño esofágico

Delayed Diagnosis and Uneventful Recovery: Unusual 20-Month Case of an Esophageal Foreign Body

Paola Andrea Santamaría-Losada,^{1*} Sergio Enrique Pedroza-Sabogal.²

ACCESO ABIERTO

Citación:

Santamaría-Losada PA, Pedroza-Sabogal SE.
Diagnóstico tardío y recuperación sin complicaciones:
inusual caso de 20 meses con cuerpo extraño esofágico.
Revista. colomb. Gastroenterol. 2025;40(4):521-527.
<https://doi.org/10.22516/25007440.1338>

¹ Médica cirujana. Universidad Nacional de Colombia.
Ayudante quirúrgica en Clínica Colsubsidio Roma.
Bogotá, Colombia.

² Especialista en Cirugía General. Universidad Nacional
de Colombia, Cirujano general en Clínica Colsubsidio
Roma. Bogotá, Colombia.

*Correspondencia: Paola Andrea Santamaría-Losada.
paolasantamariadosa@gmail.com

Fecha recibido: 17/02/2025

Fecha aceptado: 25/03/2025



Resumen

Antecedentes: la retención prolongada de cuerpos extraños en el esófago es infrecuente y puede retrasar el diagnóstico. La mayoría de los pacientes buscan atención médica en las primeras 72 horas tras la ingesta, evitando complicaciones graves. **Presentación del caso:** se presenta el caso de un paciente masculino de 46 años con disfagia progresiva de 18 meses. Luego de múltiples estudios diagnósticos, se identificó un cuerpo extraño en el esófago superior, que resultó ser una prótesis dental ingerida 20 meses antes durante un episodio de embriaguez. Dado el compromiso estructural del esófago, se realizó la extracción quirúrgica mediante cervicotomía y esofagotomía. La evolución posoperatoria fue favorable sin complicaciones mayores. **Conclusión:** este caso resalta la importancia de considerar la retención prolongada de cuerpos extraños en pacientes con disfagia crónica de origen incierto. La anamnesis detallada, el uso adecuado de estudios de imagen y endoscópicos, así como un abordaje quirúrgico oportuno fueron fundamentales para el éxito del tratamiento. La ausencia de complicaciones posoperatorias subraya la relevancia de una detección y manejo adecuados.

Palabras clave

Cuerpo extraño, esófago, diagnóstico tardío.

Abstract

Background: Prolonged retention of foreign bodies in the esophagus is rare and often delays diagnosis. Most patients seek medical attention within the first 72 hours after ingestion, preventing severe complications. **Case presentation:** We describe a 46-year-old man with an 18-month history of progressive dysphagia. After extensive diagnostic evaluation, a foreign body was identified in the upper esophagus—a dental prosthesis accidentally ingested 20 months earlier during an episode of alcohol intoxication. Given the degree of structural esophageal compromise, surgical extraction via cervicotomy and esophagotomy was performed. Postoperative recovery was favorable, with no major complications. **Conclusion:** This case underscores the importance of considering prolonged foreign body retention in patients with chronic, unexplained dysphagia. A detailed clinical history, appropriate imaging and endoscopic studies, and timely surgical intervention were critical to achieving a successful outcome. The absence of postoperative complications highlights the value of early recognition and proper management.

Keywords

Foreign body, esophagus, delayed diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La ingesta de un cuerpo extraño accidental o intencional es una situación relativamente común en la práctica clínica⁽¹⁾.

El 75% se presenta en los niños⁽²⁾, principalmente de tres meses a seis años⁽³⁾, y un 25% en adultos⁽²⁾, en quienes los principales factores de riesgo son discapacidad intelectual, trastorno psiquiátrico, abuso de alcohol y pacientes edén-

