


**Hospital del Niño Doctor José Renán Esquivel**  
**Servicio de Gastroenterología Pediátrica**  
**Protocolo de Atención**  
**Cuerpo extraño en esófago y tubo digestivo**

**CONTENIDO:**

1. Autores
2. Revisores
3. Declaración de conflicto de intereses de los Autores / Revisores
4. Justificación
5. Alcance y Propósito
6. Objetivos
7. Antecedentes locales del comportamiento de la enfermedad
8. Nombre de la enfermedad
9. Epidemiología
10. Definición
11. Fisiopatología
12. Criterios diagnósticos
13. Manifestaciones clínicas
14. Hallazgos de imagen
15. Diagnóstico diferencial
16. Manejo de la ingesta de cuerpo extraño en pediatría.
17. Técnicas de extracción
18. Criterios de referencia
19. Evolución y pronóstico
20. Medidas preventivas y de control
21. Seguimiento y controles
22. Referencias bibliográficas
23. Anexos

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Gastroenterología	<b>CÓDIGO: PR-19-02</b>	Página <b>2</b> de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo de Cuerpo Extraño en esófago y Tubo Digestivo	<b>Edición:</b> Septiembre 2018	
	<b>Elaborado:</b> Servicio de Gastroenterología	<b>Revisión N°1: Agosto de 2025</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

## 1. Autores

Servicio de Gastroenterología Pediátrica Hospital del Niño Doctor José Renán Esquivel.

## 2. Revisores

Dr. Néstor Barrios. Residente de Gastroenterología, Dr. Ricardo McCalla, Dra. Analissa Sánchez, Dra. Ecaterina Julio, Dr. Ricardo Chanis, servicio de Gastroenterología, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

## 3. Declaración de conflicto de intereses de los Autores / Revisores

Los autores y revisores participantes en la elaboración de este protocolo de atención declaran que no existen conflictos de intereses que afecten el contenido.

El contenido de este protocolo está basado en la evidencia actualizada de guías de manejo del cuerpo extraño en la vía digestiva haciendo referencia a las técnicas de extracción indicadas según el tipo, tamaño y localización del cuerpo extraño.

## 4. Justificación

- La mayoría de ingestas de cuerpo extraño ocurren en niños entre 6 meses y los 3 años.
- Los niños cursan muchas veces asintomáticos o tienen síntomas transitorios en el momento de la ingesta.
- El manejo clínico hace énfasis en identificar y tratar las causas o riesgo de complicación, que depende del tipo, tamaño y la localización del mismo.
- De no brindarse una evaluación oportuna las potenciales complicaciones incidirán en la morbi-mortalidad de los pacientes.


## 5. Alcance y Propósito

### Alcance

Este protocolo está dirigido a la población pediátrica que requiera la evaluación o atención en el Hospital del Niño Doctor José Renán Esquivel, ya sea en cualquiera de las vías de consulta, el cuarto de urgencias o área de consulta externa especializada.

### Propósito

El propósito es principalmente implementar y elaborar un protocolo que nos permita atender a los pacientes pediátricos que consulten por ingesta de cuerpo extraño sea sospechado o confirmado en el Hospital del Niño Doctor José Renán Esquivel.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Gastroenterología	<b>CÓDIGO: PR-19-02</b>	Página <b>3</b> de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo de Cuerpo Extraño en esófago y Tubo Digestivo	<b>Edición:</b> Septiembre 2018	
	<b>Elaborado:</b> Servicio de Gastroenterología	<b>Revisión N°1: Agosto de 2025</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

## 6. Objetivos

### Objetivo General

- Establecer un protocolo de atención para el paciente con sospecha de cuerpo extraño en esófago, estómago o intestino.


### Objetivos específicos

- Delimitar regiones anatómicas y límites que definen que técnica de extracción endoscópica (rígida o flexible) sea la más indicada según localización y tipo de cuerpo extraño.
- Identificar los cuerpos extraños más comunes que son ingeridos en la población pediátrica.
- Detallar las manifestaciones clínicas de una ingesta de cuerpo extraño y señales de alarma.
- Especificar cuál sería el abordaje inicial, manejo acorde al tipo y localización-región anatómica y técnica de extracción del cuerpo extraño.

## 7. Antecedentes locales del comportamiento de la enfermedad

- **Chepote A y Him M** en 1986 realizan la primera publicación en Panamá, donde realizaron 448 esofagoscopias rígidas por el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital del Niño en pacientes con sospecha de cuerpo extraño. Describen que la mayoría estaba en el esófago cervical y la moneda de 1 y 5 centavos fueron los más frecuentemente encontrados.
- **Chanis R.** en 2004 hace una revisión de 4 años de ingesta de cuerpo extraños de una serie de casos igualmente extraídos con endoscopia rígida del servicio de otorrinolaringología del Hospital del Niño de Panamá donde encuentran que el cuerpo extraño más frecuentemente ingerida fue la moneda. Igualmente, en la publicación de **López H. y Bejarano R.** en 2011 en el Hospital de Especialidades pediátricas que coincide la moneda como principal objeto ingerido.

En nuestra institución desde año 2014 al 2024 se han presentado una ligera disminución en la totalidad de casos de ingesta de cuerpos extraño por año por ejemplo en 2014 se presentaron 135 casos y en el 2024 fueron 94 casos. Hubo un promedio en los últimos 10 años de 108 casos/año, con preferencia del sexo masculino y principalmente en el grupo de edad de 1 a 4 años.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Gastroenterología	<b>CÓDIGO: PR-19-02</b>	Página 4 de 21
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo de Cuerpo Extraño en esófago y Tubo Digestivo	<b>Edición:</b> Septiembre 2018	
	<b>Elaborado:</b> Servicio de Gastroenterología	<b>Revisión N°1: Agosto de 2025</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

## 8. Nombre de la enfermedad

Entidad	Código CIE 10
Cuerpo extraño en esófago	T18.1
Cuerpo extraño en estómago	T18.2
Cuerpo extraño en intestino delgado	T18.3
Cuerpo extraño en colon	T18.4
Cuerpo extraño en ano o recto	T18.5

## 9. Epidemiología

- Más de 100000 casos de ingesta de cuerpo extraño se reportan anualmente en Estados Unidos, de estos > 75% ocurren en niños.
- La mayoría de las ingestiones de cuerpos extraños ocurren en niños entre las edades de seis meses y tres años.
- El 98% de los objetos ingeridos por niños el mecanismo se da de forma accidental y los objetos ingeridos son comunes en el hogar, como monedas, juguetes, joyas, imanes etc.
- Las baterías representan una urgencia cuando se encuentran en el esófago, y de tratarse de una batería de botón sus lesiones pueden aparecer en días o semanas luego de la extracción del cuerpo extraño.

