

Cuerpo extraño deglutido localizado en el mediastino posterior y el retroperitoneo

Swallowed foreign body located in the posterior mediastinum and the retroperitoneum

Edelberto Fuentes Valdés,^I José Silvera García^{II}

^IEspecialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Titular de Cirugía. Consultante. Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras». La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar de Cirugía. Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras». La Habana, Cuba.

RESUMEN

La ingestión intencional de cuerpos extraños suele ocurrir en pacientes con trastornos psiquiátricos y en individuos de ciertos grupos poblacionales sometidos a régimen de internación carcelaria. El paciente que se presenta, hombre de 36 años, con antecedentes de trastornos psiquiátricos (psicosis paranoide), ingirió varios cuerpos extraños (3 alambres y 1 bolígrafo) 8 años antes de la intervención actual. Tres años más tarde fue intervenido de urgencia por perforación intestinal, acción durante la cual le extrajeron 2 alambres y el bolígrafo. Posteriormente ingirió un nuevo cuerpo extraño que también fue extraído quirúrgicamente. En la actualidad el motivo de consulta fue una fístula en la región lumbar derecha en relación con un cuerpo extraño (alambre) localizado desde el mediastino posterior e inferior hasta el retroperitoneo. Se comentan los resultados de los estudios imaginológicos y algunas manifestaciones inusuales en este caso. Por último, se describen los hallazgos quirúrgicos y la evolución posoperatoria.

Palabras clave: Cuerpo extraño deglutido, mediastino, retroperitoneo.

ABSTRACT

The intentional ingestion of foreign bodies occurs in patients presenting psychiatric disorders and in subjects from some population imprisoned groups. This patient

aged 36 had psychiatric disorders (paranoid psychosis) ingested some foreign bodies (three wires and a Biro) eight years before present intervention. Three years later he was operated on urgently due intestinal perforation, action where three wires and the Biro were extracted. Subsequently he ingested a new foreign body surgically recuperated. At present time the consultation reason was a fistula in right lumbar region related to a foreign body (wire) located from the posterior and inferior mediastinum up to the retroperitoneum. Results of the imaging studies are approached and some unusual manifestations in this case. Finally, the surgical findings and the postoperative evolution were described.

Key words: Swallowed foreign body, mediastinum, and retroperitoneum.

INTRODUCCIÓN

La ingestión intencional de cuerpos extraños ocurre con mayor frecuencia en sujetos con trastornos psiquiátricos y en individuos sometidos a régimen de internación carcelaria.^{1,2} Los cuerpos extraños ingeridos pueden ser de orígenes muy disímiles: cristales y fragmentos de metal, alfileres, agujas, espinas de pescado, hojas de rasurar y otros.³

El tratamiento aceptado es la observación, pues como regla general los objetos ingeridos que pasan hasta el estómago atraviesan el píloro hacia el intestino,⁴ y la intervención quirúrgica se reserva para el caso ocasional cuando se produce perforación u obstrucción de algún segmento intestinal. El objetivo de este artículo fue la presentación de un caso de ingestión de cuerpo extraño con una evolución inusual.

PRESENTACIÓN DEL CASO

En noviembre de 2008 fue intervenido quirúrgicamente un paciente varón de 36 años de edad, con antecedentes de esquizofrenia paranoide, que 8 años antes había ingerido «intencionalmente» 3 fragmentos de alambre y un bolígrafo mientras se encontraba ingresado en un hospital psiquiátrico. Tres años después de la ingestión de tales objetos sufrió una laparotomía por perforación intestinal por uno de los objetos ingeridos. Le fueron extraídos 2 fragmentos de alambre y el bolígrafo; el tercer fragmento de alambre, al parecer, no fue encontrado durante la laparotomía. En un nuevo episodio de descompensación de su enfermedad psiquiátrica ingirió el mango de una cuchara, que fue retirado quirúrgicamente al fallar la extracción endoscópica. Alrededor de 2 años antes de su ingreso actual presentó una fístula con expulsión de material infectado a nivel de la región lumbar derecha, motivo por el cual fue remitido a nuestro centro.

El estudio microbiológico del material de la fístula demostró que el germen era un estafilococo dorado coagulasa-positivo. La radiografía torácica posteroanterior demostró la presencia de un cuerpo extraño metálico alargado (alambre) que se encontraba en la proyección del esófago distal (supradiafragmático) y el estómago (figura 1). El estudio tomográfico permitió apreciar una varilla metálica situada por

delante de la columna vertebral, entre la aorta y la vena cava inferior, y que su extremo inferior labraba un espacio en la cara anterior del cuerpo vertebral L3 (figura 2).