tulos⁽⁴⁾. En la población pediátrica se encuentran objetos como monedas, juguetes pequeños o incluso trozos de comida parcialmente masticados⁽²⁾, pero en la población adulta se encuentran principalmente espinas de pescado y huesos⁽⁵⁾. En Colombia, González M y colaboradores realizaron un estudio observacional que incluyó 110 pacientes entre 1 y 79 años donde, en el 33% de los casos, el cuerpo extraño en el esófago fue una espina de pescado, en el 30% un hueso, en el 13% monedas, en el 11% carne impactada, en el 3,3% prótesis y en el 8,4% otro objeto⁽⁶⁾. Por su parte, Aponte-Marín D y colaboradores realizaron un estudio descriptivo retrospectivo de 14 años, incluyendo pacientes de 18 a 95 años en el que se determinó que la localización principal fue el esófago, en el 12,53% de los casos, seguida por la cricofaringe, en el 11,18%, y por la hipofaringe, en el 10%⁽⁷⁾.

Si bien entre 80% y 90% de los cuerpos extraños logra el paso espontáneo por el tracto gastrointestinal^(1-3,8), el 10% al 20% restante requerirá de intervención para su extracción. La endoscopia suele ser el procedimiento de elección^(6,9) y menos del 1% de los casos requieren intervención quirúrgica⁽³⁾. Un cuerpo extraño impactado tiene el riesgo de generar importantes complicaciones como perforación, mediastinitis aguda, y hemorragia⁽¹⁰⁾. Es por esto que los pacientes con historial de ingesta y sensación de impactación de un cuerpo extraño consultan en promedio entre 1 y 72 horas posteriores al evento⁽⁶⁾. Sin embargo, son muy pocos los casos reportados en los que el cuerpo extraño en el esófago puede durar meses, como el caso de un paciente de 57 años que no cursó con sintomatología alguna hasta después de siete meses de la ingesta⁽¹¹⁾, o el de un paciente de seis meses que debutó con síntomas respiratorios como tos crónica de tres meses de evolución secundaria a un cascarón de pistacho en el esófago⁽¹²⁾; hay incluso cuadros clínicos dramáticos como el de la presencia de una masa inflamatoria en mediastino posterior a 26 meses con una tapa de aluminio en el esófago⁽¹⁰⁾.

A continuación, se presenta el caso clínico de un paciente que debutó con disfagia paulatina de 18 meses de evolución en quien se consideraron múltiples diagnósticos diferenciales previo al hallazgo de un cuerpo extraño en el esófago secundario a la ingesta de su prótesis dental durante estado de embriaguez 20 meses atrás. El paciente aceptó y firmó consentimiento informado autorizando la publicación científica de este reporte.

REPORTE DE CASO

Se trata de un paciente masculino de 46 años, procedente de Apulo, Cundinamarca, de vocación constructor y escolaridad bachillerato, quien acude al centro médico por presentar un cuadro de 18 meses de evolución dado por disfagia progresiva. Por agudización de la sintomatología y

el hallazgo endoscópico de lesión sólida esofágica con estenosis severa es remitido a urgencias.

Previo al ingreso a nuestra institución, ambulatoriamente, el paciente había consultado por primera vez a medicina general tras seis meses de disfagia progresiva y odinofagia, y fue remitido al servicio de otorrinolaringología, quien lo valoró por primera vez nueve meses después del inicio de la sintomatología. Se realizó una nasofibrolaringoscopia bajo la sospecha diagnóstica de faringitis crónica, la cual reportó desviación septal izquierda, hipertrofia de cornetes inferiores bilaterales, moniliasis oral y manifestaciones laríngeas de reflujo gastroesofágico. Con estos resultados se remitió a gastroenterología.

El servicio de gastroenterología indicó una endoscopia de vías digestivas para el estudio de la disfagia crónica de 13 meses de evolución en este punto. El procedimiento se llevó a cabo cuatro meses previo al ingreso y reportó gastritis crónica antral y masa en el esófago cervical. Se tomó una biopsia y el reporte de patología indicó malla de fibrina, material mucohemorrágico con inflamación aguda severa, colonias bacterianas ocasionales, células epiteliales sueltas y cambios reactivos, lo que concluyó una actividad moderada de cúmulo linfocitario e hiperplasia foveolar presente.

