

Tratamiento tras la ingestión de una moneda en niños asintomáticos

Aunque el tratamiento pediátrico, basado en la evidencia, de la ingestión de una moneda ha evolucionado durante los últimos 20 años, persiste una serie de preguntas importantes. Entre ellas, destaca la cuestión de si los niños previamente sanos, que están asintomáticos después de la ingestión de una moneda, se pueden tratar de forma segura con observación en casa o hay que realizar una radiografía para descartar la presencia de monedas retenidas en el esófago¹⁻³. Un gran número de niños se traga monedas cada año⁴, y muchas de estas ingestiones son asintomáticas, por lo que se trata de una cuestión de salud pública importante. La comparación prospectiva de la extracción, precoz o tardía, de una moneda del esófago por vía endoscópica, realizada por Waltzman et al⁵ en este número de *PEDIATRICS*, proporciona una importante información adicional para responder a esta pregunta. Su trabajo es especialmente útil porque se centra en el dilema clínico de un niño asintomático con una radiología positiva.

En el pasado, ciertos estudios de base hospitalaria, que eran normalmente series retrospectivas de casos, habían sugerido que, aunque la mayoría de los niños con monedas localizadas en el esófago presenta signos o síntomas sugestivos (p. ej., babeo, disfagia, dolor o sensación de cuerpo extraño), una minoría significativa de ellos están asintomáticos^{1,6,7}. La no identificación de monedas en el esófago puede dar lugar a graves complicaciones con el transcurso del tiempo, que incluso pueden comprometer la vida de estos pacientes, por lo que dichos estudios sugieren que todos los niños que se han tragado una moneda, estén sintomáticos o no, deben someterse a técnicas de imagen para descartar la presencia de una moneda en el esófago. Por el contrario, varios estudios de base no hospitalaria han descrito un cuadro diferente; éstos sugieren que la observación en casa de los niños que están asintomáticos después de haber ingerido una moneda, y sólo mediante radiografía en los casos que presentan síntomas, es segura y eficaz^{2-4,8,9}. Esta aparente contradicción se debe, tal vez en gran parte, a una comprensión incompleta de la "historia natural" de la ingestión asintomática de monedas presentes en el esófago en niños por lo demás sanos⁹.

En su estudio, Waltzman et al⁵ aleatorizaron de forma prospectiva a 60 pacientes pediátricos asintomáticos del servicio de urgencias, con monedas presentes en el esófago tragadas recientemente, demostrado mediante radiografía, y sin anomalías esofágicas o traqueales previas; la mitad se distribuyeron para realizarse una extracción endoscópica en cuanto fuera posible, y la otra mitad para observación en hospitalización durante aproximadamente 16 h antes de programar la endosco-

pia. En todos los casos se repitió la radiografía antes de la endoscopia, para identificar los casos en que la moneda hubiera pasado al estómago de forma espontánea y, por tanto, ya no precisaban un procedimiento de extracción (cuando ya están en el estómago, las monedas generalmente atraviesan el resto del tracto gastrointestinal de los niños con anatomía normal sin dificultades). Todos los niños se mantuvieron en ayunas. El paso espontáneo se produjo en 16 (27%) de los 60 pacientes, y aproximadamente con la misma frecuencia en ambos grupos. Las dos terceras partes de todos los pasos espontáneos se produjeron en las primeras 8 h después de la ingestión de la moneda. Los autores concluyen que es razonable un período de observación durante 8-16 h de los niños que cumplen sus criterios de inclusión, en lugar de realizar una endoscopia inmediata, ya que esto evitaría la realización de endoscopias innecesarias.

Mediante el estudio prospectivo de los niños asintomáticos, en lugar del grupo mixto de niños sintomáticos de los estudios anteriores, los autores han contribuido a una mejor comprensión de la historia natural de los niños cuya evolución focaliza la incertidumbre del tratamiento. Los autores tienen 2 datos clave que, considerados en conjunto, sugieren que los niños asintomáticos después de la ingestión de una moneda retenida en el esófago tienen muchas más posibilidades de que ésta pase espontáneamente al estómago que los niños sintomáticos. En primer lugar, sólo el 33% de los niños tenía monedas en el tercio superior del esófago, aunque varios estudios previos habían demostrado que el 60-75% de las monedas se localizaban en la parte alta del esófago^{1,6,7,11,12}. Esto sugiere que en los niños asintomáticos estas monedas tienen muchas más probabilidades de estar localizadas en la parte baja del esófago que en los niños sintomáticos. En segundo lugar, el paso espontáneo en los niños asintomáticos de las monedas situadas en la parte inferior del esófago fue mucho más probable que las situadas en la parte superior. Sólo el 8% de los 13 niños del grupo de observación del estudio que tenían monedas en la parte alta del esófago presentaron un paso espontáneo de éstas, mientras que el 47% de los 17 niños con monedas en la parte media o baja del esófago tuvieron un paso espontáneo. Ambos hallazgos apoyan los de estudios anteriores^{7,9,12-14} y sugieren que las recomendaciones del tratamiento basadas en los resultados en niños asintomáticos pueden dar lugar a un exceso de pruebas y de tratamientos en los niños sin síntomas.

