

# Cuerpos extraños en recto

*Foreign bodies in the rectum*

Dr. José Francisco Camacho Aguilera, Dr. Fernando García Govea, Dr. Alberto Reyes Escamilla

## Resumen

**Objetivo:** Presentar la experiencia en el Hospital General de Tijuana en el diagnóstico, tratamiento y evolución de los pacientes con cuerpos extraños en el recto.

**Diseño:** Serie de casos.

**Sede:** Hospital General de Tijuana, en la ciudad de Tijuana, Baja California.

**Análisis estadístico:** Medidas de tendencia central y porcentajes como medida de resumen para variables cualitativas.

**Pacientes y métodos:** Análisis de los expedientes clínicos de 33 pacientes del Hospital General de Tijuana admitidos entre agosto del 2003 a octubre del 2007, variables analizadas: género, edad, tipo de cuerpo extraño, causa de introducción del cuerpo extraño, consumo y tipo de drogas y/o alcohol, manifestaciones clínicas más frecuentes, resultado de estudios radiográficos, altura en la cual se localizó el cuerpo extraño, sitio de extracción, tipo de analgesia empleada en la extracción, el método de extracción de dicho cuerpo, las lesiones producidas y la evolución de los pacientes con el tratamiento otorgado.

**Resultados:** Se obtuvieron los registros de 33 pacientes, la mayoría del sexo masculino (93.9%), siendo más frecuentemente los frascos (42.4%), seguido de los palos de madera (12.1%). La etiología más frecuente fue la inserción por erotismo anal autoinducida (54.5%), con uso de alcohol y/o droga (33.3%) y localización a menos de 10 cm del margen anal (69.9%). Es frecuente la sensación de cuerpo extraño, distensión abdominal, dolor transanal, dolor abdominal y estreñimiento. Se realizó extracción vía transanal (75.6%) y por laparotomía exploradora (24.2%). La evolución de los pacientes fue satisfactoria en 29 pacientes, cuatro pacientes desarro-

## Abstract

**Objective:** To present the experience attained at the General Hospital of Tijuana, BC, Mexico, in the diagnosis, treatment, and evolution of patients with foreign bodies in the rectum.

**Design:** Case series.

**Setting:** General Hospital of Tijuana, city of Tijuana, state of Baja California, Mexico.

**Statistical analysis:** Central tendency measures and percentages as summary measure for qualitative variables.

**Patients and methods:** Analysis of the clinical records of 33 patients admitted to the General Hospital of Tijuana, from August 2003 to October 2007. Analyzed variables were: age, gender, type of foreign body, cause of foreign body introduction, consumption and type of drugs and/or alcohol, most frequent clinical manifestations, results of X-ray studies, height at which the foreign body was localized, extraction site, type of analgesia used for the extraction, extraction method, injuries produced, and evolution of the patients with the provided treatment.

**Results.** We analyzed the clinical records of 33 patients; most were men (93.9%), the most frequent introduced foreign body were flasks (42.4%), followed by wooden sticks (12.1%). The most frequent etiology was insertion due to self-inflicted anal erotism (54.5 %), accompanied by alcohol and/or drug abuse (33.3%) and localization at less than 10 cm from the anal margin (69.9%). Frequent manifestations are: foreign body sensation, abdominal distension, transanal pain, abdominal pain, and constipation. Extraction was performed by transanal approach (75.6%) and by exploratory laparotomy (24.2%). Evolution was satisfactory in 29 patients; four patients developed peritonitis and in three patients the peritonitis evolved and led to death.

www.medicgraphic.com

Servicio de Cirugía General, Hospital General de Tijuana.

Recibido para publicación: 16 enero 2009

Aceptado para Publicación: 22 febrero 2009

Correspondencia: José Francisco Camacho Aguilera

Alfonso Reyes Núm. 125, El Tintero, Querétaro, Querétaro, México. 76134

Teléfono casa: 01 442 221 05 40

Teléfono celular: 664 217 7763

Correo electrónico: scienta\_medica@hotmail.com

llaron peritonitis y en tres pacientes la peritonitis evolucionó hacia la muerte.

**Conclusiones:** La presencia de cuerpos extraños en recto es una entidad clínica de diagnóstico relativamente sencillo si se logra la información adecuada por medio de una historia clínica completa. Es importante una exploración física cuidadosa y estudios paraclínicos a fin de discernir entre los pacientes que tengan el cuerpo extraño arriba de los 10 cm del margen anal y los que presenten una complicación, generalmente perforación intestinal, debido a que ésta se asocia a un 10% de mortalidad.

