



Cuerpo extraño libre en cavidad abdominal ingerido de forma inadvertida

Arturo Espinosa Álvarez,* Gabriel García Correa,† Roberto Suárez Moreno‡

Resumen

Introducción: La ingesta de cuerpos extraños ya sea de forma accidental o deliberadamente es más común de lo que podemos pensar y puede ser la causa de obstrucción y/o perforación en cualquier parte del tubo digestivo. Se considera que la perforación intestinal ocurre en aproximadamente el 1% de los casos, ya que la mayoría de los cuerpos extraños (80-90%) logran pasar espontáneamente a través de todo el tubo digestivo. **Caso clínico:** Paciente masculino de 30 años, sin antecedentes de importancia, sometido a hernioplastia hace aproximadamente cuatro meses por dolor abdominal de tipo punzitivo de predominio en fosa iliaca derecha con irradiación hacia la región lumbar y pierna ipsilateral. Un mes y medio después de la hernioplastia el paciente presenta cuadro clínico de apendicitis aguda, por lo que se realiza apendicetomía abierta. Los hallazgos fueron de líquido purulento libre en cavidad, apéndice retrocecal hiperémica con exudado fibrinopurulento y presencia en el mesenterio de objeto extraño (alambre) de aproximadamente 3 cm de longitud. **Discusión:** El éxito en la prevención de las complicaciones que ocurren por la ingestión de cuerpos extraños, las cuales son principalmente la obstrucción y la perforación intestinal, depende de un alto índice de sospecha en individuos de cualquier edad. El tratamiento está encaminado a corregir dichas complicaciones o evitarlas, por lo que su manejo debe ser multidisciplinario con la colaboración de endoscopistas, radiólogos y cirujanos.

Palabras clave: Cuerpo extraño, perforación intestinal.

Summary

Introduction: The ingestion of foreign bodies accidentally or deliberately, is more common than we think, for what may be the cause of obstruction and/or perforation in any part of the gut. It is considered that intestinal perforation occurs in approximately 1% of cases, since most foreign bodies (80-90%) are able to pass through the entire gastrointestinal tract spontaneously. **Case report:** Male 30 years, no previous medical history. Subjected to makes aprox hernioplasty. 4 months with abdominal pain, stinging, predominantly in right lower quadrant radiating to the lumbar and ipsilateral leg. And a half months after the plasty, the patient has clinical symptoms of acute appendicitis as open appendectomy was performed. The findings were free purulent fluid cavity appendix hyperemic retrocecal with fibrinopurulent exudate, and presence in the mesentery of foreign objects (wire) of approx. 3 cm long. **Discussion:** The success in preventing the complications that occur from ingestion of foreign bodies, wich are primarily the obstruction and intestinal perforation, should be based on a high index of suspicion for this situation at any age. Treatment aims to correct or avoid these complications, so its management must be multidisciplinary collaboration of gastroenterologists, radiologists and surgeons.

Key words: Foreign body, intestinal perforation.

* Servicio de Cirugía General, Hospital Ángeles Metropolitano, México, D.F.

† Servicio de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México, D.F.

Correspondencia:

Arturo Espinosa Álvarez

Hospital Ángeles Metropolitano. Tlacotalpan Núm. 59 Consultorio 220, Col. Roma Sur, Delegación Cuauhtémoc 06760. México D.F.
Correo electrónico: drarturoea@yahoo.com.mx

Aceptado: 29-04-2011.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

INTRODUCCIÓN

La ingesta de cuerpos extraños, ya sea por accidente o de forma deliberada, es más común de lo que podemos pensar, y se presenta con mayor frecuencia en la edad pediátrica. En algunas publicaciones se reporta que el 80% de las ingestiones accidentales ocurren en la infancia; además, es la segunda causa por la que se realiza endoscopia de Urgencia en Pediatría. Los objetos que con mayor frecuencia se encuentran son: monedas, baterías (pilas), juguetes pequeños, botones, canicas, piezas imantadas, entre otros.¹⁻⁴

El 20% restante se presenta en adultos, pero en este grupo etario existe una amplia gama de situaciones por la que puede presentarse la ingesta de cuerpos extraños; desde costumbres religiosas o sociales, como el uso de prótesis dentales, mismas que alteran la sensibilidad del paladar, hasta personas con trastornos mentales, deficiencias nutrimentales, alteraciones neurológicas por efectos de drogas o alcohol, lo que es una verdadera desviación del apetito, denominada "pica".^{1,2,4}

