

XLI Curso de actualización

Pediatría

saberes y argumentos compartidos **2025**
La niñez, tan diversa como nuestro país



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

“De la Curiosidad a la urgencia” Ingesta de cuerpo extraño en pediatría

María Victoria Lesmes Londoño

Residente de Pediatría

Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia.

Juan Diego Restrepo García

Residente de Pediatría

Facultad de Medicina Universidad de Antioquia.

Claudia Liliana Losada Gómez

Pediatra gastroenteróloga y hepatóloga

Hospital Universitario San Vicente Fundación.

Pediatría

saberes y argumentos compartidos 2025
La niñez, tan diversa como nuestro país



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina

Introducción y epidemiología

La ingesta de cuerpo extraño en la pediatría es un accidente que ocurre con frecuencia y representa la segunda causa de endoscopia urgente después de la hemorragia de vías digestivas. Consiste en la introducción en la vía digestiva de un cuerpo o partícula que puede ser de origen orgánico o inorgánico. Como otros accidentes, muchos de estos episodios son prevenibles, por lo que la educación a padres y cuidadores es esencial (1).

Los eventos no presenciados son la mayoría. Anualmente estos accidentes dan cuenta de más de 100.000 visitas al servicio de urgencias. La tasa de ingesta de cuerpo extraño ha incrementado un 91,5 % en los últimos 20 años. Durante la pandemia de Coronavirus la incidencia de ingesta de objetos peligrosos aumentó, posiblemente por el tiempo que permanecieron los niños en casa. El 80 % de las ingestas de cuerpo extraño ocurre en niños menores de 5 años (media de 2,8 años). La mayoría de las consultas son en las primeras 36 horas tras la ingesta y aproximadamente en la mitad de los casos la presentación es asintomática.

Bajo la denominación general de cuerpos extraños pueden encontrarse dos tipos diferentes de objetos en el tracto digestivo alto:

1. Orgánicos: estos pueden ser romos o punzantes, de origen alimentario (como un bolo de carne, espinas de pescado o fragmentos de hueso).

2. Inorgánicos: los verdaderos cuerpos extraños (monedas, juguetes, alfileres). Entre estos últimos se deben diferenciar los objetos peligrosos como "las pilas de botón", que precisan de extracción urgente porque pueden producir una lesión tisular por decúbito, quemadura electroquímica y causticidad, además de ser potencialmente tóxicas (2,3).

Al diagnóstico la localización varía en frecuencia, un 20 % suelen localizarse en esófago, 60 % en estómago y del 10-20 % en el intestino delgado. Aproximadamente el 80 % de los cuerpos extraños atraviesan el tubo digestivo sin ocasionar síntomas ni complicaciones y el 20 % se puede impactar en el esófago. De estos, el 19 % requieren extracción endoscópica y el 1 % extracción quirúrgica. En niños mayores de 2 años, objetos de menos de 2,5 cm de ancho y hasta 6 cm de longitud pasan el píloro sin problemas. En niños pequeños y

lactantes, el límite de la longitud es de 3 cm. Es recomendable extraer aquellos de tamaño superior al referido, así como los punzantes y/o cortantes (1,2).

Factores de riesgo

Hay aspectos propios de la infancia que explican la alta incidencia de accidentes a esta edad:

- Propensión a llevarse cosas a la boca.
- Reflejos deglutorios inmaduros.
- Molares incompletos.

Otros factores que favorecen el riesgo de estos eventos son:

- Niños con diagnóstico psiquiátrico.
- Niños con retraso en el neurodesarrollo.
- Edad menor de 6 años.

También hay factores que aumentan el riesgo de complicaciones:

- Anormalidades del sistema digestivo secundarias a procedimientos quirúrgicos (estrecheces, fístulas).
- Esofagitis.
- Enfermedad neuromuscular.
- Malformaciones congénitas de la vía digestiva.

Además, las características anatómicas normales del tracto digestivo condicionarán unos sitios donde el cuerpo extraño puede quedar retenido, estos son:

- En esófago:
 - Proximal: a nivel del músculo cricofaríngeo.
 - Medio: a nivel de la impronta aórtica.
 - Distal en la unión esofagogástrica.

“De la Curiosidad a la urgencia” Ingesta de cuerpo extraño en pediatría

- Píloro.
- Flexura duodenal.
- Ángulo de Treitz
- Válvula ileocecal.