## 10. Definición

**Faringe:** se extiende desde la base del cráneo hasta el borde inferior del cartílago cricoides, anteriormente, y hasta el borde inferior de la vértebra C6 posteriormente, que se divide en 3 porciones, nasofaringe, bucofaringe y laringofaringe.


**Esófago:** su primera porción, esófago cervical empieza inmediatamente posterior y a la altura del borde inferior del cartílago cricoides. (punto de referencia inicia por debajo de vértebra C6).

### Consideraciones anatómicas:

Afortunadamente, la mayoría de los cuerpos extraños ingeridos se expulsan espontáneamente. Solo entre el 10 % y el 20 % requiere extracción endoscópica, y menos del 1 % requiere intervención quirúrgica.

Los factores de riesgo del paciente para la retención de un cuerpo extraño ingerido en el esófago incluyen:

- Edad más joven (porque es más probable que los objetos queden retenidos en un esófago más pequeño).

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Gastroenterología	<b>CÓDIGO: PR-19-02</b>	Página 5 de 21
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo de Cuerpo Extraño en esófago y Tubo Digestivo	<b>Edición:</b> Septiembre 2018	
	<b>Elaborado:</b> Servicio de Gastroenterología	<b>Revisión N°1: Agosto de 2025</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

- Malformaciones congénitas.
- Cirugía previa del esófago.
- Reflujo gastroesofágico o esofagitis eosinofílica (en particular por impactación del bolo alimenticio).
- Enfermedad neuromuscular.

## 11. Fisiopatología

El daño en general de un cuerpo extraño en tubo digestivo irá de acuerdo a tipo de objeto, localización, tiempo de evolución hasta que recibe la atención.

Los cuerpos extraños en esófago tienden a alojarse en áreas de estrechez fisiológica como:

- Músculo cricofaríngeo (cerca del 80%).
- A nivel del arco aórtico (15%).
- En el esfínter esofágico inferior (5%).

Las áreas del esófago donde se han realizado cirugías, anastomosis termino-terminales estenosis. Otras regiones del tubo digestivo: ángulo de Trietz y válvula ileocecal.

### Baterías de botón


- La necrosis por presión directa, el contacto de la pared esofágica plana con ambos polos de la pila conduce la electricidad, lo que resulta en necrosis por licuefacción proveniente de corriente eléctrica, ulceración dentro de pocas horas de ingestión y perforación temprana (inclusive las primeras 8 horas después de la ingestión).
- El voltaje de cada batería dependerá de su composición: litio manganeso 3 voltios, y 1.5 voltios las que contienen dióxido de manganeso, óxido de plata y óxido de mercurio

### Las baterías cilíndricas intactas triple A, doble A o tipo C

- Presentan baja amenaza para daño cáustico, pero por su longitud mayor de 2.5 cm pueden quedar atrapadas en el estómago en niños y adultos.
- Las baterías con fuga tienen el potencial de causar lesión por corrosión.

### Imanes

- Los imanes de alta potencia compuestos de **neodimio** (5-10x más fuerza de atracción que un imán convencional) son componentes comunes de los electrodomésticos. Estos imanes también se encuentran comúnmente en juguetes de escritorio ("buckyballs") y productos antiestrés.
- Si dos o más imanes son ingeridos en diferentes tiempos pueden atraerse a través de las capas del intestino llevando a una necrosis por presión, fístula, vólvulo, perforación, infección u obstrucción que pueden causar hasta resección intestinal.
- Puede ocurrir hemorragia intraperitoneal si los vasos mesentéricos son atrapados.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Gastroenterología	<b>CÓDIGO: PR-19-02</b>	Página <b>6</b> de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo de Cuerpo Extraño en esófago y Tubo Digestivo	<b>Edición:</b> Septiembre 2018	
	<b>Elaborado:</b> Servicio de Gastroenterología	<b>Revisión N°1: Agosto de 2025</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

### Objetos que contienen plomo

- Entre los objetos con alto contenido de plomo se incluyen las pesas de plomo utilizadas para pescar (plomadas), las pesas de cortina, los perdigones de rifles de aire comprimido y algunos juguetes o medallones.
- Puede ocurrir una intoxicación aguda en niños que ingieren objetos con alto contenido del mismo como cefalea, náuseas, vómitos y dolor abdominal.
- El ambiente ácido del estómago promueve la disolución del metal.

### Los bezoares

Se clasifican según su composición:


- Fitobezoares: compuesto de materia vegetal, son el tipo más común de bezoar.
- Tricobezoares: se componen de pelo.
- Farmacobezoares: se compone de medicamentos ingeridos (se describen los de uso prolongado, como teofilina, aspirina con recubrimiento entérico, alginato sódico y sucralfato).
- Lactobezoares: formados por cuajo de leche son poco comunes y se encuentran en recién nacidos pretérmino que reciben fórmulas concentradas.
- Otros: bezoares pueden estar compuestos de una variedad de otras sustancias (como el papel tisú, goma laca, hongos, copas de poliestireno, cemento, guantes de vinilo).

