Rev Colomb Cir. 2026;41:614-20
https://doi.org/10.30944/20117582.2863

PRESENTACIÓN DE CASO

Migración inusual de cuerpo extraño (espina de pescado) desde el esófago a la aurícula izquierda: Reporte de caso

Unusual migration of a foreign body (fishbone) from the esophagus to the left atrium: Case report

Paula Catalina Rodríguez-Álvarez, MD[1], Edgar Giovanny Ríos-Dueñas, MD[2], Gina Marcela Carrillo-Herrera, MD[1], Valentina Villarreal, MD[3]

1 Programa de especialización en Cirugía general, Fundación de Ciencias de la Salud FUCS, Bogotá, D.C., Colombia.
2 Sección de Cirugía cardiovascular, Departamento de Cirugía general, Hospital de San José, Bogotá, D.C., Colombia.
3 Servicio de Epidemiología, Hospital de San José, Bogotá, D.C., Colombia.

Resumen

Introducción. La migración de un cuerpo extraño desde el esófago hasta la aurícula izquierda es una condición extremadamente inusual y de alto riesgo, que se asocia a complicaciones cardiovasculares severas, como taponamiento cardíaco.

Caso clínico. Una paciente acudió con dolor torácico y dificultad respiratoria, lo que generó sospecha de una patología intratorácica. La evaluación inicial por imagenología reveló una perforación esofágica con un cuerpo extraño migrado, el cual había penetrado en el pericardio y la aurícula izquierda, comprometiendo su estabilidad hemodinámica.

Resultados. El diagnóstico definitivo se realizó mediante estudios de imagen avanzados que evidenciaron un fragmento óseo dentro de la aurícula izquierda. Debido al alto riesgo de complicaciones letales, el equipo multidisciplinario llevó a cabo la extracción quirúrgica del cuerpo extraño mediante toracotomía asistida por circulación extracorpórea (CEC). Durante el procedimiento, se logró la extracción exitosa sin eventos adversos y la estabilización hemodinámica de la paciente. El seguimiento clínico y el examen posoperatorio confirmaron la ausencia de complicaciones y una adecuada recuperación.

Conclusión. Este reporte enfatiza la importancia de un enfoque diagnóstico integral en casos de cuerpos extraños intratorácicos de etiología migratoria y resalta la efectividad de la intervención quirúrgica multidisciplinaria en el manejo de estos casos complejos. Se subraya la necesidad de considerar y tratar de inmediato cualquier migración desde el esófago de objetos que afecten el sistema cardiovascular, dado su potencial riesgo vital.

Palabras clave: perforación del esófago; cuerpo extraño; endoscopia del sistema digestivo; lesiones cardíacas; cirugía torácica; circulación extracorpórea.

Fecha de recibido: 07/03/2025 - Fecha de aceptación: 14/05/2025 - Publicación en línea: 26/11/2025
Correspondencia: Paula Catalina Rodríguez-Álvarez, Calle 109 # 11-70, Bogotá, D.C., Colombia. Teléfono: +57 3227348296.
Dirección electrónica: pcrodriguez@fucsalud.edu.co
Citar como: Rodríguez-Álvarez PC, Ríos-Dueñas EG, Carrillo-Herrera GM, Villarreal V. Migración Inusual de cuerpo extraño (espina de pescado) desde el esófago a la aurícula izquierda: Reporte de caso. Rev Colomb Cir. 2026;41:614-20. https://doi.org/10.30944/20117582.2863

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

Abstract

Introduction. The migration of a foreign body from the esophagus to the left atrium is an extremely rare and high-risk condition, associated with severe cardiovascular complications, such as cardiac tamponade.

Clinical case. A patient presented with chest pain and shortness of breath, raising suspicion of intrathoracic pathology. Initial imaging revealed an esophageal perforation with a migrated foreign body, which had penetrated the pericardium and left atrium, compromising her hemodynamic stability.

Results. The definitive diagnosis was made through advanced imaging studies that revealed a bone fragment within the left atrium. Due to the high risk of life-threatening complications, the multidisciplinary team performed surgical removal of the foreign body via cardiopulmonary bypass (CPB)-assisted thoracotomy. The procedure was successful without adverse events, and the patient's hemodynamics were stabilized. Clinical follow-up and postoperative examination confirmed the absence of complications and a satisfactory recovery.