Adicionalmente, se indicó un esofagograma dos meses previo al ingreso hospitalario en nuestra institución, del cual radiología reportó: adecuada coordinación del velo del paladar, pacificación del esófago de calibre normal en toda su extensión, no se observaron lesiones intrínsecas ni compresión extrínseca, había adecuado paso del medio de contraste al estómago y no se evidenció reflujo gastroesofágico (**Figura 1**). Con los resultados, gastroenterología indicó control con ecoendoscopia, la cual se realizó dos días previos al ingreso a nuestra institución y reportó esófago superior con estenosis por lesión ocupando espacio, de características blanquecinas, submucosa y sólida. Se realiza un rastreo ecográfico con 12 MHZ, donde se aprecia un componente hiperecogénico irregular que condiciona a estenosis para el avance de equipo distalmente.

El diagnóstico fue: lesión sólida de esófago superior, se descarta el cuerpo extraño enclavado en la pared y la estenosis severa secundaria, por lo cual se remitió al paciente al servicio de urgencias para la valoración por gastroenterología y cirugía general.

Intrahospitalariamente, por la alta sospecha de lesión neoplásica en la cara anterolateral derecha esofágica proximal, con compromiso del 50% de la luz, se indicó una tomografía axial computarizada (TAC) contrastada de tórax y cuello, la cual reportó una imagen que sugiere un cuerpo extraño hiperdenso en el esófago proximal, a la altura de los cuerpos vertebrales de T1-T2, asociado a engrosamiento de las paredes del esófago en esta localización. Se indicó correlacionar con estudio endoscópico complementario para la



Figura 1. Esófagograma previo al ingreso hospitalario. Imágenes propiedad de los autores.

adecuada caracterización (**Figuras 2 y 3**). Ante los hallazgos imagenológicos, se procede a reinterrogar al paciente, quien refiere que hace 20 meses, durante un episodio de embriaguez, perdió su prótesis dental. Indicó que no había atribuido la sintomatología a dicho episodio, pues no presentó sintomatología hasta dos meses después y asumía que la prótesis se había extraviado y no que había sido deglutida.

Ante los nuevos hallazgos, gastroenterología realiza una tercera endoscopia que reporta un cuerpo extraño de

cinco centímetros enclavado inmediatamente por debajo del músculo cricofaríngeo, con alta sospecha de perforación contenida. Sin embargo, el paciente no cursaba con signos sugestivos de mediastinitis, se encontraba estable hemodinámicamente, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, sin signos de falla ventilatoria, con paraclínicos sin leucocitosis ni neutrofilia y azoados dentro de límites normales, por lo que se indicó un procedimiento quirúrgico programado.



Figura 2. Tomografía de tórax en proyección axial. La flecha verde señala un cuerpo extraño a nivel de T2. Imagen propiedad de los autores.

Se realizó una cervicotomía izquierda más esofagotomía, con hallazgo de edema severo de tejidos, fibrosis severa en el surco traqueoesofágico que alteraba completamente la anatomía, y un cuerpo extraño (prótesis dental) (**Figura 4**) enclavado en la mucosa esofágica. Se extrajo, se realizó esofagorrafia y se diseñó un parche de esternocleidomastoideo. Finalmente, se hizo un cierre por planos, se dejó un dren de Jackson-Pratt, y se indicó vigilancia intrahospitalaria con manejo antibiótico con cefuroxima y metronidazol, además de nutrición parenteral.

Se realizó una prueba con azul de metileno el quinto día posoperatorio, la cual fue negativa para fugas. Se indicó un esofagograma el sexto posoperatorio, el cual reportó parámetros dentro de los límites normales, sin fugas ni estenosis (**Figura 5**), por lo que se procedió a iniciar tolerancia a la vía oral progresiva, la cual se dio sin complicaciones. Finalmente, se dio egreso al octavo día posoperatorio una vez se logró el retiro del dren, sin requerimiento de nuevas intervenciones. El paciente acudió a control un mes posterior al egreso hospitalario donde se evidenció evolución clínica satisfactoria, herida quirúrgica en buen estado, paciente con adecuada deglución, sin disfagia, sin sintomatología respiratoria ni sugestiva de fistulización, sin dolor torácico ni limitación para actividades cotidianas.

