



## Perforación intestinal secundaria a un bezoar por cuerpos extraños metálicos

José Jesús Castillo García,\* Jessica Lizett Carrillo Ocampo,† Guillermo León Merino,\* Mauricio Rodríguez González,\* Emiliano Márquez Ramírez,§ Miguel Ángel Valverde Alvarado,|| Roberto Brugada Molina,¶ Iván Guillén Peñafiel,¶ José Jesús Bosch Muñoz\*\*

### INTRODUCCIÓN

La ingestión de cuerpos extraños es un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias hospitalarios. Si excluimos a la población infantil (80% de los casos), cuya principal causa de asistencia a consulta es la accidental, la ingesta con fines autolíticos es la que más frecuentemente se presenta en adultos;<sup>1</sup> en ellos, el evento puede estar asociado con diversos factores fisiológicos, anatómicos, mecánicos, sociales y psiquiátricos.<sup>2</sup> En los ancianos, los factores que propician la ingesta de cuerpos extraños son la demencia y el deterioro de las funciones mentales.<sup>3</sup>

La ingestión de múltiples cuerpos extraños es infrecuente, pero debe tenerse en consideración, especialmente en pacientes con retardo mental.<sup>4</sup> Se define como un cuerpo extraño a cualquier objeto que penetre una cavidad o tejido corporal<sup>5</sup> y se define como bezoar al conglomerado de material ingerido que se acumula con el tiempo en el estómago o en el intestino delgado,<sup>6</sup> de éste, son poco frecuentes los formados por metales.<sup>7</sup> El 90% de los cuerpos extraños ingeridos ingresan al tracto digestivo y de éstos, el 80 a 90% progresan y lo abandonan dentro de 7 a 8 días;<sup>4,8</sup> sin embargo, entre el 10 y 20% requiere algún procedimiento endoscópico. Su tasa de éxito supera el 95% y sólo en el 1 a 5% requiere de una cirugía.<sup>3,9</sup>

El cuerpo extraño puede generar diversos síntomas según la localización anatómica. Debido a que la presentación clínica de esta condición es tan variada, el abordaje de un paciente con un cuerpo extraño debe iniciar con su historia clínica completa y detallada, y además, con un examen físico dirigido que intente corroborar la sintomatología del paciente con la finalidad de identificar los casos que requieren de un manejo urgente o inmediato. Los estudios de imágenes en algunos casos pueden ser de gran ayuda para localizar el cuerpo extraño, evidenciar complicaciones, confirmar el diagnóstico y plantear opciones terapéuticas como la endoscopia o intervenciones invasivas como la cirugía.<sup>2,4</sup>

En el examen físico se debe evaluar la indemnidad de la vía aérea y la respiración. En la hipofaringe se debe evaluar la presencia de abscesos retrofaríngeos. Ante la sospecha de un cuerpo extraño en el esófago, también se debe evaluar la presencia de inflamación cervical, crepitación subcutánea y neumomediastino. La presencia de estridor y sibilancia puede corresponder a una compresión traqueal secundaria (*pars membranosa*), ocasionada por un cuerpo extraño esofágico. El antecedente de la ingesta de cuerpos extraños cortopunzantes, de baterías o de múltiples imanes debe alertar al médico cuando identifique un abdomen agudo, sea éste por obstrucción intestinal o por perforación.

\* Cirujano General en el Hospital Ángeles Pedregal y del Hospital San José.

† Médico Residente de cuarto año de Medicina Interna en el Hospital Ángeles Pedregal de la Universidad La Salle.

§ Médico Radiólogo Hospital San José.

|| Anestesiólogo Hospital San José.

¶ Medicina Interna y Terapia Intensiva, Hospital San José.

\*\* Cirujano Pediatra Hospital San José.

### Correspondencia:

Dr. José Jesús Castillo García

Correo electrónico: [jesusmd10@hotmail.com](mailto:jesusmd10@hotmail.com)

Aceptado: 07-05-2013.