### Polímeros superabsorbentes:

- Los juguetes y productos para el hogar fabricados con polímeros superabsorbentes presentan un riesgo de obstrucción intestinal, si se ingieren.
- Estos objetos pueden expandirse de 30 a 60 veces su volumen al hidratarse.

**Objetos afilados:** los objetos puntiagudos más comunes ingeridos por los niños son alfileres, agujas y clips de papel. Los objetos tragados cuando se alojan en la hipofaringe, pueden causar un absceso retrofaríngeo. Los palillos de dientes y los huesos ingeridos tienen probabilidades de ocasionar perforación.

**Impactación alimentaria:** La impactación de carne u otro bolo alimenticio es el cuerpo extraño esofágico más común en adultos. Los niños que presentan impactación alimentaria suelen tener una patología esofágica subyacente (esofagitis eosinofílica, estenosis, esofagitis por reflujo, acalasia, membrana o anillo, o trastornos de la motilidad esofágica).

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Gastroenterología	<b>CÓDIGO: PR-19-02</b>	Página 7 de 21
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo de Cuerpo Extraño en esófago y Tubo Digestivo	<b>Edición:</b> Septiembre 2018	
	<b>Elaborado:</b> Servicio de Gastroenterología	<b>Revisión N°1: Agosto de 2025</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

## 12. Criterios diagnósticos

- Una cuidadosa historia clínica y examen físico son fundamentales para el diagnóstico y prevención de complicaciones.
- Los estudios de imagen se utilizan para confirmar y localizar el cuerpo extraño.
- Los pasos para seguir dependerán de los síntomas, de la forma, tamaño y localización del objeto.

## 13. Manifestaciones clínicas

A menudo se presentan asintomáticos, pero la sintomatología puede darse de acuerdo a la localización del objeto.

### A nivel de faringe y vía aérea:

- Síntomas respiratorios como estridor, sibilancias, asfixia.

### A nivel esófago:


- Rechazo a la alimentación, disfagia, sialorrea.
- Los niños más grandes refieren localización del dolor o molestia en cuello, sensación de atoramiento.
- Los niños con dolor torácico retroesternal tienen mayor probabilidad de presentar ulceración de la mucosa esofágica.
- Los objetos afilados pueden perforar el esófago, provocando hinchazón del cuello, crepitación o neumomediastino.
- Los cuerpos extraños esofágicos de larga duración pueden causar pérdida de peso o neumonía por aspiración recurrente debido a la disminución de la ingesta calórica y al manejo deficiente de las secreciones orales.
- También pueden dañar la mucosa y provocar estenosis o erosionar la pared esofágica, creando una fístula con la tráquea u otras estructuras cercanas y hemorragias y muerte si están cerca de la aorta.

### Estómago

- Generalmente cursan asintomáticos, sólo si son muy grandes que causen una obstrucción y que se evidencie con vómitos no biliosos, inapetencia, distensión gástrica.

### Situaciones especiales de cuerpo extraño en estómago

- Ciertos tipos de objetos gástricos (objetos afilados o largos, imanes, baterías de botón o cilíndricas) pueden requerir su extracción incluso si el paciente está inicialmente asintomático debido al riesgo de obstrucción o perforación según el tipo de cuerpo extraño. **(ver manejo y tratamiento)**

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Gastroenterología	<b>CÓDIGO: PR-19-02</b>	Página <b>8</b> de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo de Cuerpo Extraño en esófago y Tubo Digestivo	<b>Edición:</b> Septiembre 2018	
	<b>Elaborado:</b> Servicio de Gastroenterología	<b>Revisión N°1: Agosto de 2025</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

## Intestino

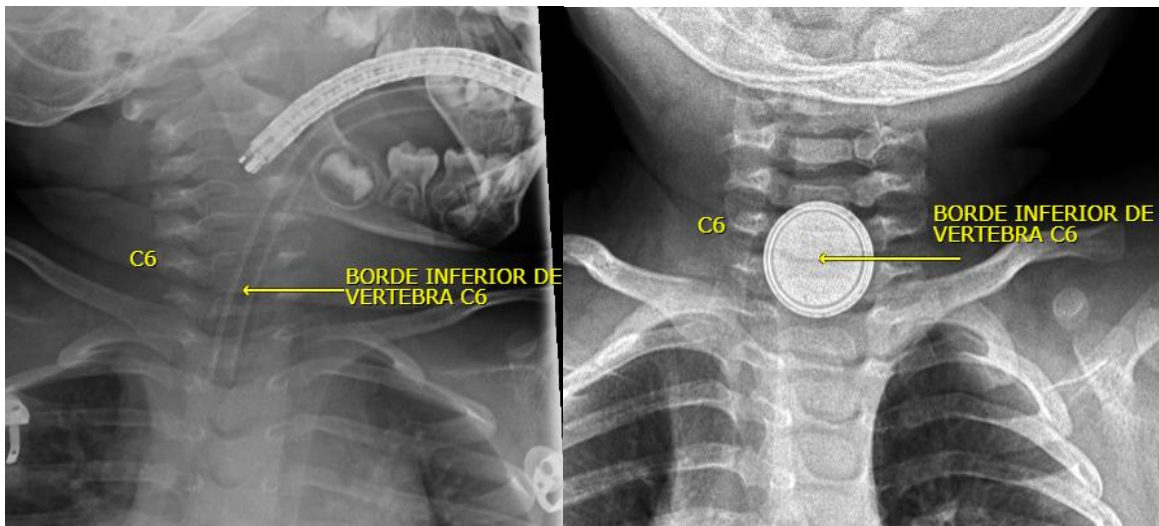
- Los objetos que pasan más allá del píloro hacia los intestinos suelen ser asintomáticos y se eliminan espontáneamente.
- En ocasiones, pueden quedar retenidos en el tracto gastrointestinal distal, donde pueden causar complicaciones tardías como obstrucción o perforación.
- La migración de un objeto punzante desde el tracto gastrointestinal al hígado puede causar un absceso hepático piógeno.