Conclusion. This report emphasizes the importance of a comprehensive diagnostic approach in cases of intrathoracic foreign bodies of migratory etiology and highlights the effectiveness of multidisciplinary surgical intervention in the management of these complex cases. It underscores the need to promptly consider and treat any migration from the esophagus of objects that affect the cardiovascular system, given their potentially life-threatening nature.

Keywords: esophageal perforation; foreign body; digestive system endoscopy; cardiac injuries; thoracic surgery; extracorporeal circulation.

Introducción

La migración de un cuerpo extraño desde el esófago al corazón constituye un evento extremadamente raro y potencialmente letal, del cual se han documentado muy pocos casos en la literatura médica. Los cuerpos extraños intratorácicos suelen localizarse en estructuras adyacentes, como el mediastino o los pulmones; sin embargo, la penetración y la migración hacia la aurícula izquierda representan un fenómeno excepcional, especialmente cuando el cuerpo extraño es un fragmento óseo de origen alimentario. Esta situación no solo conlleva un riesgo inmediato de complicaciones graves, como pericarditis, taponamiento cardíaco o hemorragia, sino que también presenta un desafío diagnóstico debido a la rareza de la migración y a los síntomas inespecíficos que suelen acompañarla [1].

De casos asociados con trauma penetrante de tórax, aunque menos frecuentes, entre el 1 % y el 13 % pueden incluir la presencia de un cuerpo extraño intracardiaco [2]. Sharland M [3] reportó un caso similar de un paciente con un cuerpo extraño (espina de pescado) que migró desde el esófago y perforó el pericardio, por lo que el paciente presentó taponamiento cardíaco.

El objetivo de este artículo fue presentar el caso de una paciente con un cuerpo extraño que migró al interior de la aurícula izquierda y requirió ser extraído mediante toracotomía asistida por circulación extracorpórea (CEC).

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente de 71 años, con antecedentes de hipertensión arterial controlada y una endoscopia reciente que identificó una fístula en el esófago distal, sin evidencia de cuerpo extraño, quien ingresó al servicio de urgencias con síntomas de disnea progresiva y dolor en el hemitórax izquierdo intenso, que habían iniciado 48 horas antes. En la exploración física se identificó hipertensión arterial y taquicardia, fiebre y dolor a la palpación del hemitórax izquierdo, sin signos de taponamiento cardíaco. Se sospechó que cursaba con una neumonía adquirida en la comunidad y se inició manejo antibiótico empírico. Entre los paraclínicos al ingreso, los marcadores cardíacos fueron negativos y el hemograma, las pruebas de función renal y los tiempos de coagulación estaban en rangos de normalidad.

Por persistencia del dolor torácico se realizó un ecocardiograma transtorácico que reveló la presencia de una masa intratorácica compatible con un cuerpo extraño en la aurícula izquierda, asociada con inflamación pericárdica (Figura 1). La endoscopia de vías digestivas altas mostró una lesión puntiforme en el esófago, sin evidenciar cuerpo extraño. Mediante ecocardiograma y tomografía computarizada se confirmó la presencia de un cuerpo extraño intracardíaco (Figura 2).

La junta médica multidisciplinaria determinó que la extracción quirúrgica con circulación extracorpórea (CEC) era la estrategia más segura y efectiva, por eso se llevó a endoscopia de vías digestivas altas, en donde se encontró la lesión puntiforme del esófago, que fue manejada con *stent*, y dos días después al procedimiento quirúrgico para extracción del cuerpo extraño.

El procedimiento se realizó de manera programada mediante esternotomía. Al abrir el tórax, se identificó un proceso inflamatorio significativo, consistente en pericarditis con líquido turbio y múltiples adherencias. La CEC se estableció mediante canulación de aorta y venas cavas, seguida de la administración de cardioplejía tipo Bretschneider por la raíz aórtica, logrando una adecuada parada cardíaca. La apertura de la aurícula izquierda permitió localizar el cuerpo extraño, una espina de pescado de 3 cm de longitud, con bordes aserrados y una cabeza de 5 mm, que perforaba la pared posterior de la aurícula izquierda en la porción inferior de la vena pulmonar inferior derecha y estaba rodeado de trombos intracavitarios (Figura 3).

