



REPORTE DE CASO

Complicaciones infrecuentes en un solo paciente: perforación esofágica, lesión vascular cervical e infección de tejidos blandos causadas por una espina de pescado

Infrequent complications in a single patient: esophageal perforation, cervical vascular injury, and soft tissue infection caused by a spine

Hernando Marulanda Fernández^{1,2} , Juan Sebastián Frías Ordoñez³ , Zoraida Contreras⁴ , Jorge Peñafiel Ruiz⁴ , William Otero Regino^{1,3,5} 

¹ Centro de Gastroenterología, Bogotá, Colombia.

² Gastroenterología y endoscopia digestiva, Hospital Santa Clara, Bogotá, Colombia.

³ Gastroenterología y endoscopia digestiva, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

⁴ Cirugía general, Hospital Santa Clara, Bogotá, Colombia.

⁵ Gastroenterología, Hospital Universitario Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Recibido: 19/6/2024

Aprobado: 11/11/2024

En línea: 30/12/2024

Contribución de los autores

Todos los autores analizaron e interpretaron los datos del paciente, escribieron el manuscrito, analizaron e interpretaron la imagen y contribuyeron a la preparación del manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron el manuscrito final.

Conflicto de intereses

Los autores no declararon conflictos de interés.

Financiamiento

Los autores no recibieron apoyo financiero.

Citar como

Marulanda Fernández H, Frías Ordoñez JS, Contreras Z, Peñafiel Ruiz J, Otero Regino W. Complicaciones infrecuentes en un solo paciente: perforación esofágica, lesión vascular cervical e infección de tejidos blandos causadas por una espina de pescado. Rev Gastroenterol Peru. 2024;44(4):391-5. doi: 10.47892/rgp.2024.444.1753

RESUMEN

En este artículo, presentamos un caso clínico excepcionalmente raro y desafiante. Se trata de una mujer de 65 años que, mientras comía, ingirió accidentalmente una espina. Este cuerpo extraño, tras ser ingerido, migró desde el esófago proximal, hasta penetrar en la vena yugular interna izquierda. Este fenómeno inusual presentó como síntoma principal, disfagia alta de curso agudo, acompañada de un hematoma en el hemicuello izquierdo. Este caso no solo destaca la gravedad potencial de la ingesta accidental de cuerpos extraños, sino también la posibilidad de migración a localización infrecuentes potencialmente graves que conlleva a retos diagnósticos y terapéuticos. La migración de cuerpos extraños a través de los tejidos blandos y su posterior impacto en estructuras vasculares críticas son eventos extremadamente raros y requieren una intervención médica inmediata y especializada.

Palabras clave: Migración de Cuerpo Extraño; Cuerpos Extraños; Esófago; Tracto Gastrointestinal Superior; Tomografía; Urgencias Médicas (fuente: DeCS Bireme).

ABSTRACT

In this article, we present an exceptionally rare and challenging clinical case. It concerns a 65-year-old woman who, while eating, accidentally ingested a thorn. This foreign body, after being swallowed, migrated from the proximal esophagus, until it penetrated the left internal jugular vein. This unusual phenomenon presented as the main symptom, high dysphagia of acute course, accompanied by a hematoma in the left hemicolllar. This case not only highlights the potential seriousness of accidental foreign body ingestion, but also the possibility of migration to potentially serious infrequent locations leading to diagnostic and therapeutic challenges. Foreign body migration through soft tissue and subsequent impact on critical vascular structures are extremely rare events and require immediate and specialized medical intervention.

Keywords: Foreign-Body Migration; Foreign Bodies; Esophagus; Upper Gastrointestinal Tract; Tomography; Emergencies (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Los cuerpos extraños (CE) migratorios que perforan la mucosa del tracto aero-digestivo, y posteriormente atraviesan la pared esofágica para migrar extraluminalmente, representan un desafío clínico significativo ⁽¹⁾. Esta condición, aunque poco frecuente, puede manifestarse con una amplia variedad de síntomas desde leves hasta complicaciones potencialmente mortales. ⁽²⁾ La sospecha clínica se fundamenta en una historia compatible, hallazgos radiológicos específicos y la exclusión endoscópica del cuerpo extraño en el lumen ⁽³⁾. La presentación clínica puede ser engañosa, dificultando el diagnóstico precoz, aumentando el riesgo de complicaciones graves como la perforación esofágica, trombosis vascular e infecciones del cuello ^(4,5). La detección temprana mediante técnicas de imagen,