**Palabras clave:** Cuerpos extraños en recto, métodos de extracción.

**Cir Gen 2009;31:97-104**

**Conclusions:** The presence of foreign bodies in the rectum is a clinical entity of relatively simple diagnosis if the adequate information is gathered through a complete clinical history. A careful physical examination and paraclinical studies are important elements to discern between those patients with the foreign body above 10 cm from the anal margin and those patients coursing with a complication, generally, intestinal perforation, because the latter is associated to a 10% mortality.

**Key words:** Rectal foreign bodies, extraction methods.

**Cir Gen 2009;31:97-104**

## Introducción

Aunque se ha mencionado que la presencia de cuerpos extraños en recto es una entidad clínica frecuente, hay pocas series internacionales y están integradas por apenas una decena de casos<sup>1,2</sup> o simplemente se trata de reportes de casos aislados. Aún más, al hacer una revisión de la literatura nacional no se encontró alguna serie reciente que tratara esta entidad clínica, por lo que decidimos reportar nuestra experiencia en el Hospital General de Tijuana con este tipo de casos, además de hacer una correlación con lo reportado en la literatura.

## Material y métodos

Se trató de un estudio descriptivo transversal en el cual se integraron todos los pacientes con diagnóstico de cuerpo extraño en recto ingresados al Hospital General de Tijuana en el periodo de agosto del 2003 a octubre del 2007.

Las variables recolectadas fueron el género, edad, el tipo de cuerpo extraño, la causa de introducción del cuerpo extraño, consumo y tipo de drogas y/o alcohol, las manifestaciones clínicas más frecuentes al arribo al hospital, resultados de estudios radiográficos, altura en la cual se localizó el cuerpo extraño, sitio de extracción, tipo de analgesia empleada en la extracción, el método de extracción de dicho cuerpo, las lesiones producidas y la evolución de los pacientes con el tratamiento otorgado.

El análisis se realizó por medio de porcentajes como medida de resumen para variables cualitativas.

## Resultados

En el periodo de estudio ingresaron 33 pacientes con diagnóstico de cuerpo extraño en recto, de los cuales la mayoría correspondían al sexo masculino (n = 31, 93.9%), con una media de edad de 48.5 años (con un rango de edad que osciló entre los 25 y los 71 años de edad). El tipo de cuerpo extraño se muestra en el

**cuadro I.** Los objetos extraños más frecuentemente observados fueron los frascos, con un total de 14 (42.4%), seguido de los palos de madera (n = 4, 12.1%) y los tubos de cualquier tipo en su forma natural de fabricación o modificados por el mismo paciente (porta-papel de baño, bate de béisbol de juguete, candelabro forrado) (n = 4, 12.1%). Los juguetes sexuales sólo representaron un 6.0% del total de los cuerpos extraños (n = 2), al igual que los focos, las velas (vela y cirio) y los vegetales (pepino y papa). En dos pacientes no se pudo identificar la naturaleza del cuerpo extraño debido a que arribaron a nuestro hospital sin el cuerpo extraño, pero con historia de la introducción y remoción del mismo por terceras personas, así como la presencia de complicaciones. Otro paciente no contaba con el cuerpo extraño a su llegada al hospital, pero se refirió la naturaleza del mismo al momento de realizar la historia clínica.

La etiología más frecuente fue la inserción por eritismo anal, ya fuera de manera auto-inducida (n = 18, 54.5%) o en forma consensuada por la pareja sexual (n = 4, 12.1%). La siguiente causa más frecuente fue la violación (n = 7, 21.2%), para finalmente carecer de una respuesta clara en dos casos (6.1%) o en definitiva negarse cualquier tipo de respuesta en otros dos casos. En estos últimos dos pacientes precisamente se desconoció la naturaleza de los objetos extraños, arribando a nuestro hospital por complicación de la inserción de un cuerpo extraño consistente en la perforación de víscera hueca.

En cuanto a las preferencias sexuales, en 11 casos se documentó la preferencia homosexual (33.3%), frente a un 22 que aceptaron la heterosexualidad en sus relaciones (66.7%).

El uso de drogas o alcohol estuvo presente en el 33.3% de los pacientes en nuestra serie, siendo éstos el alcohol (n = 8, 24.2%), las anfetaminas (n = 2, 6.1%) y la cocaína (n = 1, 3.0%).

