

CUERPO EXTRAÑO PUNZANTE EN TUBO DIGESTIVO BAJO EN UN LACTANTE MENOR. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Paulo Gutiérrez-Torres*
Norberto Sotelo-Cruz**

RESUMEN

Se presenta el caso de un lactante menor sin antecedente evidente de ingesta de cuerpo extraño, solo se refirió que un hermano mayor se “acercaba a jugar con frecuencia a la cama del niño”. El paciente no mostró datos de abdomen agudo, la radiografía en proyección AP y Lateral, reveló presencia de cuerpo extraño en ampulla rectal, se procedió mediante tacto rectal a ubicar el objeto punzante y se extrajo con pinza hemostática el cuerpo extraño de tubo digestivo bajo.

Palabras Clave: Cuerpos extraños, tubo digestivo.

ABSTRACT

We present the case of a 1 month old patient without history of ingestion of a foreign body, apparently an older brother “frequently approached to play at the cradle of the boy”. The patient did not show data of acute abdomen, the x-ray in AP and Lateral projection revealed the presence of a rectal foreign body located at the rectal ampula; by means of rectal exploration we tried to locate the sharp foreign body, which was extracted with an hemostatic clamp.

Key Words: Foreign bodies, digestive tract.

PRESENTACION DEL CASO

Nombre: LAN
Expediente: 146250
Edad: 1 mes 15 días de vida
Peso: 4,100g
Sexo: Femenino

Se trata de lactante menor, originario de Hermosillo, Sonora, producto de la Gesta II, con Embarazo no planeado, normoevolutivo, atendido en medio hospitalario, obtenido por vía vaginal, y egresado sin problemas perinatales, madre de 26 años, soltera, dedicada al hogar, sana, toxicomanías negadas, padre se

* Residente de 3er año de Cirugía Pediátrica.

** Jefe del Servicio de Medicina Interna.

Sobretiros: Dr. Paulo Gutiérrez Torres, Residente de 3er año de Cirugía Pediátrica, Hospital Infantil del Estado de Sonora, Reforma No. 355 Norte, Col. Ley 57. C.P. 83100, Hermosillo, Sonora, México.

desconoce estado actual, hermano de 8 años aparentemente sano, habitan en casa de la abuela materna, donde cuentan con todos los servicios asistenciales, hábitos higiénico-dietéticos deficientes, y se refiere que es cuidado además de la madre por todos los elementos de la familia (abuela, tíos y hermano), inmunizaciones completas, lactancia materna desde el nacimiento hasta la fecha, alérgicos, quirúrgicos, traumáticos y transfusionales negados, hasta su padecimiento actual.

El Padecimiento actual, lo inicia 18 días previos a su ingreso por irritabilidad, vómitos en varias ocasiones de cantidad mínima, de forma aislada, acompañado de dolor tipo cólico, sin sangrado de tubo digestivo alto o bajo, acudiendo a facultativo don-

de indica analgésico, antiácido y antiespasmódico, pero sin mejoría aparente, por lo que es llevado al IMSS donde se toma Rx de abdomen y se logra visualizar cuerpo extraño metálico con características propias de alfiler para ropa, ubicándose en recto (Figuras 1 y 2), posteriormente se traslada a este hospital donde se reinterroga a la madre, quien no recuerda tener alfileres al alcance del niño, solo se refiere que un hermanito mayor "jugaba" frecuentemente con el niño y ocasionalmente lo cuidaba.

A la exploración física se encuentra lactante menor con edad aparente a la cronológica, reactivo, irritable y llanto fácil, bien hidratado, con buena coloración de tegumentos, cráneo normocefalo, sin exostosis ni hundimientos, buena implantación de pabellones auriculares, ojos simétricos, pupilas normoreactivas, orofaringe sin alteraciones aparentes, cuello cilíndrico sin tumoraciones ni adenomegalias, tórax simétrico, con Campos Pulmonares limpios y bien ventilados, Ruidos Cardiacos rítmicos y de buen intensidad sin fenómenos agregados, abdomen blando depresible, doloroso solo a la palpación profunda en marco cólico izquierdo, sin visceromegalias, peristalsis presente y sin datos de irritación peritoneal, al tacto rectal se localiza objeto extraño que se palpa con características de fragmento delgado, rígido, lineal de consistencia firme, se extrae con pinza hemostática sin complicaciones, encontrando objeto punzante metálico (alfiler), (Figura 3), se vigila durante 4 horas y se egresa por mejoría.