## 14. Hallazgos de imágenes

Ubicación de estructuras anatómicas, laringofaringe, músculo cricofaríngeo, esófago superior o cervical.

**Puntos de referencias anatómicas al solicitar una radiografía AP y lateral de cuello en extensión.**


**Límite inferior del músculo cricofaríngeo:** entrada de esófago superior, a nivel del borde inferior de vertebra cervical C6.



La longitud del músculo cricofaríngeo es de 2-4cm en sentido vertical, donde se pueden impactar cuerpos extraños.

**Cómo solicitar los estudios de radiología convencional.**

- Ante sospecha de ingesta de cuerpo extraño la prueba inicial es una radiografía anteroposterior y lateral de cuello en extensión, tórax y abdomen hasta la sínfisis del pubis.

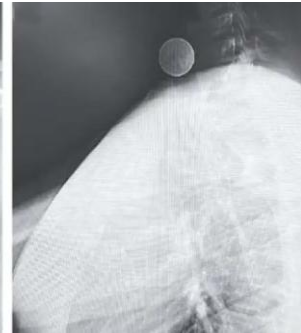
	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Gastroenterología	<b>CÓDIGO: PR-19-02</b>	Página 9 de 21
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo de Cuerpo Extraño en esófago y Tubo Digestivo	<b>Edición:</b> Septiembre 2018	
	<b>Elaborado:</b> Servicio de Gastroenterología	<b>Revisión N°1: Agosto de 2025</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

- Se debe tomar la radiografía, aunque se sospeche de un objeto radioluscente, esto es para evaluar la posibilidad de haber ingerido otros objetos.
- Objetos planos como monedas y baterías de botón, se orientan en el plano coronal y aparecen como un objeto circular en una proyección anteroposterior.
- Los objetos localizados en la **tráquea** tienden a orientarse en el plano sagital por esto son mejor vistos en proyección lateral.
- Se debe tomar una radiografía cuello y tórax justo antes de realizar el procedimiento endoscópico por el riesgo de migración del cuerpo extraño de su localización radiográfica inicial.

### Esófago



### Tráquea




- La diferencia entre una batería de botón y una moneda es:
  - La batería de botón tiene una estructura bilaminar haciendo que está aparezca como un **doble halo** en una radiografía simple.
  - En una vista lateral del cuerpo extraño, la batería de botón tiene un paso entre el cátodo y ánodo. En las monedas se ve un borde afilado y nítido.



### En caso de objetos afilados o con punta

- La radiografía tiene un valor predictivo positivo de 100% si el objeto es metálico, pero mucho más bajo para objetos plásticos (43%), espinas de pescado (26%) y madera que es completamente radioluscente.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Gastroenterología	<b>CÓDIGO: PR-19-02</b>	Página <b>10</b> de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo de Cuerpo Extraño en esófago y Tubo Digestivo	<b>Edición:</b> Septiembre 2018	
	<b>Elaborado:</b> Servicio de Gastroenterología	<b>Revisión N°1: Agosto de 2025</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

- Si la **radiografía convencional** no muestra cuerpo extraño, evaluar otro método de estudio por imagen.
- Evitar estudios radiológicos con contraste en la medida de lo posible, se prefiere la endoscopía ante la sospecha de cuerpo extraño radioluscente en paciente sintomático.
- Una evidencia indirecta de perforación es encontrar niveles hidroaéreos en el esófago y la presencia de aire libre.

### **Estudio fluoroscópico del tracto gastrointestinal superior con contraste hidrosoluble**

- Para evaluar la presencia de un cuerpo extraño radiotransparente. Se deben evitar los estudios con contraste baritado, ya que este puede dificultar la visualización en endoscopias posteriores.
- Los polímeros superabsorbentes son radioluscente por lo que el uso de radiografía no será útil.

#### **Otras imágenes:**

Si la radiografía simple no revela ningún cuerpo extraño ni anomalías, la evaluación adicional depende de las características del paciente y del cuerpo extraño sospechoso:


**Ultrasonido:** puede ser usado para determinar la localización y naturaleza del cuerpo extraño, depende de la experiencia.

#### **Tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM):**

- Si el cuerpo extraño es desconocido por los cuidadores, no se visualiza por estudios de radiología convencional y el paciente está sintomático se sugiere utilizar la **tomografía computarizada** como próximo estudio de imagen.
- De forma alternativa se puede utilizar **resonancia magnética** para la evaluación de cuerpos extraños radioluscente, pero está contraindicado en cuerpos extraños metálicos.
- No es necesario obtener imágenes por TC o RM si el paciente está completamente asintomático.

### **15. Diagnóstico diferencial**

La ingesta de cuerpo extraño puede simular cualquier patología obstructiva, inflamatoria o infecciosa de la vía digestiva o respiratoria incluso sospecha de Síndrome de Munchausen.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Gastroenterología	<b>CÓDIGO: PR-19-02</b>	Página <b>11</b> de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo de Cuerpo Extraño en esófago y Tubo Digestivo	<b>Edición:</b> Septiembre 2018	
	<b>Elaborado:</b> Servicio de Gastroenterología	<b>Revisión N°1: Agosto de 2025</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

## 16. Manejo de la ingesta de cuerpo extraño en pediatría.

Afortunadamente, la mayoría de los cuerpos extraños ingeridos se expulsan espontáneamente. Solo entre el 10 % y el 20 % requiere extracción endoscópica, y menos del 1 % requiere intervención quirúrgica

Evalúe por historia clínica:

- **Tipo de cuerpo extraño**, si es posible, el que presenció o sospecha de la ingesta del cuerpo extraño describa, enseñe foto o traiga muestra del objeto ingerido.
- **Valore los síntomas** que presenta o presentó el paciente.
- Solicite Rx AP, lateral de cuello con extensión de la cabeza, tórax y abdomen hasta sínfisis del pubis.