En las manifestaciones clínicas predominó la presencia de sensación de cuerpo extraño en 22 pacien-

Cuadro I. Variables de pacientes con cuerpos extraños en recto.

Número	Edad	Sexo	Tipo de cuerpo extraño	Método de remoción	Lesión	Resultado
1	38	M	Frasco de desodorante	Instrumentada	Sin lesión	Alta
2	40	M	Frasco de desodorante	Instrumentada	Sin lesión	Alta
3	25	F	Frasco de biberón	Instrumentada	Desgarro no perforante	Alta
4	35	M	Frasco de alimentación infantil	Instrumentada	Sin lesión	Alta
5	45	M	Frasco de alimentación infantil	Instrumentada	Sin lesión	Alta
6	38	M	Frasco de alcohol	Instrumentada	Desgarro no perforante	Alta
7	28	F	Juguete sexual	Instrumentada	Sin lesión	Alta
8	60	M	Vegetal (papa)	Instrumentada	Sin lesión	Alta
9	33	M	Foco	Instrumentada	Sin lesión	Alta
10	45	M	Tubo (porta papel)	Manual	Sin lesión	Alta
11	45	M	Cirio pascual	Instrumentada	Sin lesión	Alta
12	33	M	Palo de escoba	Manual	Sin lesión	Alta
13	35	M	Juguete sexual	Laparotomía	Sin lesión	Alta
14	36	M	Frasco (botella de cerveza)	Laparotomía	Perforación de recto-sigma	Muerte
15	58	M	Palo de madera	Laparotomía	Perforación de recto-sigma	Muerte
16	33	M	Desconocido	Laparotomía	Perforación de recto-sigma	Muerte
17	46	M	Frasco (botella de refresco)	Instrumentada	Desgarro no perforante	Alta
18	36	M	Frasco (botella de cerveza)	Instrumentada	Desgarro no perforante	Alta
19	35	M	Herramienta (desarmador)	Laparotomía	Lesión esfinteriana	Alta
20	33	M	Frasco (atomizador)	Instrumentada	Desgarro no perforante	Alta
21	48	M	Palo de madera	Laparotomía	Lesión esfinteriana	Alta
22	71	M	Lámpara	Instrumentada	Sin lesión	Alta
23	60	M	Bate de béisbol	Instrumentada	Desgarro no perforante	Alta
24	28	M	Desconocido	Laparotomía	Perforación de recto-sigma	Peritonitis
25	50	M	Palo de madera	Instrumentada	Desgarro no perforante	Alta
26	30	M	Candelabro forrado	Manual	Sin lesión	Alta
27	30	M	Pepino	Manual	Sin lesión	Alta
28	28	M	2 frascos (transporte de droga)	Instrumentada	Sin lesión	Alta
29	35	M	2 frascos de desodorante pegados	Manual	Sin lesión	Alta
30	38	M	Vela	Manual	Sin lesión	Alta
31	29	M	Frasco de desodorante	Manual	Sin lesión	Alta
32	35	M	Tubo	Manual	Sin lesión	Alta
33	63	M	Tubo de PVC	Manual	Perforación de recto-sigma	Alta

tes (66.7%), seguida de la distensión abdominal en 18 pacientes (54.5%), dolor transanal en 16 pacientes (48.5%), dolor abdominal en 10 pacientes (30.3%), estreñimiento en 11 pacientes (33.3%), náusea y vómito en 3 pacientes (9.1%) y sangrado de tubo digestivo en 7 pacientes (21.2%). Aunque parezca raro, la diarrea se reportó también como dato clínico en uno de nues-

tos pacientes. Los signos clínicos más frecuentes fueron peristalsis aumentada en 6 pacientes (18.2%), peristalsis disminuida en un paciente (3.0%), ausencia de peristalsis en 4 pacientes (12.1%) y datos de irritación peritoneal en 6 pacientes (18.2%). La taquicardia y la fiebre se observaron con una frecuencia del 15.1% cada una, la taquipnea en 9.1% y la hipotensión en un

3.0%. Sin embargo, en 25 pacientes no se observó alteración alguna en los signos vitales (75.8%).

A todos los pacientes se les practicaron estudios radiográficos, principalmente placa de abdomen de pie, en algunos casos en decúbito y más excepcionalmente lateral de abdomen. Los datos radiográficos sobresalientes fueron la clara visualización del cuerpo extraño en 26 casos (78.8%), datos de perforación de víscera hueca en 5 casos (15.2%) o la ausencia total de datos en 3 casos (9.1%).