Figura 1: Rx. de abdomen AP, donde se aprecia cuerpo extraño a nivel de ampula rectal.



Figura 2: Rx. Lateral, apreciándose el mismo cuerpo extraño a nivel ampula rectal.

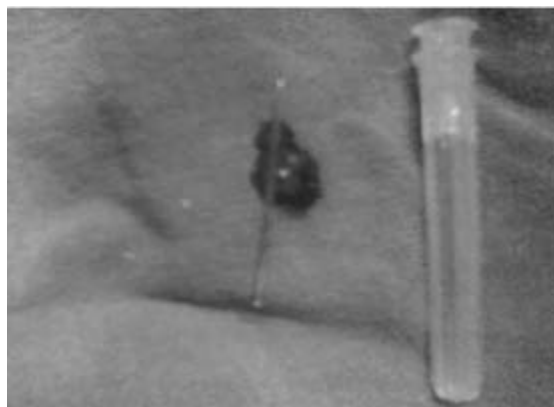


Figura 3: Alfiler comparándolo con aguja hipodérmica No.22.

DISCUSIÓN

Los cuerpos extraños gastrointestinales

CUERPO EXTRAÑO PUNZANTE EN TUBO DIGESTIVO BAJO EN UN LACTANTE MENOR. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

* Paulo Gutiérrez Torres. Residente de 3er año de Cirugía Pediátrica.

** Norberto Sotelo Cruz. Jefe del Servicio de Medicina Interna.

CUERPO EXTRAÑO PUNZANTE EN TUBO DIGESTIVO BAJO EN UN LACTANTE MENOR. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

* Paulo Gutiérrez Torres. Residente de 3er año de Cirugía Pediátrica.

** Norberto Sotelo Cruz. Jefe del Servicio de Medicina Interna.

adoptan las más disímiles posiciones dentro del tubo digestivo, manteniéndose en lugar fijo o transitando a través del mismo, muchas veces sin dar sintomatología. Llamaría la atención como pasan por las estrecheces del tracto gastrointestinal como el píloro, ángulo de treitz, válvula ileocecal y se mantienen sin manifestar sintomatología alguna. Basados en lo anterior, hace que su diagnóstico no sea siempre fácil y su tratamiento varía desde la extracción endoscópica hasta la laparotomía, o incluso permanecer por tiempo prolongado en el paciente¹. Los cuerpos extraños en el colon y recto se encuentran en dos situaciones: cuerpos extraños que hayan sido ingeridos y progresado, o cuerpos extraños que han sido introducidos a través del canal anal. Sólo el 1% de los cuerpos extraños ingeridos pueden producir perforación, pero como de éstas el 35% son producidas por objetos agudos o cortantes, en lo posible deberán extraerse antes de franquear el píloro. Su evolución se vigila mediante radiografías de abdomen en proyecciones postero-anterior y lateral².

Los cuerpos extraños ubicados a nivel de la válvula ileocecal y del colon se extraen con el colonoscopio, previa preparación del colon para asegurar una visualización adecuada. Los cuerpos extraños introducidos a través del canal anal son muy variables, como termómetros o cubiertas de cánulas de enema; son fácilmente extraídos por medio del rectoscopio o sigmoidoscopio. Objetos de mayor tamaño y de diversa índole se introducen durante prácticas sexuales aberrantes, acompañado de lesiones rectales. En los niños se han asociado estos hallazgos a maltrato infantil³. El diagnóstico se realiza por sospecha de ingesta de cuerpo extraño al interrogatorio indirecto, en algunas ocasiones si se encuentra incrustado en alguna parte del tubo digestivo distal, como en nuestro caso, se podrá palpar durante el examen rectal digital.