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

La hemorragia digestiva se ha descrito secundariamente a la lesión de la mucosa por daño químico o mecánico.<sup>5</sup> Se ha propuesto un algoritmo para el manejo de cuerpos extraños radioopacos, el cual ha servido como guía en el adecuado manejo de un paciente con antecedente de ingestión de un cuerpo extraño (Figura 1).<sup>4,5</sup>

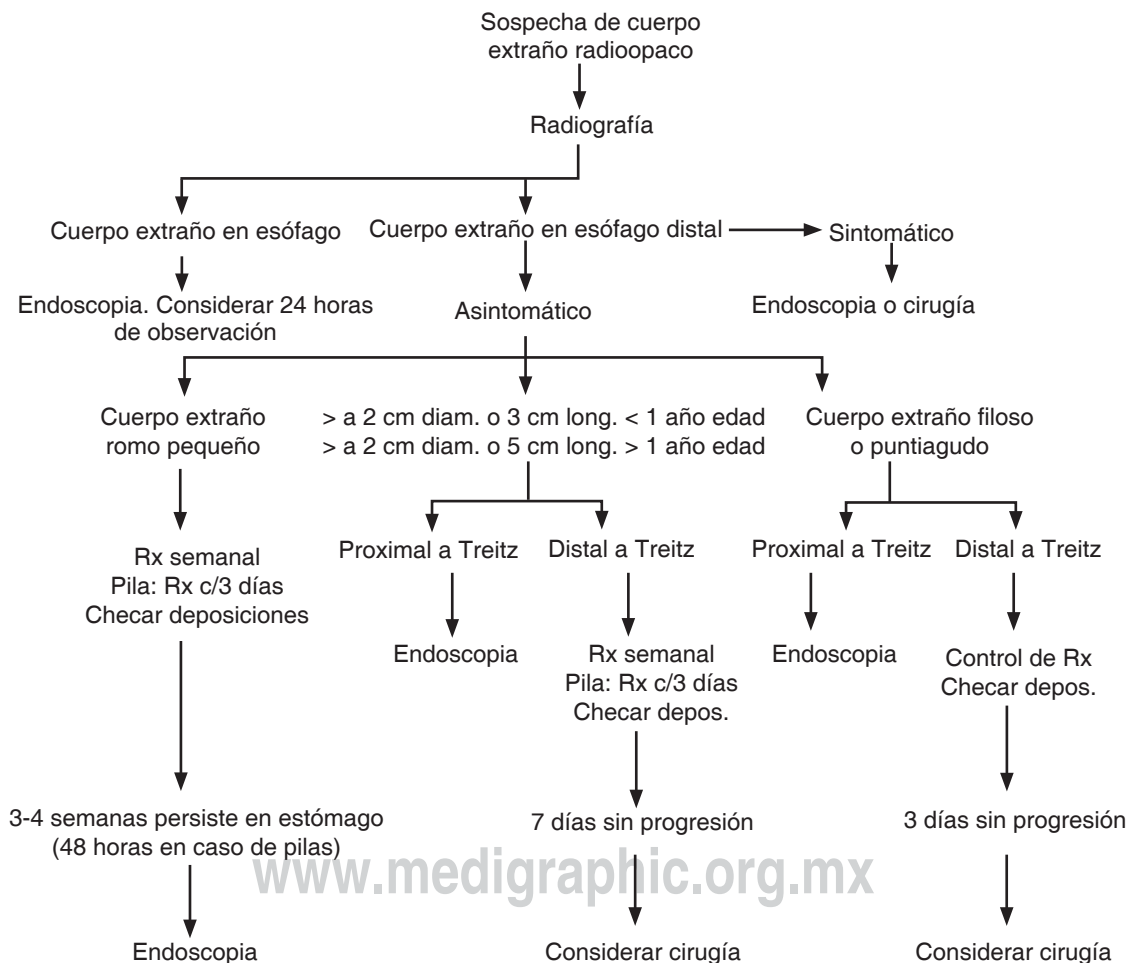
A continuación se describe el caso de un paciente que ingirió diversos objetos que provocaron una oclusión y la perforación intestinal secundaria a un bezoar por cuerpos extraños metálicos.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente del sexo masculino de 53 años de edad con los siguientes antecedentes de importancia para

el desarrollo de su padecimiento, éstos son: retardo en el desarrollo psicomotor, la realización de múltiples procedimientos endoscópicos para extraer cuerpos extraños y una laparotomía exploradora dos años previos por oclusión intestinal secundaria a una ingestión de cuerpos extraños. El paciente, además, toma múltiples medicamentos, entre los que destacan el clorhidrato de biperidol, trifluoperazina, benserazida con levodopa, sulfato de amantamina, risperidona y clonazepam.