El tiempo transcurrido entre la introducción del cuerpo extraño y la búsqueda de la atención médica fue dentro de las primeras 24 horas en un 39.4%, en 1-2 días en el 24.2%, en 2-3 días en el 9.1%, en 3 a 4 días en el 3.0% y más de 4 días en el 15.1%. En 2 casos se negó toda información.

La localización del cuerpo extraño fue determinada por el cirujano al momento de la extracción del mismo, encontrándose en el 69.7% a menos de 10 cm del margen anal ( $n = 23$ ), a más de 10 cm del margen anal en 15.1% ( $n = 5$ ), en 9.1% no se encontraba el cuerpo extraño. En 2 casos no se logró establecer el sitio del cuerpo extraño, debido a que dicho dato no figuraba en el expediente y los otros 3 pacientes faltantes fueron aquéllos que llegaron sin el cuerpo extraño al hospital, pero con complicaciones de la inserción del mismo.

El sitio de extracción del cuerpo extraño fue en urgencias en 8 pacientes, 21 pacientes en quirófano, en un caso la extracción fue realizada por el mismo paciente y en los otros tres restantes ya se había realizado la extracción antes de su llegada al hospital.

La analgesia usada fue con anestesia subcutánea interesfinteriana en un paciente, bloqueo subaracnoidal en 16 pacientes, bloqueo epidural en 5 pacientes, anestesia general en 4 pacientes, sedación en 7 pacientes y ningún tipo de manejo analgésico en 4 pacientes. Cabe comentar que en cuatro pacientes se tuvo que combinar la técnica anestésica de bloqueo subaracnoidal con anestesia general, de bloqueo subaracnoidal con epidural, de sedación con bloqueo subaracnoidal y de anestesia subcutánea interesfinteriana con sedación.

Para la extracción del cuerpo extraño se usó proctoscopio en 14 pacientes (42.4%), pinzas de cualquier tipo en 16 pacientes (48.5%), valvas en 8 pacientes (24.2%), espejo vaginal en 6 pacientes (18.2%), y en forma manual en 12 pacientes (36.4%). Se usaron más de un método en 15 pacientes, siendo la máxima de hasta cuatro instrumentos diferentes en 2 pacientes. Se requirió laparotomía exploradora en 8 pacientes (24.2%), en 5 por localización a más de 10 cm del margen anal (2 de ellos con datos de perforación) y 3 sin cuerpo extraño pero con datos fracos de perforación, realizándose derivación del tránsito intestinal y extracción del cuerpo extraño (en 2 casos) a través de la lesión infligida en el sigma. En uno de estos pacientes se hizo cierre primario de una lesión secundaria a asas intestinales. En los dos casos con cuerpo extraño presente se realizó colotomía para la extracción del cuerpo extraño (uno con cierre primario

de la colotomía y otro con realización de derivación del tránsito intestinal mediante colostomía) y en el último paciente operado se realizó la extracción transanal combinada con abocamiento del cuerpo hacia el ano mediante la manipulación del cuerpo dentro del rectosigma. En los otros 25 pacientes (75.6%) se efectuó la extracción del cuerpo extraño por vía transanal sola.

Como se observa, la gran mayoría de los pacientes no tenían síntomas ni signos de abdomen agudo o de afección intraabdominal, excepto los pacientes complicados con perforación de víscera hueca (casos 14, 15, 16, 24 y 33). En 18 pacientes no se evidenció lesión alguna (54.5%), en 8 pacientes sólo se encontraron desgarros no perforantes de la mucosa (24.2%) y en 2 pacientes se reportó únicamente lesión esfinteriana (6.1%). La evolución de los pacientes fue satisfactoria en 29 de ellos, dándose de alta sin ninguna complicación aparente. Cuatro pacientes desarrollaron peritonitis, uno fue tratado en forma exitosa y egresado tras su completa recuperación. En tres pacientes más (9.1%), se presentaron cuadros de peritonitis los cuales evolucionaron hacia la muerte.

## Discusión

La presencia de cuerpos extraños en el recto es un problema que, a pesar de ser considerado como común, no hay estadísticas nacionales ni internacionales sobre su incidencia actual. Nuestra serie de 4 años reporta 33 casos de este tipo, superando el estudio de Wang y cols., quienes mostraron 12 casos observados en un periodo de 21 años<sup>1</sup> y la serie de Clarke y cols., con 13 pacientes en 10 años.<sup>2</sup> Al hacer una búsqueda en los medios electrónicos nacionales no hubo resultados desde al menos 8 años hasta la actualidad.

