

CASO CLÍNICO

Migración intragástrica de una prótesis plástica colocada para reparación de una perforación diafragmática. Reporte de un caso

Dr. Omar Edel Trujillo-Benavides,* Dr. Roberto Aguilar-Prado,** Dra. Margarita Guerrero-Hernández,* Dra. Flor León-Alvarado.*** Dr. César Villalpando-Mendoza,**** Dr. Carlos Mondragón-Flores**

* Servicio de Endoscopia Gastrointestinal. ** Servicio de Gastroenterología. *** Servicio de Medicina Interna. **** Servicio de Cirugía General. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza. IMSS.

Correspondencia: Dr. Omar Edel Trujillo Benavides. Segundo piso del edificio de Consulta Externa del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza. Seris y Zaachila S/N, Col. La Raza, Del. Azcapotzalco. México, D.F. Tel. 5724 5900. Ext. 24101 y 24102. correo electronico: omaredel@hotmail.com

Recibido para correspondencia: 31 de agosto de 2005.

Aceptado correspondencia: 2 de septiembre de 2005.

RESUMEN *Presentación del caso:* se trata de una mujer de 21 años de edad con antecedente de múltiples intervenciones quirúrgicas, 13 en total. Su problema lo inició después de la última cirugía, la cual se complicó con perforación diafragmática izquierda obligando a la colocación de una prótesis plástica para su reparación, desde entonces presentó dolor abdominal que requirió analgesia constante. La prótesis se observó en una tomografía computada de abdomen y se confirmó su presencia dentro del estómago mediante endoscopia, debido a su tamaño y rigidez fue imposible su extracción endoscópica, por lo que se retiró quirúrgicamente y evolucionó de forma satisfactoria. **Discusión:** entre las complicaciones más comunes de las prótesis colocadas en cavidad abdominal se encuentra la migración. Sin embargo, la incidencia precisa no se conoce, mucho menos su migración intraluminal al tubo gastrointestinal. No encontramos reportes previos donde una prótesis utilizada para reparación de un defecto diafragmático haya migrado hasta el interior del estómago.

Palabras clave: cuerpos extraños, migración intraluminal.

SUMMARY *Case:* We report the case of a 21-year old female with multiple surgeries. Her problem began after last surgery, which got complicated by a diaphragmatic perforation on the left side so it was necessary to repair the defect with a plastic prosthesis, since that time she complained of abdominal pain. In an abdominal computed axial tomography prosthesis was observed and by endoscopy its presence into stomach was confirmed, because its size and rigidity its endoscopic extraction was impossible, so it was surgically extracted. One and half month after surgery the patient's evolution was satisfactory. **Discussion:** Migration is one of the most common complications of medical prosthesis placed into abdominal cavity. However, precise incidence is unknown, neither intraluminal migration to the gastrointestinal tract. We didn't find previous reports about intragastric migration of a prosthesis that was used to repair a diaphragmatic defect.

Key words: Foreign bodies, intraluminal migration.

INTRODUCCIÓN

Los cuerpos extraños son aquellos objetos o sustancias ajenas al organismo de diversa índole que se localizan en cualquier tejido o cavidad del cuerpo. La ingestión de cuerpos extraños puede ser accidental, por alteraciones mentales o con fines suicidas, la ocurrencia de cuerpos extraños en el tubo gastrointestinal es común, afortunadamente la mayoría pasan sin complicaciones y solo 10 a 20% no logran pasar a lo largo del tubo gastrointes-

tinal.¹ Otro mecanismo por el cual los cuerpos extraños pueden ingresar al tubo digestivo es por migración hacia la luz como algunos dispositivos médicos colocados con fines terapéuticos.^{2,3} El síntoma principal de presentación es el dolor, pero de acuerdo con su localización pueden ocurrir otros síntomas.⁴ Generalmente son cuatro los tipos de cuerpos extraños: bezoares, comida, cuerpos extraños propiamente dichos y una gran variedad de prótesis médicas. En Occidente, en población adulta, los cuerpos extraños más comunes son comida, principal-

mente carne, mientras que en Oriente y en nuestro país las espinas de pescado y los huesos de pollo son los más comunes.^{5,6} En la literatura nacional no encontramos reportes de dispositivos médicos colocados con fines terapéuticos que hayan migrado hacia la luz del tubo digestivo.

