

## **Ingestión de una Prótesis Dental con Inminencia de Ruptura Esofágica.- Presentación de un Caso**

**Dr. Edgar Penagos Casas**

### **HISTORIA CLINICA**

**Paciente:** A. L. A. de R.

**Edad:** 48 años.

**E. C.:** Viuda.

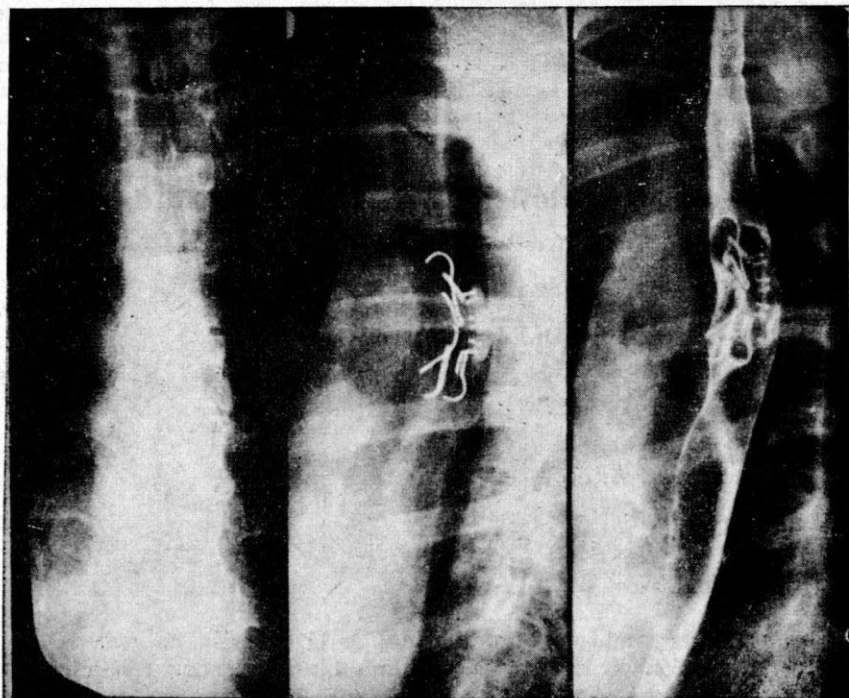
**Antecedentes familiares:** Antecedentes de hipertensión en toda la rama paterna. No hay antecedentes de alcoholismo. Siete hermanos, uno muerto de meningitis a los seis años.

**Antecedentes personales:** Operada de cornetes hace siete años. Ha tenido dos niñas en partos eutócicos; el tercero fue un aborto de dos meses. Desde los dieciocho años y coincidiendo más o menos con su menarquia ha sufrido ataques epilépticos con intervalos hasta de siete y ocho meses. Estos ataques no le han dado nunca más de dos veces en el día. El aura esta caracterizada por malestar general varias horas antes del acceso. Generalmente los ataques se presentan en los cinco días antes o durante la menstruación.

**Enfermedad actual:** El martes 26 de noviembre del 57 a las ocho de la noche tuvo un ataque epiléptico y al volver en sí notó la falta de su prótesis dental superior. A las dos horas comenzó a sentir fuerte dolor de garganta al tragar y dificultad para pasar los alimentos. Esta dificultad se hizo cada vez más notoria y el dolor comenzó a irradiarse a la espalda.