Nuestro estudio concuerda con los reportes analizados, en los cuales existe una mayor frecuencia de esta entidad clínica entre los hombres que en las mujeres. La presencia de cuerpos extraños en recto puede deberse a la introducción de los mismos a través del ano o por ingestión oral de los objetos y con retención de los mismos a nivel del recto<sup>3</sup> (por ejemplo, fragmentos de cápsulas o comida no digerida como huesos).<sup>4</sup> Cuando se introducen los cuerpos extraños en el recto a través del ano, se debe principalmente a la estimulación sexual,<sup>5</sup> reportándose hasta en un 78% de los casos.<sup>6</sup> Este porcentaje es similar al de nuestra serie (66.6%, fuera auto-inducido o por la pareja sexual). También se ha publicado la inserción de cuerpos extraños como parte de un acto de violación a través del recto, como fue reportado por Ernst y cols., en donde un 7.5% de sus pacientes, víctimas de violación, fueron penetrados con cuerpos extraños.<sup>7</sup> Aunque nuestro universo de estudio no fueron víctimas de violación, sí observamos esta acción como causa de la presencia de cuerpos extraños en recto en alrededor de una quinta parte de los casos. Resulta interesante que todos estos casos se hayan presentado en pacientes del género masculino. Por otro lado, se ha mencionado a los juguetes sexuales y las botellas de vidrio como los objetos más frecuentemente

introducidos (33% para cada uno de ellos),<sup>1</sup> aunque nosotros observamos en casi la mitad de los casos algún tipo de frasco, desde aquéllos de vidrio de alimento infantil, envases de refresco y/o cerveza, hasta los frascos de desodorante (**Figuras 1, 2 y 3**). En nuestra área geográfica la presencia de juguetes sexuales fue menos común (**Figura 4**).

Al revisar este tipo de pacientes es importante el interrogatorio clínico, el cual brinda rápidamente el diagnóstico de cuerpo extraño en recto. Sin embargo, en dos pacientes se negó la inserción de cuerpo extraño en recto, posiblemente debido a un pudor extremo, pero en los cuales las lesiones en sigmoídes no podían atribuirse a otra etiología. Una vez realizado el interrogatorio, debe dirigirse hacia la presencia de complicaciones al tracto digestivo bajo como consecuencia de la inserción de estos objetos. La sintomatología con la que frecuentemente se presenta este tipo de pacientes es dolor anal, protrusión del ano, sangrado y alteraciones en los movimientos intestinales, lo cual también fue observado en nuestro estudio. Sin embargo, se debe considerar que esta patología puede simular cualquier enfermedad anorrectal.<sup>8</sup> Entre las complicaciones por la presencia de cuerpos extraños anorrectales se mencionan en la literatura el trauma rectal (abra-



Fig. 2. Radiografía de abdomen de pie de un paciente con una botella como cuerpo extraño en recto, la cual fue quebrada por el mismo paciente en un intento por realizar su autoextracción. La extracción de estos restos se realizó en forma instrumentada, produciéndose algunos desgarros a la mucosa.



Fig. 1. Radiografía de abdomen en decúbito de un paciente de 46 años con botella de refresco, la cual se encontraba a más de 10 cm del margen anal para lo cual se realizó laparotomía exploradora para su extracción, encontrándose perforación de sigmoídes con el objeto libre en cavidad.



Fig. 3. Radiografía de abdomen en decúbito pie de un paciente con un frasco de alcohol, el cual fue extraído en forma instrumentada vía transanal observándose únicamente un leve desgarro no perforante.