DISCUSIÓN

La retención prolongada de un cuerpo extraño en el esófago es un fenómeno poco común y representa un desafío diagnóstico considerable. En la mayoría de los casos, los pacientes con cuerpos extraños esofágicos buscan atención médica en las primeras 72 horas tras la ingesta, lo que permite una identificación y extracción temprana con mínimas complicaciones. Sin embargo, el caso presentado resalta la posibilidad de una evolución prolongada con síntomas inespecíficos y progresivos, lo que puede llevar a una demora diagnóstica significativa.

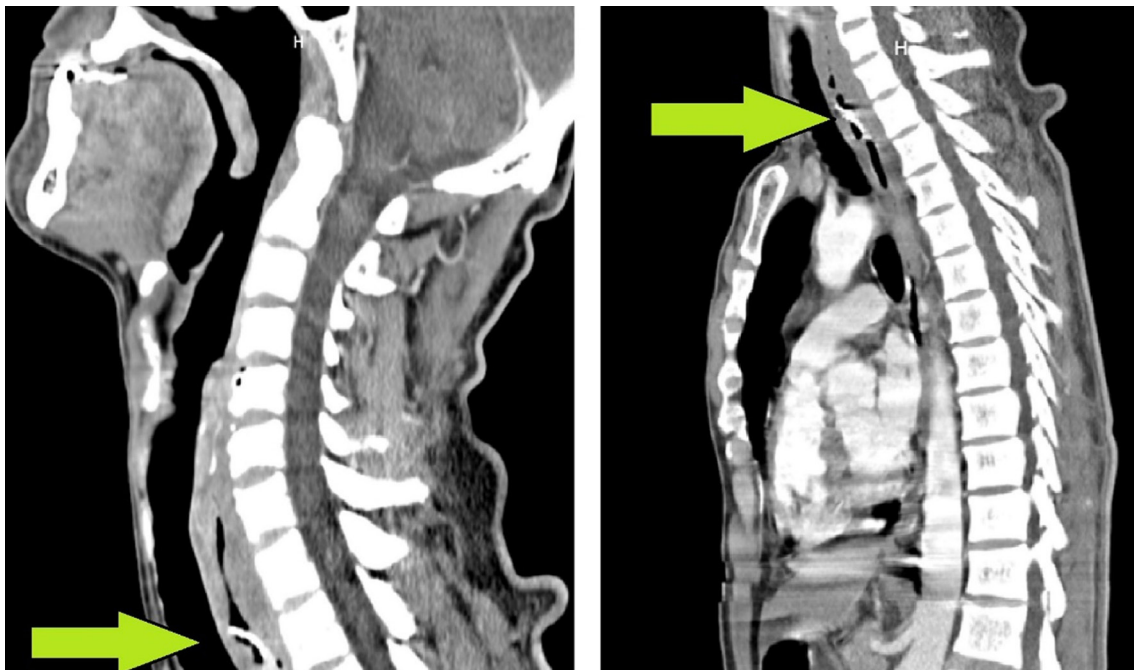


Figura 3. Tomografía de tórax y cuello en proyección sagital. La flecha verde señala un cuerpo extraño a nivel de T2 y un edema importante que condiciona estenosis esofágica. Imágenes propiedad de los autores.