Al día siguiente consultó a su médico quien le ordenó radiografías de tórax:

Como puede verse, en la radiografía número III, existe inminente peligro de ruptura esofágica por los ganchos de vitalium tanto superiores como inferiores pues están empujando las paredes y en la parte inferior casi podría decirse que las puntas metálicas han penetrado las paredes delgadísimas del esófago, de tal manera que existe el gran peligro de producir mayores daños bien sea empujando o tratando de sacar el cuerpo extraño, teniendo en cuenta ade-



I

II

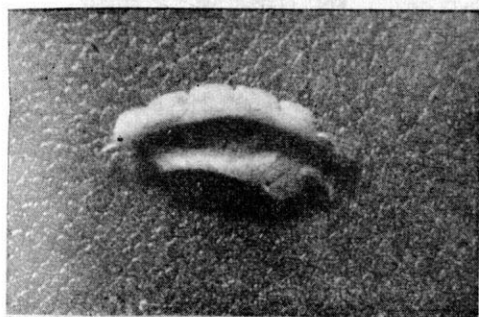
III

más que ya debe existir un edema de la mucosa. La detención se ha hecho a nivel de la estrechez fisiológica aórtica.

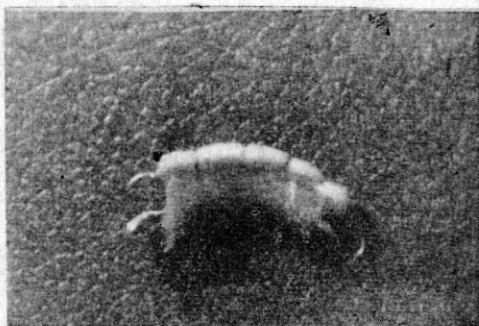
La paciente fue enviada al especialista a las quince horas de la ingestión, cuando ya los síntomas se habían agudizado muchísimo y había una obstrucción total. Ante la gravedad del caso se solicitó una junta médica la que por unanimidad aceptó la extracción por esofagoscopia, previa advertencia a los familiares de la gravedad del caso pues existe la creencia popular de que estos cuerpos pasan con la simple ingestión de grandes cantidades de banano, yuca, algodón o aceites.

A las dieciocho horas de la ingestión y previa preparación con barbitúricos y soluciones intravenosas para tratar la deshidratación se practicó una anestesia profunda con éter, óxido nitroso, pentotal y tucurón (no se hizo con anestesia local pues se trataba de una enferma hiperemotiva y reacia a aceptar el procedimiento). No se hizo intubación. Durante el procedimiento se mantuvo la anestesia con pentotal i. v.

Con esofagoscopio Chevalier Jackson de 45 cms. por 9 mms. y con pinza de cuerpos extraños tambien de Chevalier, de extremo recto, de 55 cms. se hizo la extracción en dos tiempos pues a la altura de la estrechez cricofaríngea se soltó la prótesis por una contracción que obligó a profundizar mas la anestesia y obtener la relajación más completa posible, condición indispensable en casos como este. Por encima del cuerpo extraño se encontró gran cantidad de restos alimenticios detenidos que hubo que succionar previamente. Se dejó un tubo de Levine hasta el estómago.



1



2

**Evolución:** Después del procedimiento endoscópico se continuó con las soluciones intravenosas a permanencia y se comenzó a aplicar Terramicina, tambien i. v. como medida preventiva en caso de que se hubiera lesionado el esófago. Por la noche comenzó a hacer fiebre de 38,5° C.

Al día siguiente se tomaron placas radiográficas de tórax para buscar enfisema mediastinal pero no se encontró nada. No hubo enfisema subcutáneo tampoco. El dolor al tragar persistía pero lo que más molestaba a la enferma era el tubo de Levine.

Durante cinco días hizo accesos febriles con escalofríos, pero clínica y radiológicamente no se pudo demostrar la presencia de una mediastinitis. Se decidió suspender la aplicación de las soluciones intravenosas y el mismo día desaparecieron los accesos febriles que muy posiblemente eran causados por pirógenos presentes en los sueros o en los equipos de aplicación.

Al séptimo día se extrajo el tubo de Levine y por la tarde se dió de baja a la enferma. En los controles diarios consecutivos no se presentó nada anormal.

**Medicina Preventiva:** El presente caso nos indica la necesidad de prevenir a los pacientes epilépticos sobre el peligro de las prótesis bucales removibles, por el peligro de la ingestión.