El objeto fue extraído de manera controlada, dejando un defecto de 1 cm con bordes irregulares

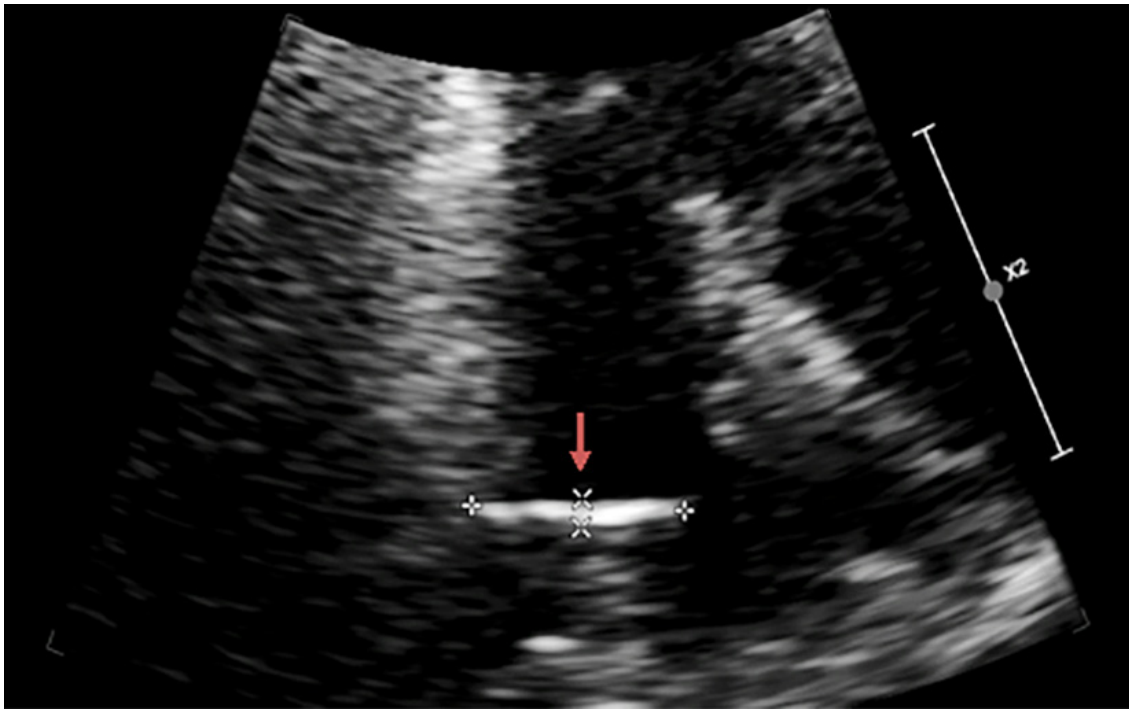


Figura 1. Ecocardiograma transtorácico donde se observa un objeto lineal hiperecogénico con medidas de 2,56 cm de longitud y 0,33 cm de diámetro, compatible con un cuerpo extraño en la aurícula izquierda, asociada con inflamación pericárdica.

Fuente: Archivo fotográfico Sociedad de Cirugía de Bogotá, Hospital de San José, Bogotá, D.C., Colombia.