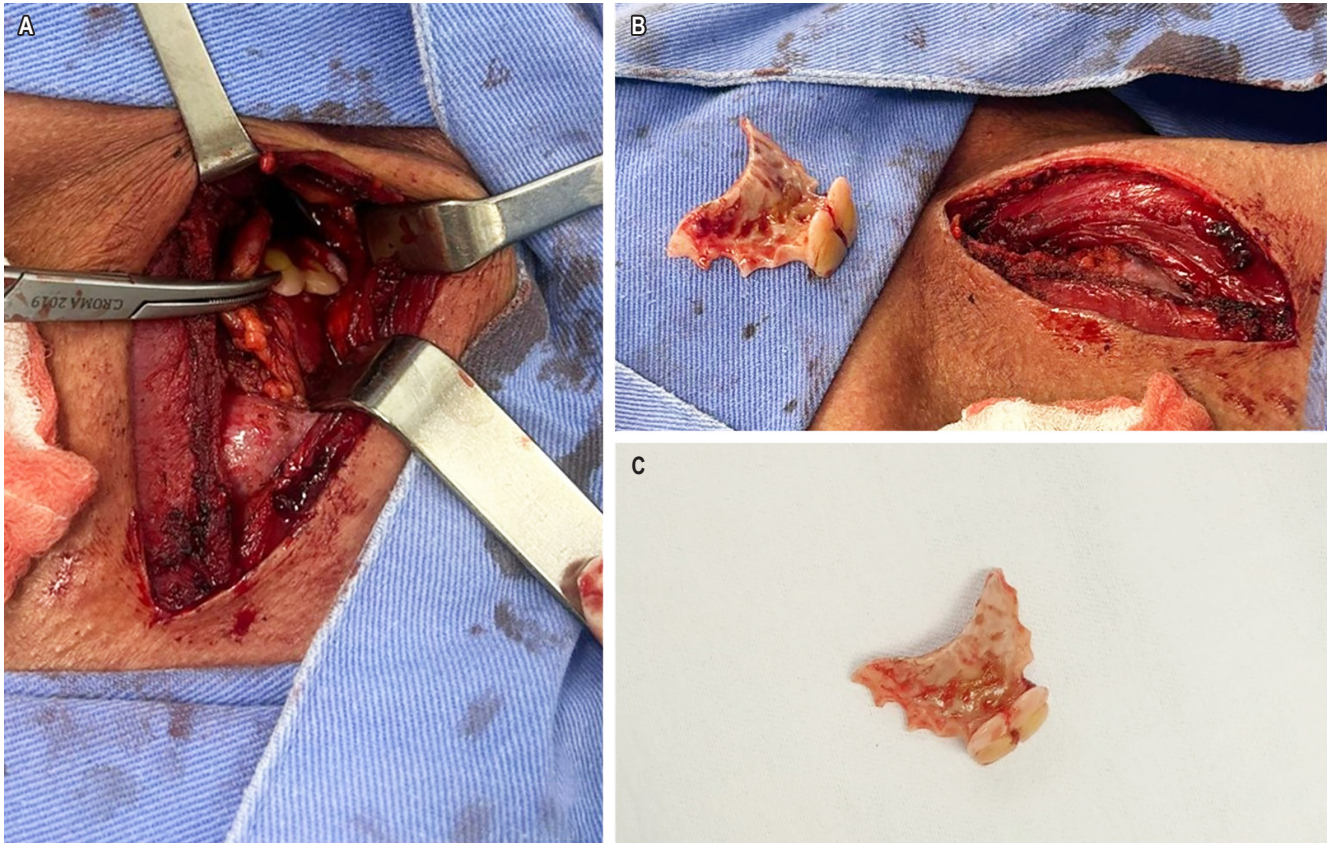


Figura 4. A. Intraoperatorio de cervicotomía y esofagotomía izquierda con cuerpo extraño enclavado en la pared esofágica. B y C. Cuerpo extraño extraído (prótesis dental). Imágenes propiedad de los autores.