Correspondencia:

William Otero-Regino
Unidad de Gastroenterología,
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia. Calle 44 # 59-75,
Bogotá 220246, Colombia.
E-mail: waoteror@gmail.com

particularmente la tomografía computarizada, juega un papel crucial en el diagnóstico preciso y la planificación del manejo terapéutico ⁽⁶⁾. Este artículo revisa un caso particularmente complejo de CE migratorio, destacando las complicaciones asociadas como la perforación esofágica, la trombosis de la vena yugular interna y la infección de tejidos profundos del cuello. A continuación, se discutirá en detalle la presentación clínica, los métodos diagnósticos utilizados, el manejo quirúrgico y los resultados de este caso, con el objetivo de proporcionar información valiosa para el abordaje de situaciones similares en la práctica clínica.

CASO CLÍNICO

Una mujer de 65 años edéntula parcial, usuaria de prótesis dental removible, consulta por un cuadro clínico de una semana de evolución que comenzó con disfagia alta aguda mientras comía pescado. Ante la sospecha de haber ingerido un cuerpo extraño, intentó maniobras con alimentos y un cepillo de dientes para extraerlo como mejoría parcial de los síntomas. Tres días después, ante la persistencia de la disfagia decide consultar a urgencias, el examen clínico fue normal, y se realizó una endoscopia digestiva alta en la cual no se identificó un cuerpo extraño endoluminal, con lo cual se decide dar egreso médico. Luego de siete días del inicio de los síntomas ingresa nuevamente a urgencias tras desarrollar un hematoma en el hemicuello izquierdo. En esta oportunidad el examen reveló un hematoma doloroso de 2×2 cm, ubicado en la región anterior al esternocleidomastoideo en el lado izquierdo. Ante la sospecha de cuerpo extraño migratorio se realizó una tomografía de cuello con contraste en donde se observa cuerpo extraño puntiagudo (espina) de 15 mm, en la pared lateral izquierda del tercio superior del esófago que penetra hasta la yugular interna (Figura 1), condicionando la presencia de un trombo que ocupa

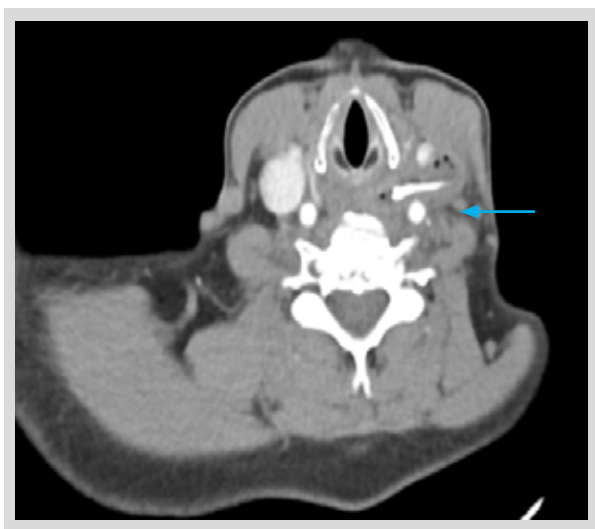


Figura 1. Tomografía de cuello con contraste, en donde se observa cuerpo extraño (flecha) en la pared lateral izquierda del tercio superior del esófago que penetra hasta la yugular interna.

más del 90 % de la luz y enfisema (Figura 2). La paciente fue llevada inmediatamente a cirugía, donde se realizó una cervicotomía. Se logró identificar la presencia del CE (Figura 3A), que había causado una perforación de 8 mm en el esófago (Figura 3B) y de aproximadamente 4 mm en la cara medial de la vena yugular interna izquierda, con fibrosis y trombosis (Figura 3C). Durante la disección del segmento esofágico comprometido, se logra la extracción del cuerpo extraño (Figura 3D), observando la salida de pus. Se ligo la vena yugular interna y se realizó un cierre primario del esófago, se utilizó un colgajo pediculado del músculo esternocleidomastoideo como refuerzo. Se indicó nutrición enteral por sonda durante el postoperatorio. La paciente evolucionó favorablemente, completó el tratamiento antibiótico y no presentó complicaciones durante la observación clínica ni en el seguimiento tomográfico. Tras garantizar la tolerancia a la vía oral, se continuó con el manejo y seguimiento ambulatorio.