Figura 1. Tomografía axial (topograma). Obsérvese el cuerpo extraño alargado que se extiende desde la novena vértebra dorsal hasta la tercera lumbar.



Figura 2. Tomografía axial computadorizada. Corte axial donde se aprecia la muesca labrada por el objeto metálico en la cortical de la tercera vértebra lumbar.

La fistulografía expuso un trayecto fistuloso que se dirigía hacia delante y línea media, de situación retroperitoneal, 9 cm de longitud y 12 mm de diámetro, sin comunicación con asas intestinales. El esofagograma baritado y la esofagoscopia informaron que no existía ningún objeto en el interior del esófago. El índice de masa corporal era de 16,3 y la albúmina sérica de 34 g/L. Se concluyó que el

alambre había perforado el esófago y se había desplazado desde el mediastino posterior hasta el retroperitoneo en un curso descendente.

Descripción de la intervención quirúrgica

Se escogió la vía torácica derecha y el acceso mínimo para la extracción del cuerpo extraño. Se crearon 4 canales y lo primero que llamó la atención fue la presencia de adherencias del pulmón al diafragma y la pleura parietal, pero no de la magnitud esperada en casos de perforación esofágica. Una vez liberadas estas adherencias y seccionado el ligamento triangular, fue expuesto el esófago distal. Los instrumentos de disección permitieron «sentir» el alambre pero este no se veía, lo que indujo a pensar que estaba incluido en la pared esofágica. La miotomía esofágica no permitió exponer el objeto, motivo por el cual fue necesario convertir la operación a una convencional. El esófago distal fue abordado a través de una toracotomía lateral en el séptimo espacio intercostal (bajo la guía videotoracoscópica). Una nueva miotomía a nivel de la punta del objeto permitió su exposición y posterior extracción, siguiendo su eje longitudinal en dirección cefálica (figura 3). Se trataba de un alambre de cobre recubierto de plástico (cable de electricidad), de 22 cm de longitud (figura 4). Tras comprobar que no hubo apertura de la mucosa esofágica se procedió al cierre de la incisión torácica por planos anatómicos.

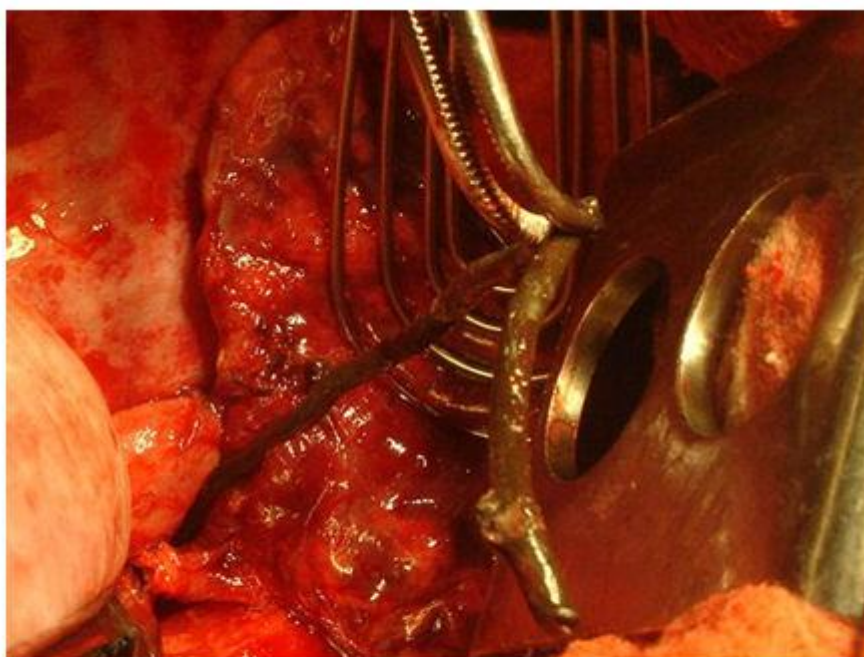


Figura 3. Para poder completar la extracción, debido a la longitud del objeto, fue necesario doblarlo mediante el corte parcial con un costótomo.