Los objetos que encuentran los niños en casa son aquellos que ingieren con más frecuencia, por lo que la disponibilidad de objetos y alimentos inapropiados para la edad o nivel de desarrollo son el principal factor de riesgo (2).

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas pueden ser muy variables y van a depender del lugar anatómico donde se aloja el objeto, el tiempo de evolución desde la ocurrencia de la ingestión, el tipo de objeto, la edad del paciente y la presencia de complicaciones:

- Un cuerpo extraño que está alojado en el esófago puede producir dolor retroesternal, disfagia, odinofagia, regurgitación y sialorrea.
- Si se produce una perforación esofágica aparece dolor, enfisema subcutáneo, fiebre e incluso en ocasiones un cuadro séptico.
- Pueden causar síntomas respiratorios, como disnea, estridor, sibilancias, taquipnea y tos, por compresión o por irritación traqueal.
- Un cuerpo extraño de larga data se puede manifestar con neumonía aspirativa, hemorragia de vías digestivas o neumomediastino.
- Los objetos que quedan alojados en el estómago dan pocos síntomas, excepto en aquellos casos en los que se produce una perforación o erosión de la cavidad gástrica.
- Un objeto en el duodeno puede dar un cuadro oclusivo o pseudo oclusivo (1-4).

Historia clínica y examen físico

Una vez establecida la sospecha, el interrogatorio y examen

físico deben ser completos, pero con mayor énfasis en los siguientes aspectos que serán fundamentales para tomar decisiones sobre el manejo.

En la anamnesis se debe interrogar ampliamente a los acompañantes acerca de:

- Antecedentes personales: cirugías o enfermedades del tracto digestivo, alergias, uso de medicamentos, enfermedades crónicas.
- Tipo de cuerpo extraño ingerido: punzantes, romos, imanes, monedas, pilas.
- Tamaño y número de objetos ingeridos.
- Tiempo transcurrido desde la ingesta del cuerpo extraño.
- Interrogar sintomatología actual o previa (síntomas agudos y crónicos).
- Tiempo de ayuno.

En el examen físico, inicialmente se debe evaluar el estado ventilatorio, la estabilidad cardiovascular y el estado neurológico con el fin de definir si se requieren intervenciones inmediatas para salvaguardar la vida. Posteriormente se deben evaluar la presencia de otros hallazgos que pueden modificar el manejo y que son esenciales para descartar complicaciones, tales como:

- Presencia de cuerpos extraños en orofaringe. La realización de maniobras invasivas está contraindicada salvo para su extracción en paciente inconsciente con obstrucción total, o en caso de cuerpo extraño enclavado a dicho nivel.
- A nivel del cuello presencia de signos de perforación como tumefacción, eritema o crepitación.
- A la auscultación pulmonar presencia de signos de compresión traqueal como presencia de estridor o sibilancias.
- Signos de obstrucción o perforación u obstrucción intestinal en la exploración del abdomen (1,4).

Pediatría

saberes y argumentos compartidos 2025

La niñez, tan diversa como nuestro país



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

Ayudas diagnósticas

Además de una historia clínica y examen físico completos, para el abordaje de esta patología las imágenes son una herramienta imprescindible.

- **Rayos X:** Se debe realizar a todos los pacientes independientemente de la presencia o no de síntomas. Se recomienda realizar radiografía simple anteroposterior y lateral de cuello, tórax y abdomen con el objetivo de ver su ubicación (en el caso de cuerpos extraños radiopacos) y descartar complicaciones, como aire perivertebral, neumomediastino, ensanchamiento mediastinal o derrame pleural.

Cuando se va a realizar endoscopia, el intervalo entre la radiografía y la endoscopia debe ser menor de 1 hora para evitar exploraciones innecesarias pues el cuerpo puede migrar, en caso de demora en la endoscopia se debe repetir la imagen.

Permite diferenciar objetos similares como pilas y monedas. Cuando se trata de una pila en la proyección AP se observa el “signo de doble halo periférico” y en la lateral “signo de la escalera” que se explican porque las baterías tienen diámetros diferentes en cada cara, la de menor diámetro corresponderá al polo negativo de la pila que suele producir mayor daño.

Pueden verse signos como compresión traqueal, desviación traqueal, atrapamiento de aire en esófago o signos de obstrucción intestinal cuando hay objetos que no son visibles (1-4).