Consideraciones éticas

Aprobación ética y consentimiento para participar: Este informe fue aprobado por el paciente y la familia.

Consentimiento para publicación: Se tomó el consentimiento informado por escrito del paciente para la publicación de este Informe de caso y las imágenes que lo acompañan.

Disponibilidad de datos y materiales: El intercambio de datos no es aplicable a este artículo ya que no se generaron ni analizaron conjuntos de datos durante el estudio actual.

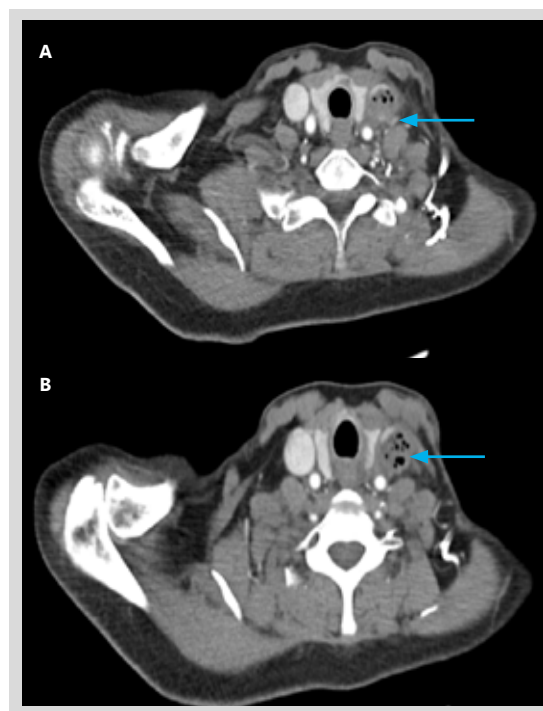


Figura 2. Tomografía de cuello con contraste, en donde se observa la presencia de trombo que ocupa más del 90 % de la luz (A) y enfisema (B).