Figura 4. Imagen del objeto extraído.

Evolución posoperatoria inmediata

En horas de la noche, en la sala de cuidados posoperatorios, el paciente se arrancó el tubo endotraqueal durante un episodio de excitación. Pudo ser reducido por el personal de la unidad, a la vez que era sedado e intubado nuevamente. Al siguiente día fue necesario llevarlo a la unidad de cuidados intensivos porque no ventilaba espontáneamente. Al segundo día hubo normalización de los parámetros ventilatorios y fue enviado a sala de cirugía. El resto de la estadía hospitalaria transcurrió sin incidentes de consideración, excepto algunas manifestaciones violentas por su enfermedad de base. Al octavo día fue dado de alta hospitalaria y enviado en una ambulancia a su provincia de origen.

Dos meses después, en consulta externa pudo observarse el cierre de la fístula lumbar y que el paciente mantenía un régimen alimentario normal.

DISCUSIÓN

La mayoría de los cuerpos extraños deglutidos pasarán a lo largo del tracto gastrointestinal sin causar problemas, mientras que en un grupo de ellos será necesaria la extracción endoscópica y en la minoría será necesaria la intervención quirúrgica por complicaciones. Velitchkov y cols.⁵ hicieron una amplia revisión de 543 pacientes que ingirieron 1 203 objetos metálicos. En 410 enfermos (75,6 %) los cuerpos extraños pasaron a través del tubo digestivo sin complicaciones. La extracción endoscópica fue realizada en 106 sujetos (19,5 %) y en 26 (4,8 %) fue necesaria una intervención quirúrgica debido a complicaciones: 8 por fallo de la extracción endoscópica, 14 por obstrucción intestinal a nivel de la válvula ileocecal y 4 por perforación del intestino delgado causada por objetos puntiagudos (alfileres y grapas para sujetar papel). Los autores no encontraron relación de la posibilidad del paso sin complicaciones con la forma, tamaño, configuración o número de los objetos.

Existen algunos aspectos que hacen de este, un caso de evolución rara. En primer lugar, es de suponer que este alambre estuvo en el interior del esófago un tiempo prolongado, durante el cual ocurrió la perforación de la pared del órgano, para luego desplazarse en dirección caudal hasta alcanzar el retroperitoneo. Este proceso tiene, forzosamente, que haber transcurrido en un período prolongado, semanas o con mayor probabilidad varios meses, en los que una parte del alambre permaneció en la luz del esófago. Sin embargo, no se recogen episodios de

disfagia; el paciente fue operado en 2 ocasiones por vía abdominal y siempre quedó este objeto que a la postre, durante su desplazamiento, se impactó contra una vértebra lumbar en la que se produjo osteomielitis y la fístula cutánea, queja principal del paciente y, en última instancia, la indicación para su extracción.

También es llamativo que no se produjera una mediastinitis grave por la perforación esofágica, a pesar de que el paciente no recibió ningún tipo de tratamiento. Por otro lado, es evidente que la extracción abdominal habría sido en extremo compleja, si no imposible, por la cercanía a la aorta y la vena cava y, por tanto, a la raíz del mesenterio. Afortunadamente, la extracción del cuerpo extraño transcurrió sin accidentes y permitió la cicatrización de la fístula lumbar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Webb WA, Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract. *Gastroenterology* 1988;94:204-7.
2. Castineira MC, López MC. Ingestión de cuerpos extraños en reclusos. *Rev Esp Enferm Dig* 1994;85:254-9.
3. Evers BM, Townsend CM Jr, and Thompson JC. Small intestine. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Daly JM, Fischer JE, Galloway AC (eds). *Principles of Surgery*. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 1999. Pp. 1217-63.
4. Ashley SW, Evoy D, Daly JM. Stomach. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Daly JM, Fischer JE, Galloway AC (eds): *Principles of Surgery*. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 1999. pp. 1181-215.
5. Velitchkov NG, Grigorov GI, Losanoff JE, Kjosev KT. Ingested foreign bodies of the gastrointestinal tract: retrospective analysis of 542 Cases. *World J Surg* 1996;20(8):1001-5.

Recibido: 2 de julio de 2009.

Aprobado: 26 de septiembre de 2009.

Edelberto Fuentes Valdés. Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras». Calle Padre Varela y San Lázaro, Centro Habana. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: efuentes@infomed.sld.cu