El retiro endoscópico de cuerpos extraños del estómago ha sido relativamente exitoso, existen reportes internacionales de extracciones de balón, bandas y anillos de marlex intragástricos,^{7,8} algunos han perforado la pared de estómago y debieron ser retirados quirúrgicamente. El objetivo de este trabajo es presentar un caso raro de una prótesis plástica que fue colocada para reparación de una perforación diafragmática izquierda y que migró a la luz del estómago, la cual fue retirada quirúrgicamente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 21 años quien a los 12 años de edad fue intervenida quirúrgicamente por coledocolitiasis mediante colecistectomía con exploración de vías biliares, misma que se complicó obligando a una pronta reintervención donde se detectó un hamartoma hepático en lóbulo izquierdo que fue resecado. Se le realizaron múltiples intervenciones quirúrgicas, en total 13, entre los motivos: absceso subfrénico, fístula biliar externa, resección de cicatriz retráctil, esplenectomía, laparotomía exploradora con empaquetamiento por hemorragia, drenaje de abscesos abdominopélvicos, ileostomía, cierre de ileostomía, y drenaje de absceso subfrénico izquierdo. Su pro-

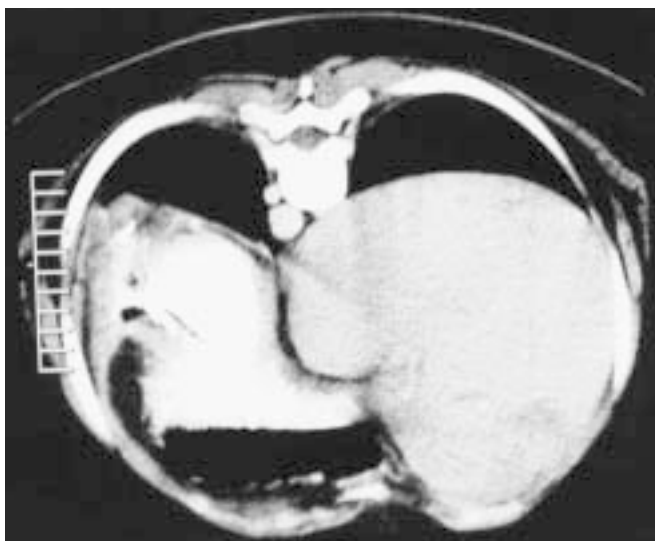


Figura 1. Tomografía axial computada de abdomen.

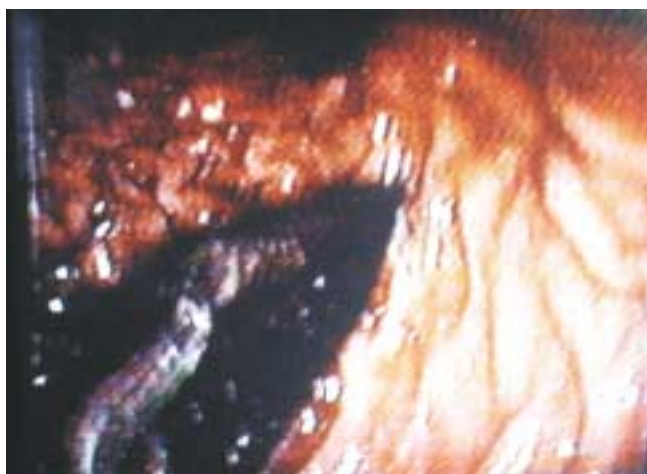


Figura 2. Prótesis plástica colocada para reparación de defecto diafragmático y encontrada endoscópicamente en la luz del estómago.