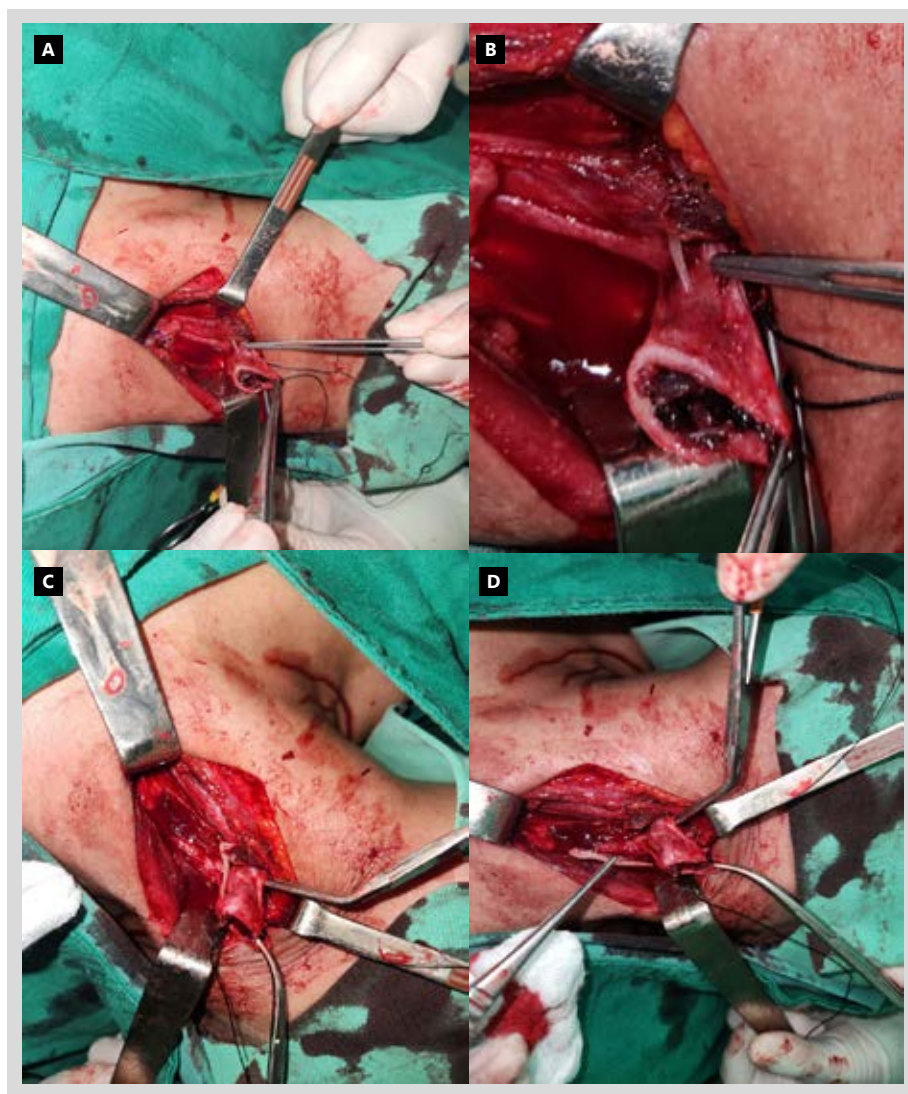


Figura 3. A) Hallazgos quirúrgicos, disección del segmento esofágico comprometido. B) Perforación de la vena yugular interna izquierda. C) Identificación del cuerpo extraño. D) Extracción del cuerpo extraño.

DISCUSIÓN

Se denomina como cuerpo extraño (CE) migratorio a aquel CE que ha sido ingerido y perfora la mucosa del tracto aero-digestivo, con migración extraluminal⁽⁷⁾. Su sospecha clínica se fundamenta en: 1 una historia clínica sugestiva, 2 hallazgo positivo en la radiografía o tomografía del cuello, y 3 hallazgos negativos en la endoscopia⁽⁸⁾. Los síntomas en su presentación pueden ser engañosos, e incluyen odinofagia, disfagia, sensación de globo, sialorrea y emesis, hasta síntomas respiratorios como disnea, tos, asfixia y estridor, hasta ser completamente asintomático⁽⁹⁾. En cuanto a las características demográficas, se sabe que la migración de CE ocurre comúnmente en adultos sin predilección de sexo, que puede ocurrir después de las 24 horas de ingestión, y puede haber falta de concepción por

parte de los pacientes acerca esta condición, y asumir que sus síntomas iniciales son triviales y que pueden disminuirse con el paso de los días. Este retraso en la presentación es uno de los probables factores responsables de la migración. Se ha encontrado mayor riesgo en alcoholismo crónico, pacientes edéntulos, uso de prótesis dentarias e historia de enfermedad psiquiátrica⁽¹⁰⁾. El presente caso se caracterizó por haber presentado características clínicas para sospecha de migración extraluminal, presentando un espectro de síntomas, como disfagia aguda alta persistente y posterior desarrollo de un hematoma en el hemicuello izquierdo, en una paciente edéntula parcial usuaria de prótesis dental removible.

De acuerdo a la literatura, la mayoría de cuerpos extraños (CE) ingeridos se incrustan en las amígdalas, la base de la

lengua o la valleculea y pueden extraerse fácilmente por vía endoscópica. En una minoría de casos, el CE penetra la mucosa esofágica y migra a través de esta ⁽¹¹⁾. En algunos casos, el cuerpo extraño puede migrar completamente a través de la pared esofágica e impactar en estructuras cervicales, e incluso asociarse a complicaciones infecciosas o vasculares ⁽¹²⁾. Los cuerpos extraños (CE) con mayor tendencia a migrar corresponden a huesos afilados y agujas. Los sitios más comunes de perforación son la pared lateral del esófago hacia el espacio paraesofágico y la dehiscencia de Killian ⁽¹³⁾ mientras que se han descrito migraciones inusuales a hígado ⁽¹⁴⁾, bazo ⁽¹⁵⁾, peritoneo ⁽¹⁶⁾, páncreas ⁽¹⁷⁾, glándula submandibular y tiroides ⁽¹⁸⁾. La migración puede ser espontánea debido a ondas peristálticas o por contracciones repetidas del cricofaríngeo en la parte proximal del cuerpo extraño. Otras causas de migración pueden ser la endoscopia, especialmente cuando el paciente lucha durante los intentos de extracción al ser realizada bajo anestesia local ⁽¹⁹⁾. El presente caso corresponde al primer caso descrito de tres complicaciones asociadas a la migración del (CE) cada una de ellas potencialmente fatales, como lo son: la perforación esofágica, la disección de la vena yugular interna, e infección de tejidos profundos del cuello, con necesidad de cirugía, y supervivencia de la paciente tras los procedimientos realizados.