Fig. 4. Radiografía de abdomen de pie de un paciente ingresado en urgencias con cuerpo extraño introducido por autoerótismo (juguete sexual) y el cual fue extraído en forma instrumentada vía transanal sin complicaciones.

siones y laceraciones), la perforación,<sup>9</sup> celulitis y abscesos, sangrado, el desarrollo de fistulas (especialmente fistulas enterovesicales, las cuales se han relacionado con la presencia de objetos finos y punzadados en el recto),<sup>10</sup> colitis química, reacciones de anafilaxia, embolismo, estenosis,<sup>11</sup> bacteriemia y/o endocarditis por cuerpos retenidos o por el mismo trauma rectal.<sup>5</sup> Nosotros sólo observamos los desgarros no perforantes, la lesión esfinteriana y la perforación del recto-sigmaoides como complicaciones de la inserción de cuerpos extraños en recto. En más de la mitad de los casos reportados no se evidenció lesión alguna, aun a pesar de los distintos métodos de manipulación y extracción transanal realizados. Es posible que la falta de seguimiento no haya arrojado la presencia de complicaciones tardías como las fistulas. Es importante señalar que la presencia de dolor abdominal (especialmente con presencia de irritación peritoneal) y el sangrado transanal deben alertar al médico sobre la alta probabilidad de alguna complicación seria y potencialmente mortal. Debe hacerse notar que en poco más del 80% de nuestros pacientes no se observó alteración alguna en sus signos vitales, y que la presencia de fiebre, taquicardia, hipotensión y/o taquipnea deberían tomarse en cuenta al momento de establecer la sospecha clínica de una complicación.

Aunque la literatura reporta el uso del colonoscopio como un método diagnóstico y posiblemente hasta terapéutico eficaz en estos casos,<sup>12</sup> nosotros sencillamente preferimos la realización de exámenes radiográficos debido a su bajo costo, rapidez en la realización de los mismos y debido a la gran información que pueden aportar sobre el cuerpo extraño en nuestros pa-

cientes. Los métodos que se han recomendado son las radiografías de abdomen en posición de pie y decúbito, la oblicua y lateral de la pelvis, la telerradiografía de tórax (la cual puede brindar información adicional sobre la presencia de perforación de víscera hueca, aire libre subdiafragmático) y estudios con medio contrastado.<sup>13</sup> Nosotros no realizamos estudios de contraste, conformándonos únicamente con las placas de abdomen y una lateral de pelvis para delimitar la posición exacta de los cuerpos extraños. Incluso los objetos radiolúcidos pueden ser observados si es que contienen aire en su interior. En ese caso se puede observar una sombra radiolúcida bien delimitada,<sup>14</sup> como se observa en la **figura 3**. La telerradiografía de tórax se indicó ante la sospecha de perforación de víscera hueca, únicamente. Con estos estudios, pudimos apreciar claramente el cuerpo extraño en poco más del 80% de los casos y datos de perforación de víscera hueca en todos los pacientes que estaban cursando con esta complicación.

En cuanto al tratamiento, estos cuerpos usualmente pueden ser extraídos por métodos no quirúrgicos (extracción digital o bimanual o con uso de fórceps, sonda Foley, pinzas de anillos, asas, etc.),<sup>15-17</sup> pero se requiere una técnica adecuada para evitar la laceración rectal o al esfínter.<sup>9</sup> Es posible que se requiera sedación para poder realizar la extracción transanal en el departamento de urgencias o con bloqueo local/ regional o anestesia general en quirófano para una mejor relajación de los músculos del esfínter anal.<sup>18</sup> Este abordaje puede intentarse con objetos que se encuentran a menos de 10 cm del margen anal.<sup>11</sup> En objetos más allá de esta distancia, es más probable que se requiera la extracción mediante minilaparotomía y ordeñamiento del cuerpo hacia el ano. En caso de no lograrse la extracción con esta maniobra, debe realizarse laparotomía exploradora con colotomía y posterior cierre del colon.<sup>19</sup>

También se ha descrito la combinación de métodos, como el abordaje anal y laparoscópico en forma conjunta.<sup>20</sup> Con el uso de la laparoscopia se evita la laparotomía por lo que la estancia intra-hospitalaria se reduce en forma importante.<sup>21</sup> Otra forma empleada es mediante el uso de sistemas de succión al vacío, especialmente con objetos de vidrio. Con este tipo de objetos, las superficies pueden resultar demasiado resbalosas para la manipulación con instrumentos y cuya ruptura puede producir graves lesiones a la mucosa rectal.<sup>22</sup> Sin embargo, también se han registrado casos en los cuales el propio paciente es quien extrae el cuerpo extraño, pero se presenta en el hospital con una perforación rectal.<sup>2</sup> Toda esta experiencia ha determinado una conducta en nuestro hospital que se resume en el algoritmo presentado en la **figura 5**.