### Cuello y esófago

- **Ubique el cuerpo vertebral C6, si está por debajo de C6 corresponde al inicio del esófago superior.**
- Si el **extremo superior del cuerpo extraño** se encuentra por debajo de C6 la ubicación estará en esófago y llamar al servicio de Gastroenterología para extracción por **endoscopia flexible**.
- Si el **extremo superior del cuerpo extraño** se encuentra por arriba de C6 considerar **esofagoscopia rígida**. Objetos impactados en el musculo cricofaríngeo dificulta la extracción con endoscopia flexible por ser un área que no permite insuflación de aire.

### Estómago


- Los **objetos en el estómago** con características benignas (no largos ni afilados, ni una batería ni un imán) generalmente pueden manejarse de forma expectante si el paciente permanece asintomático.
- Si el objeto permanece en el estómago durante más de cuatro semanas, debe extraerse, ya que esto significa que es improbable que pase el píloro.

### Intestino delgado

- Si el objeto ha pasado al intestino delgado y el paciente está asintomático, se pueden realizar radiografías seriadas para documentar su paso.
- Se debe considerar la evaluación por el Servicio de Cirugía si el objeto no se mueve de su ubicación durante tres días consecutivos.
- La intervención quirúrgica urgente está indicada para pacientes con síntomas que sugieran obstrucción o perforación.

### Intervención urgente (ver manejo según tipo de cuerpo extraño)

- Ante ingesta de cuerpo extraño afilado, longitud mayor de 5cm o un polímero súper absorbente localizado en esófago o estómago.
- Cuando se ingiere un imán de alto poder.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Gastroenterología	<b>CÓDIGO: PR-19-02</b>	Página <b>12</b> de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo de Cuerpo Extraño en esófago y Tubo Digestivo	<b>Edición:</b> Septiembre 2018	
	<b>Elaborado:</b> Servicio de Gastroenterología	<b>Revisión N°1: Agosto de 2025</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

- Cuando una batería redonda está en esófago.
- Cuando el paciente muestra signos de compromiso de vía aérea.
- Cuando hay evidencia de obstrucción del esófago.
- Cuando hay signos y síntomas que sugieren inflamación u obstrucción intestinal.

### Manejo expectante

En pacientes sin ninguna de las características anteriores es razonable mantener una observación durante 12 a 24 horas, ya que a menudo se produce el paso espontáneo.

### Manejo de acuerdo a los tipos de cuerpo extraño

#### Monedas

##### Localización: esófago


- La moneda esofágica debe extraerse con prontitud si el paciente presenta síntomas o se desconoce el momento de la ingestión.
- Si en la radiografía de cuello se visualiza el límite superior de la moneda por arriba de C6 y está sintomático debe extraerse inmediatamente.
- Si en la radiografía de cuello se visualiza el límite superior de la moneda por debajo de C6 y está sintomático debe extraerse inmediatamente.
- Si se visualiza en el esófago, por debajo de C6 y el paciente está asintomático dar comida y observar por 24 horas.
- Si pasado el tiempo de observación la moneda no ha avanzado debe ser removido por endoscopia flexible.
- La endoscopia rígida o las pinzas de Magill son abordajes aceptables para monedas de localización proximal, con operadores experimentados.

##### Localización: estómago

- Manejo expectante según el tamaño de la moneda por 1 o 2 semanas, tomando un control radiográfico semanal. **(ver manejo de objetos grandes en estómago)**
- Se aconseja a los cuidadores que vigilen las heces para corroborar la expulsión de la moneda.
- Si la moneda no ha pasado del estómago pasado 4 semanas debe ser removido endoscópicamente.
- Vigilar si el niño presenta algún signo de obstrucción: dolor abdominal, vómitos o fiebre.

##### Localización: intestino

- Si el paciente está asintomático, se puede dar seguimiento semanal con control radiográficos hasta su expulsión.
- Si el objeto no avanza de su ubicación por > 3 días, consultar con el Servicio de Cirugía Pediátrica.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Gastroenterología	<b>CÓDIGO: PR-19-02</b>	Página <b>13</b> de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo de Cuerpo Extraño en esófago y Tubo Digestivo	<b>Edición:</b> Septiembre 2018	
	<b>Elaborado:</b> Servicio de Gastroenterología	<b>Revisión N°1: Agosto de 2025</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

- La intervención quirúrgica urgente está indicada para pacientes con síntomas que sugieran obstrucción o perforación.
- Se puede utilizar un laxante osmótico (PEG 3350 o lactulosa) en pacientes asintomáticos.

## Baterías

### Localización: esófago


- La necrosis esofágica puede ocurrir debido a la licuefacción por la corriente eléctrica y puede provocar ulceración a las pocas horas de la ingestión y perforación incluso ocho horas después.
- Una retención prolongada puede provocar necrosis por presión o fuga de material cáustico, con el consiguiente daño tisular, incluyendo perforación.
- Se recomienda su extracción vía endoscópica inmediata.
- Batería con ubicación por debajo de C6 (esófago) debe extraerse por **endoscopia flexible**.
- Si la batería se encuentra por arriba del borde inferior de C6 se prefiere **endoscopia rígida** en manos experimentadas ya que la batería se adhiere a la mucosa y dificulta la extracción por endoscopia flexible en esta área del musculo cricofaríngeo.
- Una vez en urgencias, en el niño mayor de un año (sin alergia a la miel ni a sus componentes) sugerimos administrar una dosis oral de miel 10ml o sucralfato 500 mg (2.5ml de presentación 1g/5ml) antes de confirmar la impactación esofágica mediante radiografía.
- En pacientes referidos de centros de atención médica alejados del hospital de referencia se puede iniciar la administración de miel pura a dosis de 10 ml cada 10 minutos hasta un máximo de seis dosis (dar dosis inicial en su centro de referencia y continuar administración durante el traslado hasta llegar a la institución receptora).