Las características propias del CE son un factor importante que llevan a migración. A partir de estudios previos se ha encontrado que los CE afilados y lineales son aquellos con mayor riesgo de penetración en la mucosa y migración extraluminal. Otro aspecto de interés es el tamaño más relacionado con la migración, como tal, no se encontraron medidas absolutas, y estas varían entre 4mm a 20mm. ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ También, se ha descrito si el CE presenta un extremo afilado con dureza puede ser suficiente para penetrar en el esófago, y aquellos CE con orientación horizontal son más propensos a migrar extraluminalmente ⁽²⁰⁾. Y los sitios de mayor penetración corresponden a la hipofaringe y el esófago cervical, la cual se ve facilitada por la contracción de los músculos hipofaríngeos y cricofaríngeos ⁽²¹⁾. Muchos de estos factores se encontraban en el caso presentado tratándose de un objeto afilado, lineal, con tamaño menor a 2 cm, con orientación horizontal, y que llevó a penetración en pared de esófago cervical.

El manejo de la perforación esofágica sigue siendo un desafío, la tasa de mortalidad por perforación esofágica es del 33% ⁽²²⁾. Las complicaciones graves, como el absceso mediastínico o las lesiones vasculares, pueden duplicar la tasa de mortalidad, el diagnóstico tardío también aumenta el riesgo ⁽²³⁾. Diagnosticar la perforación esofágica puede ser difícil debido a que en un tercio de los casos se presentan síntomas atípicos, lo que lleva a un diagnóstico tardío y a un aumento en las tasas de mortalidad ⁽²⁴⁾. Actualmente, la tomografía computarizada (TC) está ampliamente disponible y permite un diagnóstico rápido, a pesar que no se obtiene de modo rutinario en la evaluación de CE, permite definir la localización del cuerpo extraño migrante y diagnosticar las complicaciones, así como planificar la estrategia terapéutica ⁽²⁵⁾. Además, en comparación a la radiografía simple se ha demostrado superioridad para

brindar detalles en relación a localización y orientación, así como demostrar la migración ⁽²⁶⁾, y costo-efectividad ⁽²⁷⁾.

La trombosis de la vena yugular interna es un evento vascular raro que se puede definir como la formación de un trombo ubicado intraluminalmente en la vena yugular interna. Las etiologías más comunes incluyen el uso de catéter venoso central de forma prolongada, el uso de drogas intravenosas ⁽²⁸⁾, el síndrome de hiperestimulación ovárica ⁽²⁹⁾, infecciones y malignidades ⁽³⁰⁾. Esta afección puede resultar en complicaciones graves como embolia pulmonar y síndrome postrombótico. El mecanismo de la trombosis venosa se atribuye a la tríada de Virchow: daño endotelial, hipercoagulabilidad y alteración del flujo sanguíneo ⁽³¹⁾. En nuestro caso tenemos daño endotelial por una espina y alteración del flujo sanguíneo resultante de una infección profunda del cuello que activa factores de coagulación iniciando el proceso trombótico.

Para los pacientes con trombosis de la vena yugular, la mayoría de los autores recomiendan un tratamiento conservador con antibióticos intravenosos y drenaje quirúrgico de las infecciones profundas del cuello ⁽³²⁾. No se ha recomendado de forma rutinaria la escisión de la vena yugular interna ni el tratamiento anticoagulante ⁽³³⁾. La trombectomía quirúrgica en venas centrales es técnicamente difícil y estaría reservada para casos refractarios a antibióticos intravenosos y tratamiento anticoagulante ⁽³⁴⁾. En nuestro caso ligamos la vena yugular interna izquierda, para evitar la extensión del trombo y los riesgos de sangrado.