- **Tomografía:** Se recomienda ante sospecha de complicaciones como perforación. También podría ser una técnica para evaluar cuerpos radiolúcidos (2).
- **Resonancia magnética:** No está indicada de rutina en la evaluación inicial, pero podría ser útil para evaluación de complicaciones luego de la extracción del cuerpo, especialmente cuando se trató de una pila (2).
- **Otros:** La ecografía ha demostrado localizar con éxito cuerpos extraños radiolúcidos y radiopacos en esófago superior, se debe tener en cuenta que es operador dependiente. Los estudios con contraste no están indicados

de rutina pues retrasan el tratamiento al dificultar la visualización en la endoscopia y además hay riesgo de aspiración del contraste (1,4).

En caso de que no sea posible evidenciar el cuerpo extraño en la imagen inicial, si existe la sospecha de ingesta de cuerpo extraño está indicada la exploración endoscópica en todos los casos.

Manejo: Medidas generales y específicas

Medidas generales

Como en todos los casos de atención en urgencias, el primer paso es evaluar el ABCDE, entonces se buscará asegurar la estabilidad hemodinámica, oxigenación y ventilación del paciente.

Ante un caso de obstrucción completa de la vía gastrointestinal en segmento superior que se puede presentar con sialorrea abundante y distrés respiratorio hay que considerar la intubación orotraqueal con el fin de proteger la vía aérea de la obstrucción vecina. Cuando por el contrario la clínica es compatible con obstrucción incompleta el manejo dependerá de la forma, tipo, localización y tamaño del cuerpo extraño (3).

Medidas específicas

- **Manejo conservador:** este será el que recibirán la gran mayoría de pacientes, solo del 10 al 20 % van a requerir endoscopia y menos del 1 % manejo quirúrgico.
- **Indicaciones:** Ingesta de cuerpos extraños romos y pequeños (diámetro <2 cm y longitud <5 cm), que no sean imanes o pilas + ausencia de signos que sugieran complicación.
- **¿En qué consiste?** seguimiento ambulatorio con radiografía semanal para evaluar la progresión. En caso de persistencia del cuerpo extraño en estómago luego de 3-4 semanas está indicado realizar extracción endoscópica + educación adecuada en signos de alarma para consultar por urgencias, por riesgo de complicaciones.
- **Nota:** no hay evidencia de que el uso de procinéticos, enemas o las modificaciones dietarias sean eficaces para

“De la Curiosidad a la urgencia” Ingesta de cuerpo extraño en pediatría

facilitar la progresión del cuerpo extraño (3-4).

endoscópico va a depender del tipo de cuerpo extraño y la existencia o no de impactación esofágica (**Tabla 1**).

- Manejo endoscópico: la indicación de realizar manejo

Tabla 1. Indicación de extracción endoscópica de cuerpos extraños

Esofágicos	• Todos en menos de 24 horas. Riesgo de lesión por decúbito y perforación. • Cuando hay impactación del bolo alimenticio se debe buscar patología esofágica subyacente.
Gástricos y duodenales	• Punzantes o afilados. • >6 cm de longitud y/o >2,5 cm de ancho. • Contenido cáustico (pilas) / imanes.
Estacionarios	• >4 semanas en el estómago. • >1 semana en duodeno. • Aparición de síntomas.

La extracción endoscópica de un cuerpo extraño conlleva riesgos, por tanto, debe ser realizado por un endoscopista pediatra con experiencia, con una instrumentación adecuada que incluye endoscopio flexible, pinzas específicas (dientes de ratón, cocodrilo), canastilla de dormia, asas, sobretubo para proteger la mucosa de objetos que puedan producir erosión o perforación.

Consideraciones especiales

- **Cuerpos extraños punzantes:** se deben extraer de forma emergente o urgente según su localización, en caso de que no sea accesibles endoscópicamente se recomienda seguimiento clínico-radiológico. En caso de aparición de síntomas o persistencia en el mismo sitio más de tres días se debe valorar la extracción mediante enteroscopia o de forma quirúrgica.
- **Pilas de botón:** Las pilas de botón actuales tienen una mayor potencia de voltaje y en consecuencia una mayor capacidad corrosiva. Si se encuentran en esófago se deben extraer de forma emergente independientemente de los síntomas, ya que son un alto riesgo de necrosis y

perforación. En el estómago se consideran menos lesivas, por lo que se puede observar, en ausencia de sospecha de complicación, durante 48 horas y proceder a su extracción endoscópica si no progresan. Cuando no son accesibles por endoscopia, se deben realizar radiografías cada 3-4 días para valorar su progresión.