Se considera que 90% de los objetos ingeridos pasan al tracto digestivo y 10% al árbol traqueobronquial.¹⁻³ Cabe mencionar que del 80 a 90% de los objetos ingeridos son expulsados espontáneamente en los siguientes ocho días, en el resto de los casos es necesario la realización de procedimientos endoscópicos para su extracción y sólo en el 1% se practica cirugía y generalmente es debido por obstrucciones, ulceraciones o perforaciones en cualquier parte del tubo digestivo.²⁻⁴

Se comenta que el riesgo de perforación es cercano al 35%, cuando el objeto ingerido es punzocortante.³ Los sitios más comunes de perforación son a nivel esofágico, duodenal, válvula ileocecal y sigmoides.⁵⁻⁸

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 30 años, no refirió antecedentes de importancia para el padecimiento, el cual comenzó alrededor de dos meses antes con dolor abdominal de tipo punzitivo de predominio en flanco derecho con irradiación a la región lumbar y pierna ipsolateral, paulatinamente fue aumentando de intensidad con el movimiento y disminuyendo tras la ingesta de Buscapina. El paciente comentó haber asistido con neurocirujano y urólogo, mismos que descartan patología a estos niveles.

En la exploración física resaltó abdomen plano, depresible, doloroso a la palpación media y profunda en fosa iliaca derecha, sin integrar datos de irritación peritoneal, además se palpó hernia inguinal con orificio interno ocupado por tejido, reductible pero dolorosa; posteriormente, se integró diagnóstico de hernia inguinal derecha y se solicitó colon por enema (Figuras 1 y 2) para descartar patología de colon asociado. El reporte del estudio fue de colon espástico.

Fue sometido a plastia inguinal con malla, a lo cual respondió con adecuada evolución y, por ello, fue egresado del hospital a las 24 horas.

Mes y medio después de la plastia inguinal, el paciente se presentó en el Servicio de Urgencias con dolor abdominal de tipo cólico de aproximadamente 12 horas de evo-

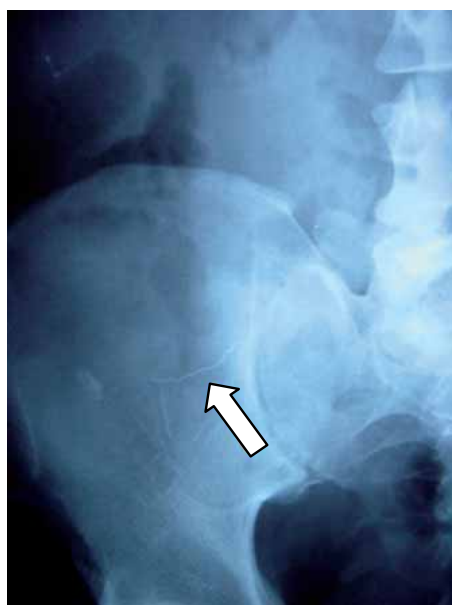


Figura 1. Rx simple de abdomen.



Figura 2. Colon por enema.



Figura 3.
Cuerpo
extraño.

lución, intensidad 10/10, localizado en fosa iliaca derecha con irradiación hacia flanco ipsolateral, náusea y fiebre. En la valoración clínica se integró cuadro apendicular y se realizó apendicetomía. En la cirugía se encontró líquido libre de alrededor de 50 cc, fibrinopurulento, apéndice retrocecal, hiperémica y con exudado fibrinopurulento. Al realizar la disección del mesoapéndice, se encontró zona de epiplón indurado con presencia de objeto extraño (alambre) de aproximadamente 3 cm de longitud y se enviaron las piezas quirúrgicas al Servicio de Patología. Se terminó apendicetomía sin incidentes o complicaciones.

El Servicio de Patología reportó apendicitis aguda y epiplón (Figura 3) con fibrosis, inflamación crónica inespecífica y cuerpo extraño (segmento de alambre).