Así, el paciente inició su padecimiento al presentar un dolor abdominal tipo cólico generalizado, por lo que se le realizó una radiografía simple de abdomen, la cual evidenció diversos cuerpos extraños en el tubo digestivo inferior; por ello, se mantuvo una vigilancia en casa las siguientes 24 horas; sin embargo, al no



Algoritmo. Errázuriz G. Ingestión de cuerpos extraños: protocolo de estudio y tratamiento. *Rev Med Clin Condes*. 2009; 60: 883-891.

**Figura 1.** Algoritmo para el manejo de un cuerpo extraño radioopaco, adoptado de Uyemura MC. Foreign Body ingestion in Children. *American Family Physician*. 2005; 72 (2): 287-291.

presentar mejoría y al aumentar el dolor abdominal, éste fue valorado en el servicio de urgencia, donde se complementaron los estudios de radiología y colonoscopia; finalmente, se corroboró la presencia de cinco cuerpos extraños radioopacos en el tubo digestivo bajo (Figura 2).

En la exploración física se encontró al paciente masculino con una edad similar a la cronológica, pero con retardo en el desarrollo psicomotor; también presentó el abdomen con una cicatriz antigua en la línea media supraumbilical e infraumbilical, distensión abdominal moderada y timpanismo moderado pero generalizado con presencia de ruidos peristálticos intestinales, aunque con una marcada disminución en su intensidad; presentaba, además, dolor importante a la palpación media y profunda en el hemiabdomen izquierdo, datos de irritación peritoneal y signo de descompresión positivo. Con lo anterior, se concluyó lo siguiente:

1. Retardo mental con trastornos del comportamiento.
2. Ingestión patológica de cuerpos extraños.
3. Cuerpos extraños múltiples en tracto digestivo (dos objetos redondos, un objeto ovalado, un tornillo y un cortaúñas).
4. Oclusión intestinal secundaria a Bezoar por cuerpos extraños metálicos.
5. Probable perforación intestinal.



**Figura 2.** Placa simple de abdomen: se aprecian cinco cuerpos extraños radioopacos.

Se sugirió manejo quirúrgico y laparotomía exploradora; esta misma se realizó el mismo día de su ingreso hospitalario, encontrando dos áreas del intestino delgado con datos de perforación, la primera en yeyuno con dos sitios de perforación con una distancia aproximada de 10 a 12 cm entre cada uno de ellos y la segunda área se encontraba en íleon con sólo un sitio de perforación. La laparotomía se manejó como resección intestinal y anastomosis primaria; previa a la anastomosis se encontraron dentro de la luz intestinal cinco cuerpos extraños que correspondían plenamente a lo que se mostraba en las placas simples de abdomen; los objetos correspondían a 2 pilas de reloj, 1 imán, 1 tornillo y 1 cortaúñas (Figura 3). Se tomó una placa simple de abdomen transoperatoria previamente a la anastomosis,



**Figura 3.** Cuerpos extraños extraídos en conjunto.



**Figura 4.**

Fístulas entero-entéricas, manejadas con engrapadora GIA 60.

pero no se encontró evidencia de más cuerpos extraños dentro de la luz intestinal o la cavidad abdominal. Además se encontraron dos sitios que se mostraban como fístulas entero-entéricas; la primera de ellas, de un asa de intestino delgado a otra asa de intestino delgado y la segunda de ellas, del intestino delgado a ciego. Estas se manejaron con separación y cierre simple con engrapadora GIA 60 (Figura 4). Se procedió entonces a revisar integridad del resto del intestino delgado y grueso, así como a hacer un lavado de cavidad; también se colocaron 2 drenajes tipo J-Vac, dando por concluido el procedimiento quirúrgico.