Estos hallazgos deberían servir para defender la observación en casa, ya que se dispone de cierta evidencia de que los niños asintomáticos con monedas localizadas de forma aguda en el esófago, especialmente los niños ma-

yores, tienen muchas más probabilidades de experimentar su paso espontáneo que los niños con síntomas. Por tanto, ¿esto implica que los niños asintomáticos no precisan radiografías? En concreto, ¿alguno de los 44 niños asintomáticos del estudio de Waltzman et al a quienes se realizó una endoscopia tuvo complicaciones evitables a causa de las monedas no encontradas en el esófago si se hubieran tratado mediante observación domiciliaria? Si se tiene en cuenta esto, no importa que los investigadores estuvieran 2 años y 9 meses para conseguir esta modesta cifra, a pesar de realizarse en uno de los centros pediátricos de referencia del país. Casi la mitad de estos pacientes pertenecía al grupo "endoscopia relativamente inmediata"; en algunos de ellos las monedas podían haber pasado al estómago si se hubiera permitido un período de observación más prolongado. Además, los pacientes del estudio se mantuvieron en ayunas, mientras que en su casa probablemente habrían comido y bebido. La evidencia previa sugiere que al menos algunos de ellos habrían conseguido el paso espontáneo de estas monedas al estómago al tragar la comida^{8,14}. Los casos de persistencia de las monedas podrían haber presentado una serie de síntomas que los padres sabrían reconocer durante la observación en casa, lo cual indica la necesidad de realizar radiografías. Claramente, sigue habiendo preguntas sin respuesta. Un estudio sobre la observación domiciliaria en el tratamiento de los niños asintomáticos que han ingerido monedas, incluida una comparación de la rentabilidad respecto a la obtención inmediata de radiografías, es una próxima etapa importante para obtener respuestas³. Hasta que se disponga de los datos de un estudio semejante, un ensayo sin radiación ionizante con un detector de metales (con seguimiento radiológico de los casos sugestivos de retención de monedas en el esófago), sigue siendo una alternativa razonable neutral a la radiología automática^{13,15}.

GREGORY P. CONNERS, MD, MPH, MBA, FAAP
Departments of Emergency Medicine and Pediatrics. University
of Rochester Medical Center. Rochester, NY.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hodge D III, Tecklenburg F, Fleisher G. Coin ingestion: does every child need a radiograph? *Ann Emerg Med.* 1985; 14:443-6.
2. Paul I, Christoffel KK, Binns HJ, Jaffe DM. Foreign body ingestions in children: risk of complication varies with site of initial health care contact. *Pediatric Practice Research Group. Pediatrics.* 1993;91:121-7.
3. Conners GP, Cobaugh DJ, Feinberg R, Lucanie R, Caraccio T, Stork CM. Home observation for asymptomatic coin ingestion: acceptance and outcomes. *Acad Emerg Med.* 1999; 6:213-7.
4. Conners GP, Chamberlain JM, Weiner PR. Pediatric coin ingestion: a home-based survey. *Am J Emerg Med.* 1995; 13:638-40.
5. Waltzman ML, Baskin M, Wypij D, Mooney D, Jones D, Fleisher G. A randomized clinical trial of the management of esophageal coins in children. *Pediatrics.* 2005;3:143-8.
6. Schunk JE, Corneli H, Bolte R. Pediatric coin ingestions: a prospective study of coin location and symptoms. *Am J Dis Child.* 1989;143:546-8.
7. Conners GP, Chamberlain JM, Ochsenschlager DW. Symptoms and spontaneous passage of esophageal coins. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1995;149:36-9.
8. Caravati EM, Bennett DL, McElwee NE. Pediatric coin ingestion: a prospective study on the utility of routine roentgenograms. *Am J Dis Child.* 1989;143:549-51.
9. Joseph PR. Management of coin ingestion [letter]. *Am J Dis Child.* 1990;144:449-50.
10. Kelley JE, Leech MH, Carr MG. A safe and cost-effective protocol for the management of esophageal coins in children. *J Pediatr Surg.* 1993;28:898-900.
11. Soprano JV, Fleisher GR, Mandl KD. The spontaneous passage of esophageal coins in children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153:1073-6.
12. Amin MR, Buchinsky FJ, Gaughan JP, Szeremeta W. Predicting outcome in pediatric coin ingestion. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2001;59:201-6.
13. Bassett KE, Schunk JE, Logan L. Localizing ingested coins with a metal detector. *Am J Emerg Med.* 1999;17:338-41.
14. Conners GP, Chamberlain JM, Ochsenschlager DW. Conservative management of pediatric distal esophageal coins. *J Emerg Med.* 1996;14:723-6.
15. Seikel K, Primm PA, Elizondo BJ, Remley KL. Handheld metal detector localization of ingested metallic foreign bodies: accurate in any hands? *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153:853-7.