La radiografía simple de abdomen muestra la localización, número y clase de cuerpo extraño; además, evidencia la perforación. En nuestro paciente la Rx de abdomen no demostró presencia de perforación, corroborado clínicamente, ya que no contaba

con abdomen agudo ni datos de sangrado de tubo digestivo⁴. Si el cuerpo extraño es palpable, usualmente puede ser extraído con el rectosigmoidoscopio flexible o con el rígido. El termómetro rectal intacto o roto se encuentra frecuentemente en los niños y la perforación de la cara anterior del rectosigmoide a nivel de la unión mucodérmica es la complicación más común, en nuestro caso se utilizó una pinza hemostática para extraer el alfiler una vez ubicándolo por medio del tacto rectal⁵.

En un estudio retrospectivo de nuestro hospital con un periodo comprendido de diciembre del 2000 a diciembre del 2004 se encontraron 215 expedientes con sospecha de ingestión de cuerpo extraño a vía digestiva, tan solo el 12.5% (27) de los pacientes requirió hospitalización, el 87.5% (188) restante fue manejado satisfactoriamente por la consulta de urgencias, el predominio de sexo fue masculino con un 55.3% (119) y el 44.7% (96) del sexo femenino, y con respecto a los pacientes que ameritaron hospitalización fueron 20 hombres (74%) y 7 mujeres (25.9%). En relación a los cuerpos extraños encontrados en los pacientes hospitalizados se extrajeron el 100% en su totalidad ya sea por vía endoscopia 18 pacientes (66.6%), y por extracción con sonda foley fueron 9 pacientes (33.3%).

El 55.5% (15) se trataba de monedas de diferentes tamaños, el 18% fueron juguetes de plástico de diversos tamaños, el 11.1% fueron botones, el 7.4% anillos y un tornillo (3.7%) y un alfiler (3.7%), ver Cuadro 1.

El 100% de los pacientes fue egresado con mejoría, sin complicaciones. Los cuerpos extraños grandes pueden extraerse con asas de polipectomía o con el fórceps bajo anestesia local con lidocaina al 0.5%, y en la posición de decúbito lateral izquierdo, los recipientes de vidrio pueden extraerse bajo anestesia y relajación del esfínter mediante maniobras especiales para evitar el efecto de succión, si el extremo cefálico del recipiente esta abierto, la perforación es la complicación más frecuente de los cuerpos extraños en recto y colon, aunque pueden hallarse a nivel intraperitoneal, lo cual requiere tratamiento quirúrgico de urgencia⁶.

Cuadro 1

	Monedas	Juguetes	Botones	Anillos	Tornillo	Alfiler
Hospitalizados	15	5	3	2	1	1



BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Sonzogni A, Pezzica E. Aortoesophageal fístula. Report of one case complicating foreign body ingestion with considerations about pathogenesis. Pathologic. 1996; Oct; 88(5): 447-8.
- 2.- Clarkson WK. Gastrointestinal foreign bodies. When to remove them, when to watch and wait. Postgrad Med 1992; 92: 468, 51.
- 3.- Ooi BS, Ho YH, Seow-Choen F. Management of anorectal foreign bodies: a cause of anal pain. Aust N Z J Surg 1998; Dec; 68(12): 852-5.
- 4.- Bertoni, G. Endoscopic protector hood for safe removal of sharp-pointed gastroesophageal foreign bodies. Surg Endosc 1992; 6: 255.
- 5.- Subbotin VM, Kamenskikh LP. Transanal removal of foreign bodies from rectum and sigmoid. Khirurgiia (Mosk). 2000; 3: 49-50.
- 6.- Yaman M, Deitel M, Burul CJ, B. Foreign bodies in the rectum. Can J Surg 1993; Apr; 36(2): 173-7.

CUERPO EXTRAÑO
PUNZANTE EN TUBO
DIGESTIVO BAJO EN
UN LACTANTE MENOR.
PRESENTACIÓN DE UN
CASO.

* Paulo Gutiérrez Torres.
Residente de 3er año
de Cirugía Pediátrica.

** Norberto Sotelo Cruz.
Jefe del Servicio de
Medicina Interna.