### Localización: estómago

- Si el paciente es menor de 5 años independientemente de la presencia de síntomas debe extraerse en las primeras 24 horas.
- Si el paciente es mayor de 5 años y está asintomático requiere seguimiento con radiografías a las 24-48 horas. Si persiste a las 48 horas se debe extraer independientemente de si presenta o no síntomas.
- Si presenta síntomas gastrointestinales antes de este periodo de tiempo debe extraerse.

### Localización: intestino

- Si el paciente está asintomático, se puede dar seguimiento con control radiográficos hasta su expulsión.
- Si el objeto no avanza de su ubicación por 3 días, consultar con el Servicio de Cirugía Pediátrica.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Gastroenterología	<b>CÓDIGO: PR-19-02</b>	Página <b>14</b> de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo de Cuerpo Extraño en esófago y Tubo Digestivo	<b>Edición:</b> Septiembre 2018	
	<b>Elaborado:</b> Servicio de Gastroenterología	<b>Revisión N°1: Agosto de 2025</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

- La intervención quirúrgica urgente está indicada para pacientes con síntomas que sugieren obstrucción o perforación.
- Se puede utilizar un laxante osmótico (PEG 3350 o lactulosa) en pacientes asintomáticos.

#### **Baterías cilíndricas**

- Esófago: se debe remover endoscópicamente.
- Estomago: vigilar 24 horas y extraer.
- Intestino: seguimiento con vigilancia de datos de perforación. Se puede utilizar un laxante osmótico (PEG 3350 o lactulosa) en pacientes asintomáticos.

#### **Objetos afilados o con punta**

##### **Localización: esófago**

- Alfileres rectos, agujas, clips y espinas de pescado alojados en el esófago o sospecha de ingesta con síntomas extraer por el riesgo de perforación.
- Si el objeto es radiopaco y su borde superior se encuentra por debajo de C6 se prefiere la extracción con **endoscopia flexible**.
- Si el objeto es radiopaco y su borde superior se encuentra por arriba de C6 se prefiere la extracción con **endoscopia rígida** con personal experimentado.

##### **Localización: estómago o duodeno proximal**


- Si debe extraer de inmediato por endoscopía flexible.

##### **Localización: intestino (después de la 2° porción de duodeno)**

- Objeto más allá de la segunda porción, hospitalizar para vigilancia de su expulsión. **“NO USAR LAXANTES”**
- Si presenta datos de obstrucción o perforación se debe consultar al Servicio de Cirugía Pediátrica.

#### **Imán único**

- La ingestión de un solo imán de alta potencia conlleva cierto riesgo, ya que el imán puede adherirse a prendas metálicas externas. (hebillas de cinturones, joyas de ombligos o botones metálicos)
- Se debe considerar la extracción endoscópica si el imán es accesible (es decir, en el esófago o el estómago)
- Se deben realizar radiografías seriadas para confirmar que el imán avanza por el tracto gastrointestinal y la ausencia de múltiples imanes.
- Se puede utilizar polietilenglicol 3350 u otro laxante para provocar la progresión del imán único por el intestino.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Gastroenterología	<b>CÓDIGO: PR-19-02</b>	Página <b>15</b> de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo de Cuerpo Extraño en esófago y Tubo Digestivo	<b>Edición:</b> Septiembre 2018	
	<b>Elaborado:</b> Servicio de Gastroenterología	<b>Revisión N°1: Agosto de 2025</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

### Ingesta de múltiples imanes

- El paciente debe ser hospitalizado y se deben remover todos los accesorios metálicos de sus prendas de vestir.
- Si los imanes se encuentran en esófago (por debajo de C6) o estómago deben ser removidos por endoscopia flexible.
- Si los imanes se encuentran más allá del estómago, notificar a Cirugía Pediátrica, su manejo dependerá de los síntomas y progresión. Pacientes asintomáticos se seguirán estrechamente con radiografías seriadas y evaluación clínica por datos de obstrucción o perforación cada 4- 6 horas.

### Impactación esofágica por alimentos

- Paciente sintomático que no pueda deglutir sus secreciones se debe extraer inmediatamente.
- Paciente asintomático que pueda tragar sus secreciones se puede esperar 24 horas para su exploración endoscópica.
- No se recomienda el uso de enzimas proteolíticas o glucagón en el manejo de la impactación u otros cuerpos extraños en esófago riesgo de hipernatremia y perforación esofágica.
- El enfoque óptimo para la extracción endoscópica de un bolo alimenticio depende de la ubicación anatómica y su textura.
- Los objetos ubicados por arriba del cuerpo vertebral de C6, pueden manejarse con un **endoscopio rígido**, mientras que aquellos en ubicaciones más distales por debajo del cuerpo vertebral de C6 pueden manejarse con una **endoscopia flexible**.
- Se debe evitar la fuerza excesiva o empuje a ciegas del bolo alimenticio para minimizar el riesgo de perforación. (recordar que la impactación de un bolo alimenticio en esófago puede estar relacionado a una patología subyacente)


### Objetos grandes en estómago

#### Niños < 5 años

- Objeto > 2.5 cm se debe retirar de inmediato.

#### Niños > 5 años

- Los objetos de 5 cm o más que se encuentren en el estómago deben retirarse porque tienen una alta probabilidad de impactarse en el área ileocecal si pasan el píloro.
- Si pasan al intestino delgado, se deben realizar radiografías seriadas y se debe considerar su evaluación por el Servicio de Cirugía Pediátrica si la misma no avanza.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Gastroenterología	<b>CÓDIGO: PR-19-02</b>	Página <b>16</b> de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo de Cuerpo Extraño en esófago y Tubo Digestivo	<b>Edición:</b> Septiembre 2018	
	<b>Elaborado:</b> Servicio de Gastroenterología	<b>Revisión N°1: Agosto de 2025</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

### Polímeros super absorbentes

- Si se sospecha la ingestión de un objeto superabsorbente en esófago o estómago, debe retirarse inmediatamente por el riesgo de obstrucción intestinal.
- Si el objeto está más allá del estómago, se debe vigilar al paciente para detectar síntomas de obstrucción intestinal y notificar al Servicio de Cirugía Pediátrica.