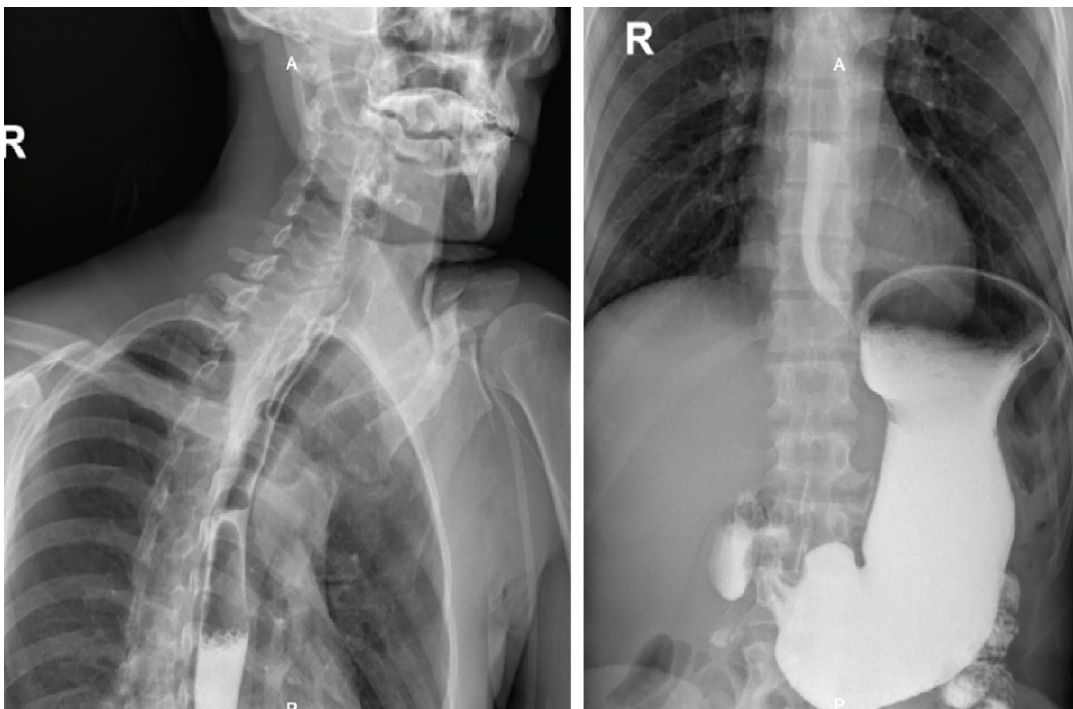


Figura 5. Esófagograma posoperatorio. Imágenes propiedad de los autores.

El paciente descrito en este reporte tardó aproximadamente 18 meses en desarrollar disfagia significativa y 20 meses en recibir un diagnóstico definitivo. La ausencia de síntomas agudos iniciales y la falta de una referencia clara a la ingesta del cuerpo extraño durante la anamnesis contribuyeron a la dificultad diagnóstica. Este fenómeno ha sido previamente documentado en la literatura, con reportes de cuerpos extraños retenidos durante meses o incluso años antes de su detección⁽¹⁰⁻¹²⁾; sin embargo, este es un caso novedoso dada la evolución favorable del paciente sin presentar complicaciones graves, como perforación esofágica, mediastinitis o estenosis posoperatoria, que son eventos adversos comunes en estos escenarios. A pesar de la fibrosis severa y el tiempo prolongado de retención del cuerpo extraño, la recuperación posquirúrgica fue exitosa, sin requerimientos de intervenciones adicionales ni complicaciones a largo plazo.

Desde un punto de vista clínico, el caso destaca la importancia de mantener un alto índice de sospecha en pacientes con disfagia crónica de causa no determinada, especialmente en aquellos con antecedentes de ingesta de cuerpos extraños, estados de embriaguez o que refieran un uso diario de prótesis dentales. En este caso, la realización de estudios imagenológicos fue fundamental para establecer el diagnóstico, dado que el curso prolongado de la sintomatología y la historia no clara de ingesta del cuerpo extraño generaron múltiples contratiempos en el diagnóstico definitivo, además de que los hallazgos inespecíficos en las endoscopias iniciales se interpretaron como actividad inflamatoria inespecífica y masas neoplásicas.

El abordaje quirúrgico mediante cervicotomía izquierda y esofagotomía fue necesario debido a la localización del cuerpo extraño y a la fibrosis severa del tejido circundante. Aunque la mayoría de los cuerpos extraños esofágicos pueden ser extraídos por vía endoscópica⁽⁹⁾, este caso ilustra la importancia de una intervención quirúrgica en escenarios

donde existe una sospecha de perforación contenida, fibrosis severa o compromiso estructural del esófago.