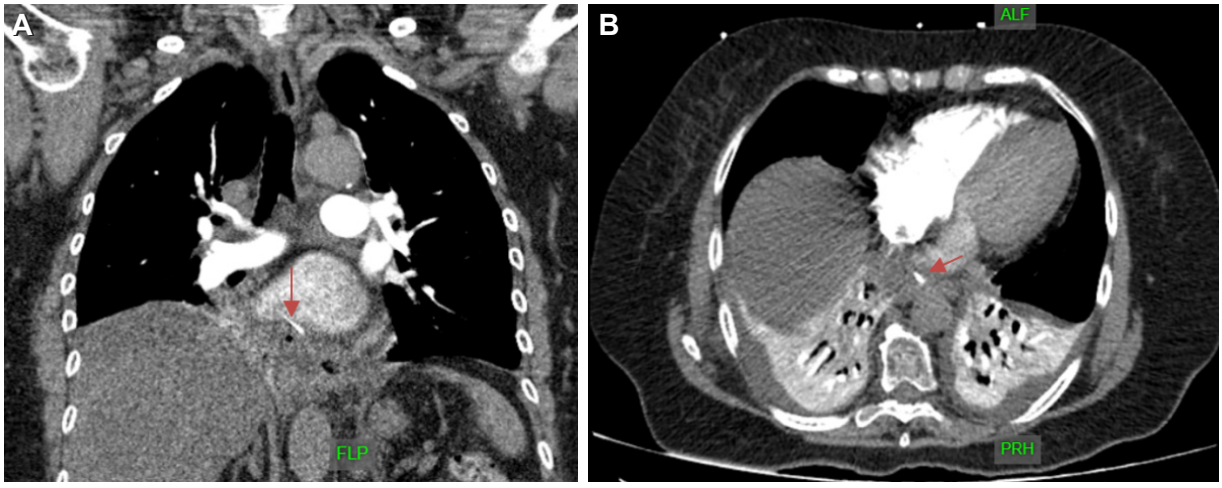


Figura 2. Tomografía computarizada de tórax con contraste. A: Corte axial en donde se visualiza una imagen hiperdensa de morfología lineal, de 24 mm (señalada con la flecha), de aparente localización en el esófago, con extremo distal de aparente ubicación en la aurícula izquierda. B: Corte coronal con imagen hiperdensa lineal localizada en la aurícula izquierda.

Fuente: Archivo fotográfico Sociedad de Cirugía de Bogotá, Hospital de San José, Bogotá, D.C., Colombia.

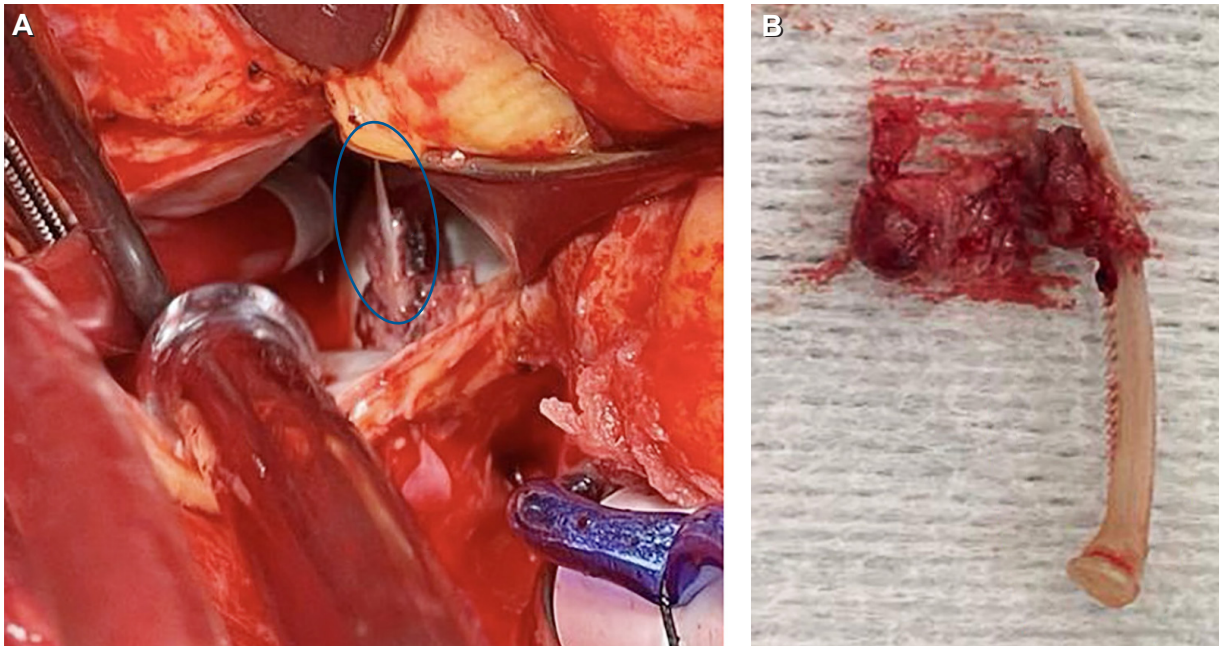


Figura 3. A: Hallazgos intraoperatorios de espina de pescado perforando la pared posterior de la aurícula izquierda a nivel de la porción inferior de la vena pulmonar inferior derecha. B: Cuerpo extraño (espina de pescado) de 3 cm de largo en forma arqueada, aserrada, con terminación en una cabeza de 5 mm, extraída de aurícula izquierda.

Fuente: Archivo fotográfico Sociedad de Cirugía de Bogotá, Hospital de San José, Bogotá, D.C., Colombia.

en la pared auricular. Este defecto fue reparado mediante cardiorrafia con dos líneas de sutura no absorbible monofilamento 4-0, reforzadas con *pledgets*, debido a la fragilidad del tejido. No se encontraron otros defectos a nivel posterior tras la luxación cardíaca. Se realizó un lavado exhaustivo y se retiraron los trombos antes del cierre. La salida de la circulación extracorpórea se logró sin complicaciones, dejando tubos mediastinales y un dren de Blake en posición posterior.