- **Imanes:** La ingesta de un solo imán con bordes redondeados tiene poco riesgo de generar complicaciones, sin embargo, la ingesta de dos o más imanes puede ocasionar necrosis de la pared, fístulas, perforaciones e incluso obstrucciones intestinales. Se recomienda extracción urgente siempre que haya más de un imán (o bien uno solo más un objeto metálico) y sean accesibles endoscópicamente.

- **Paquetes de droga:** Suelen ser bolsas plásticas o de látex que contienen cocaína o heroína. En estos casos no se debe realizar manejo endoscópico debido al alto riesgo de rotura con la extracción; Se debe realizar extracción quirúrgica en caso de toxicidad, sospecha de rotura, obstrucción intestinal, perforación o falta de progresión durante 48 horas.

• **Bezoares:** Son cuerpos extraños de naturaleza orgánica que se forman en el estómago por la ingesta de cabellos o restos vegetales. Debido a su gran tamaño raramente es

posible su extracción endoscópica. La mayoría de las veces requieren remoción quirúrgica (1-4).

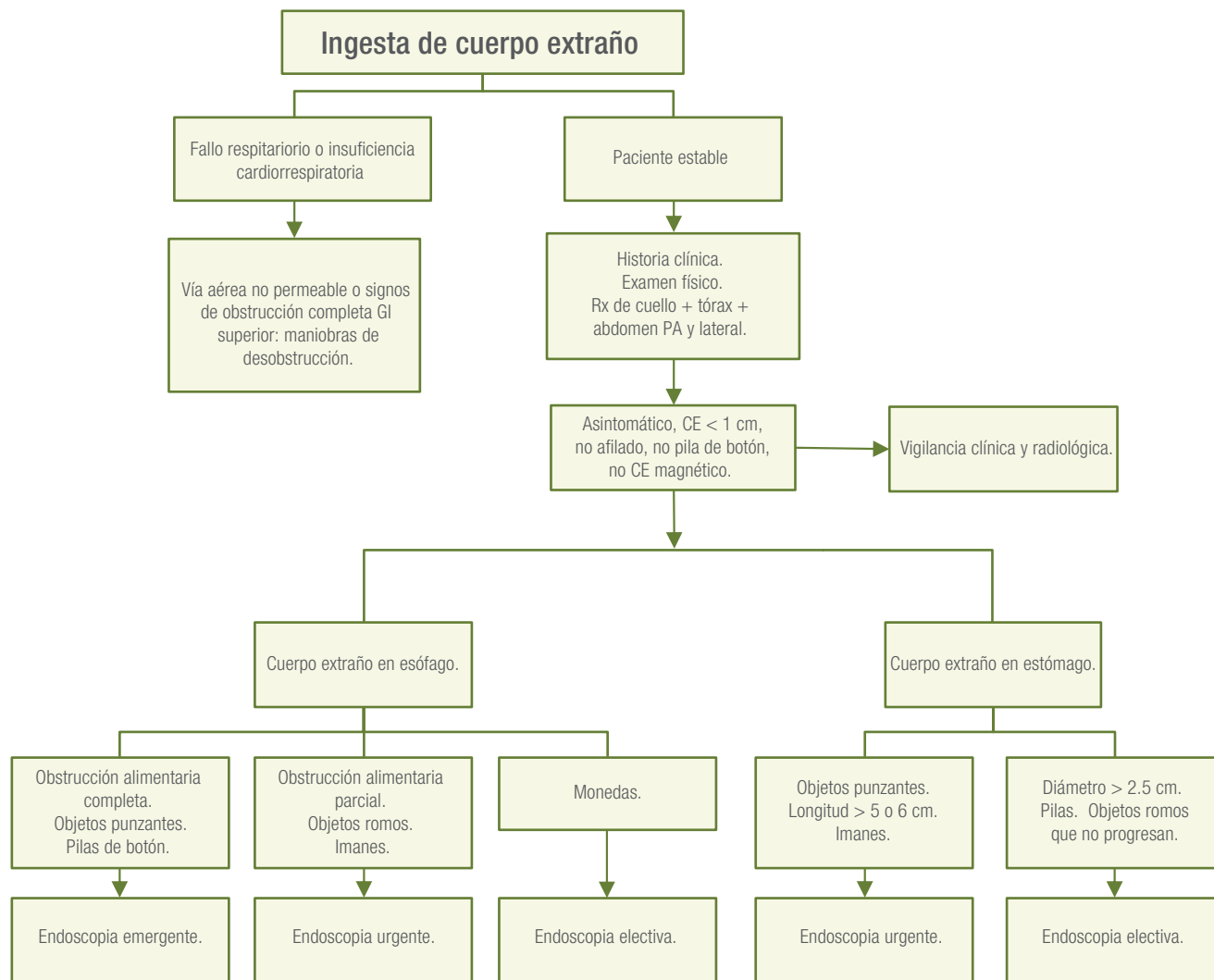


Figura 1. Algoritmo de manejo, cuerpo extraño en pediatría.