En conclusión, se requiere de un índice alto de sospecha clínica para reconocer la migración de un CE. La intervención temprana es de importancia para la prevención de complicaciones. Las características principales son incluyen objetos afilados, lineales, con tamaño variable, de disposición horizontal. La migración de CE se ve facilitada por movimientos voluntarios e involuntarios de músculos cervicales y a nivel visceral durante la deglución. La endoscopia digestiva alta es el estudio de elección. La imposibilidad de identificar un cuerpo extraño ingerido mediante la endoscopia no descarta su presencia. La persistencia de los síntomas y la aparición de signos de alarma deben alertar sobre la posibilidad de un cuerpo extraño migratorio, por lo que nuestra recomendación es que debe realizar una tomografía como estudio complementario necesario para descartar completamente la presencia de CE migratorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kavitha AK, Pinto O, Moras K, Lasrado S. An unusual migrated foreign body. *J Clin Diagn Res.* 2010;4:2903-2906.
2. Divya G, Hameed AS, Ramachandran K, Vinayak KV. Extraluminal migration of foreign body: a report of two cases. *Int J Head Neck Surg.* 2013;4(2):98-101. doi: 10.5005/jp-journals-10001-1150.
3. Jayachandra S, Eslick GD. A systematic review of paediatric foreign body ingestion: Presentation, complications, and management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2013;77(3):311-7. doi: 10.1016/j.ijporl.2012.11.025.