En el seguimiento, la paciente presentó una resolución completa de la disnea y del dolor torácico. Dos semanas después de la intervención, una tomografía confirmó la integridad de la reparación auricular y la ausencia de infección pericárdica. La paciente mostró adherencia adecuada al seguimiento médico, sin eventos adversos durante la recuperación. Fue dada de alta y valorada por la consulta externa a las dos semanas del egreso, en donde se encontró asintomática cardiovascular, a la auscultación sin alteraciones ni soplos y las heridas sin signos de infección local.

Discusión

Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico final de un cuerpo extraño intracardíaco, con origen en el esófago y migración hacia la aurícula izquierda. Durante el proceso diagnóstico, se consideraron otras posibles etiologías, como absceso mediastínico, taponamiento cardíaco secundario o masa cardíaca de origen tumoral. Sin embargo, las características y la localización del objeto confirmaron la necesidad de una intervención quirúrgica.

La presencia de cuerpos extraños intracardíacos, aunque infrecuente, puede tener diversas etiologías. Entre las causas más comunes se encuentran las heridas por proyectil de arma de fuego, la migración de dispositivos utilizados en procedimientos mínimamente invasivos que resultan en lesiones iatrogénicas, y los traumatismos cerrados [4]. La presentación de un cuerpo extraño intracardíaco derivado de un trauma penetrante o la perforación del esófago, con posterior migración al interior de las cámaras cardíacas, es un evento extremadamente raro. Se han descrito en la literatura la presencia de cuerpos extraños intra auriculares, en los que se ha sospechado migración desde el tórax derecho hasta el corazón, pero no se ha podido demostrar [5].

Los síntomas asociados con cuerpos extraños intracardíacos suelen incluir disnea y dolor torácico, como en el caso descrito. No obstante, es importante destacar que en algunas ocasiones estos pacientes pueden ser asintomáticos [6]. Además, algunos cuerpos extraños tienen la capacidad de migrar, lo que puede agravar la severidad de los signos y síntomas, presentándose en forma de complicaciones graves como neumotórax, hemotórax o taponamiento cardíaco, las cuales representan una indicación quirúrgica clara [7]. El presente caso clínico describe la migración de un cuerpo extraño desde el esófago hacia la aurícula izquierda, con la cual la paciente no presentó clínica de taponamiento cardiaco a pesar de que se encontró una perforación de la pared posterior de la aurícula izquierda, ni tampoco signos de mediastinitis, lo cual nos impuso un mayor desafío para el diagnóstico.

En cuanto al diagnóstico, es esencial considerar diferentes estudios imagenológicos para la detección de cuerpos extraños intracardíacos. El ecocardiograma es el método de elección para identificar masas intracardíacas [4]. Este permite no solo la visualización de las estructuras intracardíacas y la función cardíaca, sino también la evaluación del tamaño, la ubicación y la movilidad del cuerpo extraño, con una sensibilidad de hasta el 100 % [1,8]. Por otro lado, la tomografía computarizada desempeña un papel clave en la evaluación de las estructuras adyacentes, facilitando la planificación quirúrgica y la identificación de posibles intervenciones adicionales, ya sean quirúrgicas o médicas. En el reporte de caso de Kim & Ahn [9] se identificó el cuerpo extraño en el corazón por medio de esta técnica, de forma similar a la espina de pescado de nuestro caso, y también se extrajo por cirugía vía abierta.

Como el cuerpo extraño (espina de pescado) migró produciendo un daño en la pared anterior del esófago, fue necesario manejar la perforación por vía endoscópica colocando un *stent*, sin

complicaciones. Posteriormente se practicó la cirugía mediante esternotomía, con CEC, para la extracción del cuerpo extraño, seguido de cardiorrafia de la perforación cardiaca.

Este caso describe el exitoso manejo de una paciente de 71 años con un cuerpo extraño que migró al interior de la aurícula izquierda, una condición tan rara como desafiante. Lo excepcional de este reporte radica tanto en la inusual presentación clínica como en el enfoque terapéutico adoptado: una extracción quirúrgica mediante toracotomía asistida por circulación extracorpórea (CEC), que resultó en una recuperación sin complicaciones posoperatorias. Este caso resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha diagnóstica en pacientes con antecedentes de ingestión de cuerpos extraños y sintomatología torácica aguda, al tiempo que ilustra la eficacia de un abordaje quirúrgico multidisciplinario en escenarios clínicos de alta complejidad.