### Objetos que contienen plomo

- Si se sospecha la ingesta de cuerpo extraño con alto contenido de plomo debe removerse lo más pronto posible de esófago o estómago.
- El uso de inhibidores de bomba de protones puede disminuir la disolución del plomo.
- En intestino vigilar por signos de intoxicación por plomo.

### Bezoares

- La extracción endoscópica en el niño consiste en fragmentar el bezoar con chorro de agua, succión directa, pero es muy difícil si el mismo tienen gran tamaño y fragmentarlo no siempre es posible.
- La mayoría de las veces requiere extracción quirúrgica.


### Otros

- Envoltorios que contienen drogas, estos son poco frecuentes en pediatría, pero en adolescentes se ha visto que transportan cocaína y otras drogas de abuso en bolsas plásticas o de látex que ingieren para evitar el control policial. Tienen alto riesgo de intoxicación si llegara a romperse alguno de las bolsas.
- No se recomienda extracción endoscópica, sino quirúrgica.
- No se recomienda uso de laxantes.

## 17. Técnicas de extracción

### Endoscopía flexible

- Se prefiere cuando el cuerpo extraño está por debajo del cuerpo vertebral C6, porque permite su visualización y manipulación con herramientas adecuadas.
- Este procedimiento se debe realizar bajo anestesia general con un tubo endotraqueal colocado para asegurar que el cuerpo extraño no se deslice hacia la vía aérea.
- El riesgo de lesión de la mucosa durante la extracción de un objeto punzante puede minimizarse depende de su orientación:
  - Si el objeto punzante tiene el extremo afilado orientado hacia arriba se puede utilizar una capucha protectora que permita su extracción.
  - Si el objeto punzante tiene el extremo afilado orientado hacia abajo se recomienda utilizar el sobretubo.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Gastroenterología	<b>CÓDIGO: PR-19-02</b>	Página <b>17</b> de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo de Cuerpo Extraño en esófago y Tubo Digestivo	<b>Edición:</b> Septiembre 2018	
	<b>Elaborado:</b> Servicio de Gastroenterología	<b>Revisión N°1: Agosto de 2025</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

### Endoscopía rígida

- Mayormente usado en objetos impactados que se localizan por arriba del cuerpo vertebral de C6 (laringofaringe/músculo cricofaríngeo).
- La técnica requiere mucha habilidad y puede causar complicaciones como abrasión y perforación esofágica, por lo que debe ser realizado por personal entrenado para este procedimiento.

### Pinza de Magill

- Se pueden utilizar para extraer cuerpos extraños impactados en la orofaringe a la altura del músculo cricofaríngeo o por encima de él.
- En algunos casos, un objeto impactado en el músculo cricofaríngeo es visible en el momento de la intubación endotraqueal y se puede extraer directamente con las pinzas de Magill sin necesidad de intubación.

### 18. Criterios de referencia


- Todo paciente pediátrico con sospecha o confirmación de ingesta de cuerpo extraño debe ser evaluado o trasladado a instalaciones de salud de tercer nivel de atención donde se cuente con personal idóneo para la extracción de cuerpos extraños, así como las potenciales complicaciones de los mismos.
- Especial atención a la ingesta de baterías en forma de botón donde se deben tomar las acciones para su manejo y traslado inmediato. (**Ver punto 16**).

### 19. Evolución y pronóstico

- Cerca del 80-90% de los cuerpos extraños que se ingieren pasan por el tubo digestivo sin complicaciones.
- Las complicaciones que se encuentran están relacionadas con el daño a la mucosa, perforaciones, abrasiones, presencia de fístulas o estenosis.
- Puede presentarse migración del cuerpo extraño con complicaciones tales como: peritonitis, mediastinitis, neumotórax o neumonitis química.
- El mayor riesgo de desarrollar complicaciones derivadas de la introducción de cuerpos extraños está dado por el tiempo de impactación, localización, forma y tamaño del mismo.
- La ingesta de baterías de botón se ha asociado a un alto grado de morbi-mortalidad por fístula traqueo esofágica (47.9%), mediastinitis (9.6%), fístula aorto-esofágica sobre todo en menores de 5 años.

### 20. Medidas preventivas y de control


- Los objetos potencialmente peligrosos deben mantenerse bajo llave o en lugares donde el niño no pueda alcanzarlos.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Gastroenterología	<b>CÓDIGO: PR-19-02</b>	Página <b>18</b> de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo de Cuerpo Extraño en esófago y Tubo Digestivo	<b>Edición:</b> Septiembre 2018	
	<b>Elaborado:</b> Servicio de Gastroenterología	<b>Revisión N°1: Agosto de 2025</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

- Vigilar al lactante, preescolar y escolar durante los tiempos de alimentación ya que puede darse eventos de impactación o la ingesta de algún hueso de pollo o espina de pescado.
- Se debe regular la venta de juguetes no aptos para niños, especialmente aquellos que utilizan baterías de botón sin la adecuada seguridad de la misma.

## 21. Seguimiento y controles

- Es importante el seguimiento por el especialista del niño con ingesta de cuerpo extraño dependiendo del tipo de objeto, localización y presencia o no de complicaciones.