CONCLUSIÓN

El presente caso resalta la importancia de considerar la retención de cuerpos extraños en el diagnóstico diferencial de pacientes con disfagia crónica progresiva. La anamnesis detallada, el uso adecuado de estudios endoscópicos y de imagen, así como un abordaje multidisciplinario, son claves para la detección temprana y la elección del tratamiento adecuado. Aunque la endoscopia sigue siendo el método de elección para la extracción de cuerpos extraños, la intervención quirúrgica sigue siendo una alternativa indispensable en casos complejos con compromiso estructural del esófago. Finalmente, este caso subraya la necesidad de educar a los pacientes con factores de riesgo sobre la importancia de buscar atención temprana ante la sospecha de ingesta de cuerpos extraños, para prevenir complicaciones y optimizar el pronóstico. Además, destaca la relevancia de un seguimiento adecuado para evaluar la evolución posoperatoria y garantizar una recuperación sin secuelas.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Uso de la inteligencia artificial

Se hizo uso de la herramienta Chat GPT como ayuda para la redacción de la discusión del artículo.

REFERENCIAS

1. Boumarah DN, Binkhamis LS, AlDuhileb M. Foreign body ingestion: Is intervention always a necessity? *Ann Med Surg (Lond)*. 2022;84:104944. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104944>
2. Totadri VM, Mohanty SK, Tudu HC, Praharaj D, Giri S, Gupta S. Sharp-pointed foreign body ingestion in a child: a unique case report and literature review. *J Integr Med Res*. 2024;2(4):265-8. https://doi.org/10.4103/jimr.jimr_25_24
3. Salman H, Gürsoy Koca T, Dereci S, Akçam M. Foreign body ingestion and management in children. *Pediatr Emerg Care*. 2022;38(11):617-20. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002856>
4. Jims DAD, Soundararajan S, RanjithKumar M, Senthilnathan M. Superior thyroid artery injury following foreign body ingestion in an intellectually disabled patient: A case report. *Saudi J Anaesth*. 2024;18(4):576-9. https://doi.org/10.4103/sja.sja_234_24
5. Boo SJ, Kim HU. Esophageal foreign body: treatment and complications. *Korean J Gastroenterol*. 2018;72(1):1-5. <https://doi.org/10.4166/kjg.2018.72.1.1>

6. González M, Gómez M, Otero W. Cuerpos extraños en esófago. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2006;21(3):150-61.
7. Aponte-Martín DM, Nuñez-Renza JE, Córdoba-Guzmán AC, Parra-Parra V, Huertas-Quintero MM, Acero F, et al. Cuerpos extraños del tracto digestivo: experiencia de 14 años en una clínica universitaria. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2024;38(4):472-8.
<https://doi.org/10.22516/25007440.1086>
8. Veerapthiran K, Tudu HC, Mohanty SK, Totadri VM, Debata PK. Impacted metallic foreign body in esophagus: our experience with a turbulent case and a review of management protocols. *J Indian Assoc Pediatr Surg*. 2025;30(2):241-3.
https://doi.org/10.4103/jiaps.jiaps_218_24
9. Ahmed Z, Arif SF, Ong SL, Badal J, Lee-Smith W, Renno A, et al. Cap-assisted endoscopic esophageal foreign body removal is safe and efficacious compared to conventional methods. *Dig Dis Sci*. 2023;68(5):1411-25.
<https://doi.org/10.1007/s10620-022-07741-z>
10. Tashtush NA, Bataineh ZA, Yusef DH, Quran TM, Rousan LA, Khasawneh R, et al. Ingested sharp foreign body presented as chronic esophageal stricture and inflammatory mediastinal mass for 113 weeks: case report. *Ann Med Surg (Lond)*. 2019;45:91-4.
<https://doi.org/10.1016/j.amsu.2019.07.028>
11. Mohajeri G, Fakhari S, Ghaffarzadeh Z, Piri-Ardakani M. A case of the long-time presence of a large foreign body in esophagus without complication. *Adv Biomed Res*. 2016;5:205.
<https://doi.org/10.4103/2277-9175.191001>
12. Yahyaoui S, Jahaouat I, Brini I, Sammoud A. Delayed diagnosis of esophageal foreign body: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2017;36:179-81.
<https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2017.05.028>