DISCUSIÓN

Como anteriormente se mencionó, la ingesta de cuerpos extraños de forma accidental o deliberada es más común de lo que podemos pensar; incluso se ha convertido en una potencial emergencia que requiere de una resolución rápida ya sea por medio endoscópico o quirúrgico. En el caso clínico expuesto, no existió evidencia o antecedentes de ingesta de cuerpos extraños de manera intencionada o accidental; además de que el paciente no mostró datos clínicos de alguna alteración neurológica o desviación del apetito.

Aunque del 80 a 90% de los objetos ingeridos son expulsados espontáneamente en los siguientes ocho días, en el resto de los casos es necesario la realización de procedimientos endoscópicos para su extracción y sólo en el 1% se practica cirugía.⁵⁻⁸ Con respecto al caso clínico, destaca que previo a la cirugía de plasta inguinal, el paciente refirió molestias a nivel de fosa iliaca derecha, mismas que se exacerbaban con el movimiento y probablemente ese fue el momento en el que el cuerpo extraño perforó el

íleo terminal. El riesgo de perforación es cercano al 35% cuando el objeto ingerido es punzocortante;³ por fortuna el paciente no desarrolló datos de irritación peritoneal, probablemente debido a que las dimensiones del cuerpo extraño fueron muy pequeñas, y de tal manera el mesenterio logró sellar el sitio de la perforación.

Cabe mencionar que en el colon por enema, aunque fue reportado como colon espástico, existe evidencia radiográfica del cuerpo extraño que demuestra que la ingesta de estos cuerpos puede ser asintomática y pasar desapercibida; por lo tanto, el diagnóstico debe ser basado en un alto índice de sospecha en estos casos.

En la revisión bibliográfica no encontramos reportes de perforaciones de cuerpos extraños ingeridos de manera inadvertida, por lo que los síntomas pueden ser no específicos y su descubrimiento puede deberse a un hallazgo incidental, puesto que la historia de la ingestión es difícil de obtener. El tratamiento está encaminado a corregir las complicaciones o evitarlas, por lo que su manejo debe ser multidisciplinario con la colaboración de endoscopistas, radiólogos y cirujanos.

REFERENCIAS

1. Rojas E. Manual de Urgencias en Medicina Interna. *Asociación Colombiana de Medicina Interna. Ediciones Acta Médica Colombiana* 2007: 8.
2. Maluenda CC, Varea CV, Bodas PA. *Ingesta de cuerpos extraños, protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP*. 2ª edición, Ergón S.A. 2010.
3. Candia RRF, Pérez A, Palacios JM, Candia R. Perforación de apéndice cecal por un cuerpo extraño en niña. Reporte de un caso. *Rev Sanid Milit Mex* 2008; 62(2): 102-105.
4. Toríz A, Rodea H, Athié C, Guizar C, Malo A, Yumbé E, Corral A. Perforación intestinal por pica. *Rev Med Hosp Gen Mex* 1999; 62(3): 198-201.
5. Karamarkovic AR, Djuranovic SP, Popovic NP, Bumbasirevic VD et al. Hepatic absceso secondary to a rosemary twig migrating from the stomach into the liver. *World J Gastroenterol* 2007; 13(41): 5530-5532.
6. Santos S, Alberto S, Cruz E, Figueira T et al. Hepatic abscess induced by foreign body: Case report and literature review. *World J Gastroenterol* 2007; 13(9): 1466-1470.
7. Chintamani, Singhal V, Lubhana P, Durkhere R, Bhandari S. Liver abscess secondary to a broken needle migration. A case report. *BMC Surg* 2003; 3:8.
8. Kanazawa S, Ishigaki K, Miyake T, Ishida A, Tabuchi A, Tanemoto K, Tsunoda T. A granulomatous liver abscess which developed after a toothpick penetrated the gastrointestinal tract: report of a case. *Surg Today* 2003; 33(4): 312-314.
9. Bilimoria KY, Eagan RK, Rex DK. Colonoscopic identification of a foreign body causing an hepatic abscess [liver, pancreas, and biliary tract: Case Reports]. *Journal of Clinical Gastroenterology* 2003; 37(1): 82-85.
10. Basilio A, Váldez P, Rosales A, Estrada J, Santillán I, Vázquez L. Cuerpos extraños en tubo digestivo asociado a fístula gastrocutánea. Reporte de un caso. *Trauma* 9(2): 57-61.