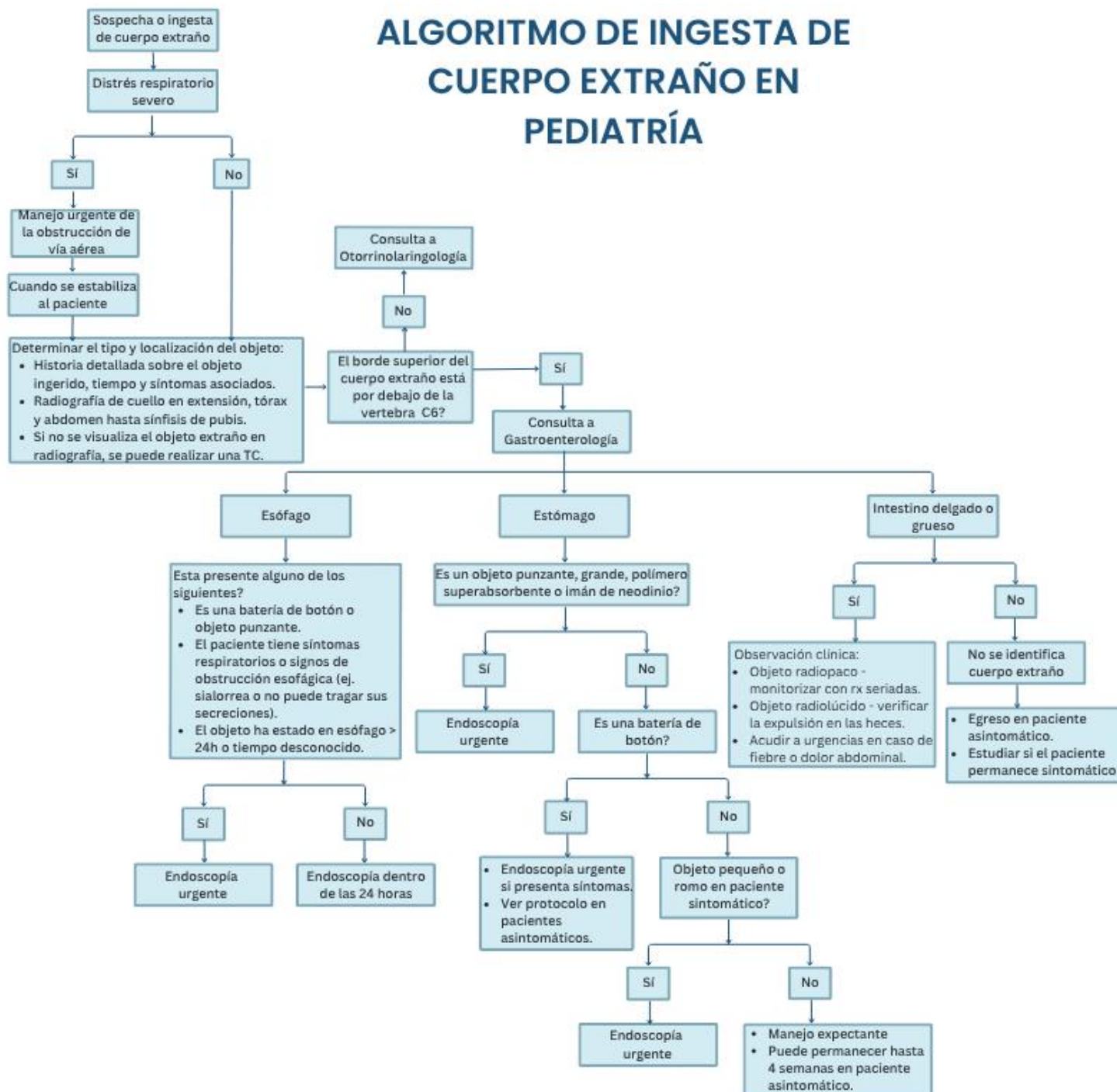
	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Gastroenterología	<b>CÓDIGO: PR-19-02</b>	Página <b>19</b> de <b>21</b>
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo de Cuerpo Extraño en esófago y Tubo Digestivo	<b>Edición:</b> Septiembre 2018	
	<b>Elaborado:</b> Servicio de Gastroenterología	<b>Revisión N°1: Agosto de 2025</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

## 22. Referencias bibliográficas

- Chepote L., Him M. Cuerpos extraños en vías aerodigestivas: revisión de casuística del Hospital del Niño, 1970-1984; II. Parte. Cuerpos extraños en esófago. Rev. Hosp. Niño (Panamá); 5 (1): 12-8, mayo 1986.
- Chanis R. Ingesta de cuerpo extraño en Pediatría Revista del Hospital del niño Panamá, Vol .20 N 2, 2004.
- López H, Bejarano et al Ingestión de cuerpo extraño revista pediátrica de Panamá 2011, volumen 40 N2.
- Departamento de Registros Médicos y Estadísticas, Patronato del Hospital del Niño. Consolidado anual por diagnóstico, sexo y grupo de edad. Diagnóstico del T18.1 al T18.5. Enero 2014 a diciembre 2024.
- Netter F. H. Atlas de anatomía humana. Octava edición. 2023.
- Moore K. Dally A. Anatomía con orientación clínica. Octava edición. 2017.
- Gilger M. Foreign bodies of the esophagus and gastrointestinal tract in children. UpToDate. Jun 2025.
- Sinclair K. Button and cylindrical battery ingestion: Clinical features, diagnosis and initial management. UpToDate. Apr 2024.
- Kramer RE, et al. Management of ingested foreign bodies in children: a clinical report of the NASPGHAN Endoscopy Committee. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2015 Apr;60(4):562-74.
- Demiroren K. Management of Gastrointestinal Foreign Bodies with Brief Review of the Guidelines. Pediatr GastroenterolHepatolNutr. 2023 Jan;26(1):1-14.
- Román Riechmann E. Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 5ª ed. Madrid: Ergon; 2021.
- Ikenberry SO, et al. Management of ingested foreign bodies and food impactions. GastrointestEndosc. 2011 Jun;73(6):1085-91.



## ALGORITMO DE INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO EN PEDIATRÍA





<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Gastroenterología	<b>CÓDIGO: PR-19-02</b>	<b>Página 21 de 21</b>
<b>Título:</b> Protocolo de manejo de Cuerpo Extraño en esófago y Tubo Digestivo	<b>Edición:</b> Septiembre 2018	
<b>Elaborado:</b> Servicio de Gastroenterología	<b>Revisión N°1: Agosto de 2025</b>	
<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

## PUNTOS DE REFERENCIA RADIOLÓGICA