Una vez extraído el cuerpo extraño debe realizarse un examen rectosigmoidoscópico en busca de complicaciones.<sup>18</sup> En la mayoría de las ocasiones se trata de laceraciones (hasta en alrededor del 60% de los casos),<sup>13</sup> pero deben buscarse perforaciones que pueden

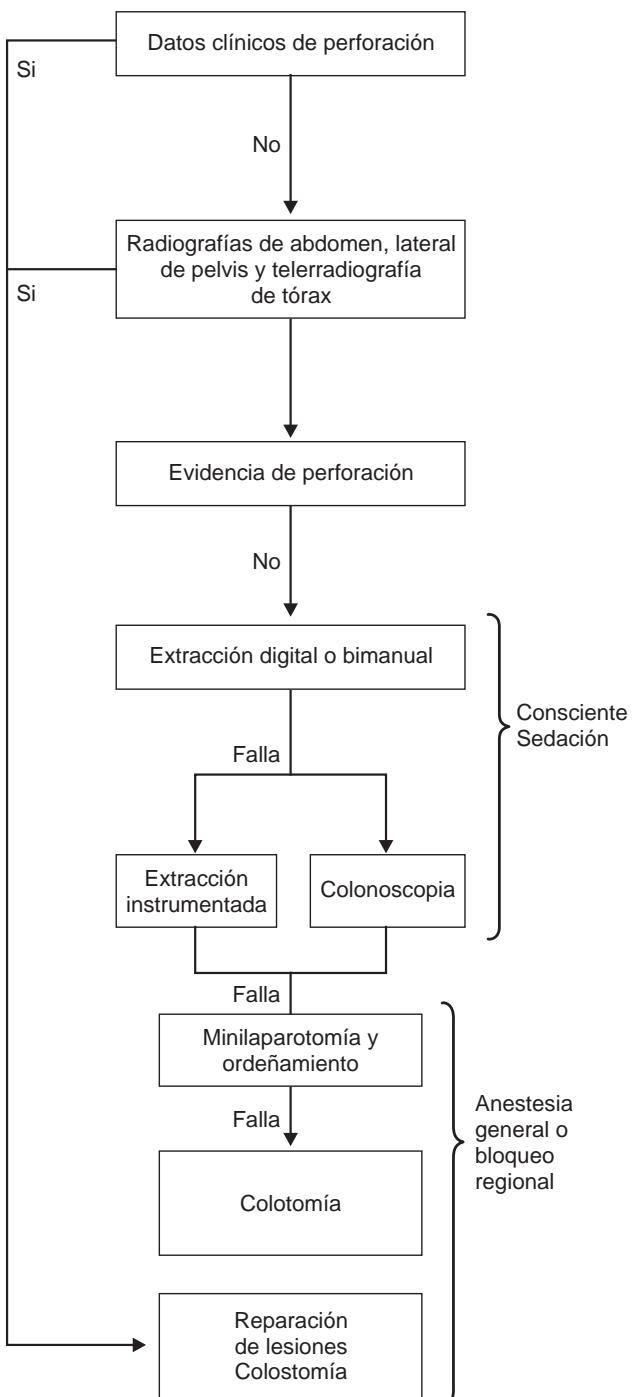


Fig. 5. Algoritmo de manejo basado en la experiencia del Hospital General de Tijuana

poner en peligro la vida.<sup>23</sup> Si se requiere laparotomía, se debe hacer un intento por ordeñar el cuerpo extraño hasta el campo de visión perineal. Una vez ahí, se intenta la extracción vía transanal. Si el cuerpo no puede ser removido por vía transanal, se realiza colotomía, extracción del cuerpo extraño y finalmente colostomía o cierre de la colotomía.<sup>24</sup> Se deben tratar las

lesiones extraperitoneales e intraperitoneales asociadas. Las lesiones extraperitoneales menores pueden tratarse en forma expectante, pero las lesiones intraperitoneales y extraperitoneales mayores requieren la parotomías y colostomía.<sup>25</sup> No deben olvidarse los antibióticos, los líquidos parenterales y el manejo de soporte.<sup>17</sup>

La mortalidad observada en nuestro estudio fue de casi el 10%, correlacionada con la presencia de perforación del rectosigmoides y el desarrollo posterior de peritonitis y sepsis. Por lo tanto, estos casos deben ser tratados en forma adecuada y enérgica desde el establecimiento del diagnóstico de perforación secundaria a un cuerpo extraño en recto.