El paciente evolucionó de manera satisfactoria las primeras 24 horas posteriores al procedimiento quirúrgico, presentando náusea y vómito de contenido gastrobiliar en el curso de las 48 horas posteriores a la cirugía, por lo que se manejó sólo con la colocación de una sonda nasogástrica, por la posibilidad de que se tratara de síntomas correspondientes a íleo postquirúrgico, pero el paciente presentó una mejoría significativa. En el cuarto día posterior a la cirugía se tomaron placas simples de abdomen como control, donde se evidenció un nuevo cuerpo extraño redondo de menos de 20 mm de diámetro en la zona que corresponde al colon ascendente, mismo que pudo haber sido ingerido dentro de las 36 horas postoperatorias y que pudo haber sido la causa de que el paciente presentara náusea y vómito dentro de ese mismo tiempo. Con lo descrito anteriormente y con base en lo que presenta la literatura, este segundo evento de ingesta de cuerpo extraño en el postoperatorio se manejó de forma conservadora, con control y vigilancia radiológica, hasta el momento en que el objeto pudo ser arrojado por vía natural. El paciente presentó un seroma de herida quirúrgica, el cual se manejó sólo con drenaje y cuidados de herida quirúrgica; así también evolucionó de forma satisfactoria y sin presentar ninguna otra complicación. El paciente, hasta la fecha, se encuentra con cuidados especiales por la patología de base y asintomático en cuanto al evento quirúrgico.

## DISCUSIÓN

La ingestión de cuerpos extraños metálicos es una situación poco frecuente en adultos, pero que tiene una mayor incidencia en presidiarios o personas con antecedentes de trastornos mentales; en raras ocasiones ésta origina bezoar.<sup>7</sup> El manejo y tratamiento de estos pacientes debe realizarse con base en el cuadro clínico del paciente y de

las imágenes radiológicas. Siempre debe considerarse el manejo expectante y conservador cuando los pacientes no presentan síntomas o cuando los objetos ingeridos son de bajo riesgo, como lo son cuerpos extraños pequeños, no afilados y no tóxicos.<sup>4</sup> Entre las complicaciones severas de la ingestión de cuerpos extraños encontramos la obstrucción intestinal, así como hemorragia, perforación y abscesos intraabdominales, aunque éste es infrecuente.<sup>10</sup>

El caso presentado amerita hacer una mención especial, con respecto a que un paciente con trastorno mental debe mantenerse con una vigilancia estrecha, ya que la conducta reiterada de ingesta de cuerpos extraños, puede traer consigo una gran cantidad de problemas, tanto preoperatorios como postoperatorios, e inclusive de carácter ético o legal.

La extracción de los distintos cuerpos extraños puede llevarse a cabo mediante endoscopia, laparoscopia o laparotomía, pero es importante individualizar cada caso. Es una premisa el poder conservar y verificar la integridad y la adecuada funcionalidad del tubo digestivo de igual forma que es muy importante realizar siempre una placa simple de abdomen que demuestre que no existe más evidencia de cuerpos extraños en luz intestinal o en la cavidad.

## REFERENCIAS

1. Núñez M, Arnaiz A, Fernández A. Abdomen agudo e ingesta de cuerpos extraños: revisión de seis casos. *Galicia Clin.* 2010; 71(3): 117-120.
2. Ángel L, León L, Martínez D et al. Cuerpo extraño incidental en tracto gastrointestinal. Reporte de tres casos y revisión de la literatura. *Rev Col Gastroenterol.* 2011; 26(4): 316-327.
3. Martínez B, Guilemany J. Cuerpos extraños en la vía digestiva superior. *JANO.* 2007; 1: 93-96.
4. Errazuriz G. Ingestión de cuerpos extraños: protocolo de estudio y tratamiento. *Rev Med Clin Condes.* 2009; 20(6): 883-891.
5. Chávez C. Cuerpos extraños en el tracto digestivo. *Gastroenterol Latinoam.* 2012; 23(Supl 1): 34-37.
6. Frago T, Luaces E, Díaz T. Bezoares. *Rev Cubana Pediatr.* 2002; 74(1): 77-82.
7. Márquez J, Roldán S, López D, Onieva F et al. Bezoar por ingestión de cuerpos extraños metálicos. *Cir Cir.* 2011; 79: 454-467.
8. Espinoza A, García G, Suarez R. Cuerpo extraño libre en cavidad abdominal ingerido de forma inadvertida. *Acta Medica Grupo Ángeles.* 2011; 9(3): 464-467.
9. Garrido R, Verastegui T, Huanqui J, Cárdenas B. Abdomen agudo debido a perforación gástrica por cuerpo extraño de larga permanencia: reporte de caso. *Rev Gastroenterol Peru.* 2012; 32(1): 84-87.
10. Sánchez G, Osorio E, Barrera A, Cardona C. Cuerpos extraños en tracto gastrointestinal asociados a trastorno mental. Reporte de caso. *Rev Col Gastroenterol.* 2009; 24(1): 79-85.