Conclusiones

Los cuerpos extraños intracardíacos son un hallazgo poco frecuente. En este caso, se documentó la migración de un cuerpo extraño (espina de pescado) desde el esófago hacia la aurícula izquierda, un evento extremadamente raro, que se presentó en nuestra paciente sin signos clínicos evidentes de taponamiento cardíaco o mediastinitis, lo cual dificultó el diagnóstico. Si bien el ecocardiograma y la tomografía computarizada fueron herramientas útiles para la identificación y planificación quirúrgica, la confirmación del diagnóstico se realizó en la cirugía.

Este caso resalta la importancia de mantener una alta sospecha en los pacientes con trauma esofágico, ingesta de cuerpo extraño o síntomas inexplicables, ya que la migración de cuerpos extraños puede ser asintomática o presentar síntomas inespecíficos. El manejo quirúrgico, que incluyó la reparación endoscópica de la perforación esofágica y la cirugía cardíaca con circulación extracorpórea para la extracción del cuerpo extraño y la reparación de la perforación cardiaca, demuestra la complejidad y la necesidad de un enfoque multidisciplinario en estos casos.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente autorizando la publicación del caso y las imágenes relacionadas en este artículo. Se siguieron los protocolos institucionales sobre la publicación de datos de pacientes para mantener la confidencialidad.

Conflictos de interés: Los autores declararon que no tienen conflictos de interés.

Uso de Inteligencia Artificial: Los autores declararon que no se utilizaron herramientas asistidas por inteligencia artificial para la realización de este artículo.

Fuentes de financiación: No se recibió financiamiento externo para este trabajo.

Contribución de los autores:

- Diseño y concepción del estudio: Edgar Giovanny Ríos-Dueñas, Valentina Villarreal.
- Adquisición de datos: Paula Catalina Rodríguez-Álvarez, Gina Marcela Carrillo-Herrera.
- Redacción del manuscrito: Edgar Giovanny Ríos-Dueñas, Valentina Villarreal, Paula Catalina Rodríguez-Álvarez, Gina Marcela Carrillo-Herrera.
- Revisión crítica: Edgar Giovanny Ríos-Dueñas, Valentina Villarreal, Paula Catalina Rodríguez-Álvarez, Gina Marcela Carrillo-Herrera.

Referencias

1 Supomo, Darmawan H. An unusual foreign body in the heart: A case report. Ann Thorac Cardiovasc Surg. 2018;24:205-7. https://doi.org/10.5761/atcs.cr.17-00117

2 Klein AL, Ramchand J, Nagueh SF. Aortic stenosis and diastolic dysfunction: Partners in crime. J Am Coll Cardiol. 2020;76:2952-5. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.10.034

3 Sharland M, McCaughan BC. Perforation of the esophagus by a fish bone leading to cardiac tamponade. Ann Thorac Surg. 1993;56:969-71. https://doi.org/10.1016/0003-4975(93)90368-r

4 Moreno-Martínez FL, Lagomasino-Hidalgo ÁL, Chao-García JL, Bermúdez-Yera G, Ibargollín-Hernández R, Vega-Fleites LF, et al. Cuerpo extraño penetrante en el ventrículo izquierdo con evolución crónica inadvertida. Arch Cardiol Méx. 2009;79:46-50.

5 Wong MKH, Rocha BA, Au TWK. Intracardiac foreign body: A rare cause of recurrent fungemia. J Card Surg. 2020;35:2844-6. https://doi.org/10.1111/jocs.14875

6 Gungor H, Duygu H, Yildiz BS, Gul I, Zoghi M, Ozerkan F. A remnant sewing needle in the right ventricle as a cause of chest pain. Clin Cardiol. 2010;33:E23-5. https://doi.org/10.1002/clc.20530

7 Mandegar MH, Yousefnia MA, Rayatzadeh H, Roshanali F. Intramyocardial sewing needle extracted one year after insertion. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2006;5:742-3. https://doi.org/10.1510/icvts.2006.138784

8 Lubinus-Badillo FG, Rey CA, López-Martínez LA, Villarreal-Ibáñez ED, Vera-Campos SN. Cuerpos extraños de presentación atípica: Presentación de casos. Rev Colomb Radiol. 2019;30:5199-202. https://doi.org/10.53903/01212095.91

9 Kim KH, Ahn H. Intracardiac foreign body: A sewing needle in right ventricle. Eur J Cardiothorac Surg. 2001;19:513. https://doi.org/10.1016/s1010-7940(01)00629-7