Podemos concluir que la presencia de cuerpos extraños en recto es una entidad clínica de diagnóstico relativamente sencillo si se logra la información adecuada por medio de una historia clínica completa. Es importante una exploración física cuidadosa y estudios paracínicos a fin de discernir entre los pacientes que tengan el cuerpo extraño arriba de los 10 cm del margen anal y los que presenten complicación, generalmente perforación intestinal, debido a que ésta se asocia a un 10% de mortalidad.

## Referencias

1. Huang WC, Jiang JK, Wang HS, Yang SH, Chen WS, Lin TC, et al. Retained rectal foreign bodies. *J Chin Med Assoc* 2003; 66: 607-12.
2. Clarke DL, Buccimazza I, Anderson FA, Thomson SR. Colorectal foreign bodies. *Colorectal Dis* 2005; 7: 98-103.
3. Rodriguez-Hermosa JL, Codina-Cazador A, Ruiz B, Sirvent JM, Roig J, Farrés R. Management of foreign bodies in the rectum. *Colorectal Dis* 2007; 9: 543-8.
4. Pickhardt PJ. Differential diagnosis of polypoid lesions seen at CT colonography (virtual colonoscopy). *Radiographics* 2004; 24: 1535-59.
5. Pandey BB, Dang TC, Healy JF. Embolic stroke complicating *Staphylococcus aureus* endocarditis circumstantially linked to rectal trauma from foreign body: a first case report. *BMC Infect Dis* 2005; 5: 42.
6. Cohen JS, Sackier JM. Management of colorectal foreign bodies. *J R Coll Surg Edinb* 1996; 41: 312-5.
7. Ernst AA, Green E, Ferguson MT, Weiss SJ, Green WM. The utility of anoscopy and colposcopy in the evaluation of male sexual assault victims. *Ann Emerg Med* 2000; 36: 432-7.
8. Redding MD. Foreign bodies in the rectum simulating anorectal disease. *Calif Med* 1949; 71: 215.
9. Fry RD. Anorectal trauma and foreign bodies. *Surg Clin North Am* 1994; 74: 1491-1505.
10. Yu NC, Raman SS, Patel M, Barbaric Z. Fistulas of the genitourinary tract: a radiologic review. *Radiographics* 2004; 24: 1331-52.
11. Hemandas AK, Muller GW, Ahmed I. Rectal impaction with epoxy resin: a case report. *J Gastrointest Surg* 2005; 9: 747-9.
12. Nicollier-Fahrni A, Vader JP, Froehlich F, Gonvers JJ, Burmann B. Development of appropriateness criteria for colonoscopy: comparison between a standarized expert panel and an evidence-based medicine approach. *Int J Qual Health Care* 2003; 15: 15-22.

13. Hunter TB, Taljanovic MS. Foreign bodies. *Radiographics* 2003; 23: 731-57.
14. Lee KF, Wong J, Lai PB. Radiolucent foreign body visible on plain radiography. *Can J Surg* 2008; 51: E87-E88.
15. Mackinnon RP. Removing rectal bodies: is the ventouse gender specific? *Med J Aust* 1998; 169: 670-1.
16. Peet TN. Removal of impacted rectal foreign body with obstetric forceps. *Br Med J* 1976; 1: 500-1.
17. Lowicki EM. Accidental introduction of giant foreign body into the rectum: case report. *Ann Surg* 1966; 163: 395-8.
18. Koornstra JJ, Weersma RK. Management of rectal foreign bodies: description of a new technique and clinical practice guidelines. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 4403-6.
19. Ooi BS, Ho YH, Eu KW, Nyam D, Leong A, Seow-Choen F. Management of anorectal foreign bodies: a cause of obscure anal pain. *Aust N Z J Surg* 1998; 68: 852-5.
20. Rispoli G, Esposito C, Monachese TD, Armellino M. Removal of a foreign body from the distal colon using a combined laparoscopic and endoanal approach; a report of a case. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 1632-4.
21. Berghoff KR, Franklin ME Jr. Laparoscopic-assisted rectal foreign body removal: report of a case. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 1975-7.
22. Johnson SO, Hartranft TH. Nonsurgical removal of a rectal foreign body using a vacuum extractor. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 935-7.
23. Barone JE, Yee J, Nealon TF Jr. Management of foreign bodies and trauma of the rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 156: 453-7.
24. Corman ML. *Colon and rectal surgery*. 4th edition. Philadelphia: Ed. Lippincott-Raven, 1998: 363-9.
25. Schofield PF. Foreign bodies in the rectum: a review. *J R Soc Med* 1980; 73: 510-13.