“De la Curiosidad a la urgencia” Ingesta de cuerpo extraño en pediatría

Complicaciones

Se presentan hasta en el 3 % de los casos y pueden ser:

- Producto del cuerpo extraño: según las características del objeto se pueden producir erosiones, úlceras, estenosis, perforación, colecciones u obstrucción.
- Secundarias al procedimiento usado para la extracción: relacionadas al procedimiento endoscópico, cardiopulmonares, relacionadas con la sedación, infecciosas, perforación y sangrado (1).

Prevención

La mejor medida para evitar el riesgo que representa este accidente es la prevención. Algunas de las recomendaciones del pediatra para los cuidadores son:

- Vigilancia: Es la más importante. Mientras el niño juega y explora su mundo debe ser vigilado por un adulto que pueda identificar los riesgos y actuar de manera rápida.
- Juguetes apropiados para la edad:
 - Estar atentos a las etiquetas de “edad recomendada” que tienen diferentes juegos, pues esta se asigna teniendo en cuenta el tamaño de las piezas de este y el material con el que se elaboró.
 - Los juegos de pelota deben ser con una más grande que el tamaño de una pelota de Golf.
 - No permitir que jueguen con objetos fácilmente desmontables: ej. tornillos, pilas o fichas.
 - Evitar juegos con globos o guantes de látex.
 - Desechar los juguetes rotos.
- Objetos que deben estar fuera del alcance del niño:
 - Mantener las bolsas, envoltorios de plástico y frascos que contengan químicos cáusticos fuera del alcance del niño.

• Espacio de sueño seguro:

- Garantizar que el espacio donde el niño duerma esté libre de objetos y juguetes blandos, especialmente de los juguetes con cuerdas o con trozos de pequeño tamaño (5).

Mensajes indispensables

- La ingesta de cuerpos extraños es uno de los principales motivos de consulta en la edad pediátrica y debe considerarse como un diagnóstico diferencial ante ciertos síntomas, incluso en ausencia de un relato claro del incidente.
- La evaluación inicial debe incluir un interrogatorio detallado y un examen físico exhaustivo, seguidos de radiografía de cuello, tórax y abdomen, tanto de frente como de perfil, para una adecuada visualización y diagnóstico del objeto ingerido.
- El manejo de la ingesta de cuerpos extraños puede ser conservador o endoscópico, según el tipo de objeto, su localización y el tiempo transcurrido desde su ingesta.
- La ingesta de pilas de botón es considerada una emergencia médica debido al alto riesgo de complicaciones graves que puede generar, requiriendo una intervención urgente.
- La educación preventiva es una responsabilidad clave para los médicos pediatras, quienes deben reforzar las recomendaciones sobre seguridad infantil en cada consulta, especialmente durante las edades de mayor riesgo.
- La prevención continua es crucial para reducir la morbilidad asociada a estos accidentes.
- Es esencial identificar las circunstancias en las que ocurren estos eventos para poder ofrecer orientación efectiva a las familias, subrayando la importancia de que los niños estén siempre bajo la supervisión de adultos responsables y atentos.

Pediatría

saberes y argumentos compartidos 2025

La niñez, tan diversa como nuestro país



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

Bibliografía

1. SEGHN. Guía práctica en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Ed.Ergon 2021.
2. Powers K, Baldassari C, Lucas J. Pediatric esophageal foreign bodies and caustic ingestions. Otolaryngol Clin North Am [Internet]. 2024;57(4):623–33.
3. Lobeiras A. Ingesta y aspiración de cuerpo extraño. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría. SEUP. Ed. 4, 2024.
4. Cuadros Martínez M, Gonzalo Bada N, Froilán Torres C, Martín-Arranz MD. Protocolo diagnóstico y terapéutico de los cuerpos extraños en el tracto digestivo superior. Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Paz;Madrid, España. 2024.
5. Luna J, Olabarri M, Domènech A, Rubio B, Yagüe F, Benítez MT, Esparza MJ, Mintegi S. Recomendaciones sobre la prevención de aspiraciones de cuerpos extraños. España. 2016.