4. Pelucchi S, Bianchini C, Ciorba A, Pastore A. Unusual foreign body in the upper cervical oesophagus: case report. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2007;27(1):38-40.
5. Benmansour N, Ouattassi N, Benmlih A, Elalami MN. Vertebral artery dissection due to an esophageal foreign body migration: A case report. *Pan Afr Med J.* 2014;17:1-2. doi: 10.11604/pamj.2014.17.96.3443.
6. Salil Kumar K, Rajan P, Muraleedharan Nampoothiri P, Jalaludhin J. Penetrating oesophageal foreign body. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003;55(3):194-5. doi: 10.1007/BF02991953.
7. Koh WJ, Lum SG, Al-Yahya SN, Shanmuganathan J. Extraluminal migration of ingested fish bone in the upper aerodigestive tract: A series of three cases with broad clinical spectrum of manifestations and outcomes. *Int J Surg Case Rep.* 2021;89:106606. doi: 10.1016/j.ijscr.2021.106606.
8. Grayson N, Shanti H, Patel AG. Liver abscess secondary to fishbone ingestion: Case report and review of the literature. *J Surg Case Reports.* 2022;2022(2):rjac026. doi: 10.1093/jscr/rjac026.
9. Sierra-Ruiz M, Sáenz-Copete JC, Enriquez-Marulanda A, Ordoñez CA. Extra luminal migration of ingested fish bone to the spleen as an unusual cause of splenic rupture: Case report and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2016;25:184-7. doi: 10.1016/j.ijscr.2016.06.028.
10. Fan T, Wang CQ, Song YJ, Wu WY, Wei YN, Li XT. Granulomatous Inflammation of Greater Omentum Caused by a Migrating Fishbone. *J Coll Physicians Surg Pakistan.* 2022;32(8):S124-6. doi: 10.29271/jcpsp.2022.Supp2.S124.
11. Mulita F, Kehagias D, Tchabashvili L, Iliopoulos F, Drakos N, Kehagias I. Laparoscopic removal of a fishbone migrating from the gastrointestinal tract to the pancreas. *Clin Case Reports.* 2021;9(3):1833-4. doi: 10.1002/ccr3.3822.
12. Lee T-H, Park S-W, Ryu S, Cho KJ, Won SJ, Park JJ. Two cases of extraluminal migration of fishbones into the thyroid gland and submandibular gland. *Ear, Nose Throat J.* 2022;14556132210987. doi: 10.1177/01455613221098787.
13. Goh YH, Tan NG. Penetrating oesophageal foreign bodies in the thyroid gland. *J Laryngol Otol.* 1999;113(8):769-71. doi: 10.1017/s0022215100145165.
14. Chee LWJ, Sethi DS. Diagnostic and therapeutic approach to migrating foreign bodies. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1999;108(2 Pt 1):177-80. doi: 10.1177/000348949910800213.
15. Remsen K, Biller HF, Lawson W, Som ML. Unusual presentations of penetrating foreign bodies of the upper aerodigestive tract. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1983;92(4 Suppl. 105):32-44. doi: 10.1177/00034894830920s403.
16. Sekar R, Raja K, Ganesan S, Alexander A, Saxena SK. Migrated Foreign Body of Upper Digestive Tract—A Ten-Year Institutional Experience. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2022;74:5577-83. doi: 10.1007/s12070-021-02890-5.
17. Vadhera R, Gulati SP, Garg A, Goyal R, Ghai A. Extraluminal hypopharyngeal foreign body. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;61(1):76-8. doi: 10.1007/s12070-009-0039-z.
18. Zohra T, Ikram M, Iqbal M, Akhtar S, Abbas SA. Migrating foreign body in the thyroid gland, an unusual case. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2006;18(3):65-6.
19. Osinubi OA, Osiname AI, Pal A, Lonsdale RJ, Butcher C. Foreign body in the throat migrating through the common carotid artery. *J Laryngol Otol.* 1996;110(8):793-5. doi: 10.1017/s0022215100134991.
20. Lue AJ, Fang WD, Manolidis S. Use of plain radiography and computed tomography to identify fish bone foreign bodies. *Otolaryngol - Head Neck Surg.* 2000;123(4):435-8. doi: 10.1067/mhn.2000.99663.
21. Drakos P, Ford BC, Labropoulos N. A systematic review on internal jugular vein thrombosis and pulmonary embolism. *J Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2020;8(4):662-666. doi: 10.1016/j.jvsv.2020.03.003.
22. Agha R.A., Franchi T., Sohrabi C., Mathew G., Kerwan A., SCARE Group The SCARE 2020 guideline: updating consensus Surgical CAse REport (SCARE) guidelines. *Int. J. Surg.* 2020;84:226-230. doi: 10.1016/j.ijss.2020.10.034.
23. Lin D, Reeck JB, Murr AH. Internal jugular vein thrombosis and deep neck infection from intravenous drug use: management strategy. *Laryngoscope.* 2004;114(1):56-60. doi: 10.1097/00005537-200401000-00009.
24. Kim JE, Ryoo SM, Kim YJ. Incidence and clinical features of esophageal perforation caused by ingested foreign body. *Korean J. Gastroenterol.* 2015;66(5):255-260. doi: 10.4166/kjg.2015.66.5.255.
25. ASGE Standards of Practice Committee; Ikenberry SO, Jue TL, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, *et al.* Management of ingested foreign bodies and food impactions. *Gastrointest. Endosc.* 2011;73(6):1085-1091. doi: 10.1016/j.gie.2010.11.010.
26. Ambe P, Weber SA, Schauer M. Swallowed foreign bodies in adults. *Dtsch. Arztebl. Int.* 2012;109(50):869-875. doi: 10.3238/arztebl.2012.0869.
27. Shrimel MG, Johnson PE, Stewart MG. Cost-effective diagnosis of ingested foreign bodies. *Laryngoscope.* 2007;117(5):785-93. doi: 10.1097/MLG.0b013e31803c568f.
28. D'Costa H, Bailey F, McGavigan B, George G, Todd B. Perforation of the oesophagus and aorta after eating fish: An unusual cause of chest pain. *Emerg Med J.* 2003;20(4):385-6. doi: 10.1136/emj.20.4.385.
29. Brinster CJ, Singhal S, Lee L, Marshall MB, Kaiser LR, Kucharczuk JC. Evolving options in the management of esophageal perforation. *Ann Thorac Surg.* 2004;77(4):1475-83. doi: 10.1016/j.athoracsur.2003.08.037.
30. Joshi AA, Bradoo RA. A foreign body in the pharynx migrating through the internal jugular vein. *Am J Otolaryng.* 2003;24(2):89-91. doi: 10.1053/ajot.2003.20.
31. Peng A, Li Y, Xiao Z, Wu W. Study of clinical treatment of esophageal foreign body-induced esophageal perforation with lethal complications. *Eur Arch Oto-Rhino-L.* 2012;269(9):2027-36. doi: 10.1007/s00405-012-1988-5.
32. Sengupta S, Kalkonde Y, Khot R. Idiopathic bilateral external jugular vein thrombosis—a case report. *Angiology.* 2001;52(1):69-71. doi: 10.1177/000331970105200110.
33. Chowdhury K, Bloom J, Black MJ. Spontaneous and nonspontaneous internal jugular vein thrombosis. *Head Neck.* 1990;12(2):168-173. doi: 10.1002/hed.2880120214.
34. Lee SH, Park JW, Han M. Internal jugular vein thrombosis with OHSS. *J. Clin. Ultrasound.* 2017;45(7):450-452. doi: 10.1002/jcu.22423.