Figura 3. Imagen endoscópica de la prótesis plástica en estómago.

blema actual, de tres años de evolución, inició posterior a la última cirugía, la cual se complicó con una perforación transoperatoria diafragmática izquierda, lo que obligó a la colocación de una prótesis plástica, desde entonces presentó dolor abdominal localizado en hipocondrio izquierdo, transfixivo, con irradiación en hemicinturón y a hombro izquierdo, que interfería con sus actividades cotidianas, a veces tan intenso que llegó a ser incapacitante y la llevó al uso crónico de analgésicos con mejoría parcial y temporal. Al examen físico su abdomen mostraba múltiples cicatrices quirúrgicas, hiperbaralgesia en hipocondrio izquierdo y epimesogastrio, el resto sin alteraciones de relevancia. Mediante ul-

trasonido abdominal se detectó ausencia de bazo, de vesícula biliar y del lóbulo hepático izquierdo. Por tomografía computada de abdomen (*Figura 1*) se detectó múltiples cambios por cirugías previas, con adherencias cercanas al hemidiafragma izquierdo, imágenes hipodensas con coeficiente de atenuación de gas, una colección líquida subdiafragmática, presencia de gas en la pared gástrica, múltiples cicatrices con adherencias adyacentes y una imagen laminar sólida que protruía al interior del estómago. En la gastroscopia (*Figura 2*) se encontró una placa semirrígida de aproximadamente 50 mm x 60 mm que cruzaba la pared gástrica, la cual se apreciaba ulcerada en el fondo, sobre curvatura mayor, fija. Fue imposible su extracción endoscópica por su tamaño y rigidez, por lo que se retiró quirúrgicamente mediante gastrostomía (*Figura 3*). Un mes y medio después de la cirugía la paciente ha evolucionado satisfactoriamente, en la actualidad se encuentra asintomática.

DISCUSIÓN

El uso de materiales protésicos en cavidad abdominal ha sido exitoso desde su introducción en la década de 1950. El riesgo de complicaciones es relativamente bajo, siendo la formación de seromas la más frecuente.⁸ La migración de las prótesis plásticas colocadas en cavidad abdominal es una de las complicaciones potenciales, aunque la incidencia precisa no se conoce, mucho menos la migración intraluminal a tubo digestivo.

En el manejo de los cuerpos extraños en tubo digestivo la endoscopia terapéutica tiene relevancia, ya que pueden encontrarse una gran variedad de objetos inusuales, particularmente en enfermos mentales;⁹ en estos casos el retiro endoscópico del cuerpo extraño ofrece una mayor dificultad. Cuando el objeto encontrado es el resultado de la colocación de un dispositivo médico, la complejidad aumenta, y es aún más sorprendente cuando el objeto fue colocado fuera de la luz del tubo digestivo y se le encuentra dentro.

Las condiciones del paciente, la naturaleza del cuerpo extraño y su localización dictarán el abordaje de la situación clínica. Aunque en la mayoría de los casos los cuerpos extraños pueden ser manejados endoscópicamente,⁵ existen situaciones en las cuales su extracción

posee un riesgo potencial de causar más daño, es entonces cuando se recomienda integrar un equipo multidisciplinario para el abordaje terapéutico.

No conocemos reportes previos de una prótesis plástica utilizada para reparación de un defecto diafragmático que haya migrado hasta el interior del estómago, por lo que éste nos parece un caso excepcional. Siempre que sea posible deberá intentarse la extracción endoscópica de los cuerpos extraños, si no se logra, se requerirá intervención quirúrgica. En el presente caso creemos que la prótesis plástica se desprendió del diafragma y con el tiempo perforó y migró al interior del estómago. Consideramos que el cuadro clínico de la paciente se debió a la naturaleza del organismo a rechazar lo no propio, condicionado por la colocación de un cuerpo extraño, su migración con perforación de la pared gástrica, lo que ocasionó formación de adherencias y finalmente el sello de la perforación.

AGRADECIMIENTO

A la doctora Ana María Navarro García por la revisión del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Sanowski RA, Harrison ME, Young MF, Berggren PJ. Foreign body extraction. In: Sivak Jr, MV (Dir.). Gastroenterologic endoscopy. 2a Ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000, p. 801-12.
2. Subramanyam K, Robbins HT. Erosion of marlex band and plastic ring into the stomach after gastropasty: Endoscopic recognition and management. *Am J Gastroenterol* 1989; 84: 1319-21.
3. Massaioli N, Bertero D, Buzio M, et al. Endogastric migration of an Angelchick prosthesis. A case report and review of the literature. *Minerva Chir* 1990; 45: 189-94.
4. Corral MA. Cuerpos extraños del tubo digestivo. En: Córdova VJ, De la Torre BA, Ochoa FJ (eds.). Procedimientos endoscópicos en gastroenterología. 1a. Ed. México, D.F.: Impresora Profesional; 1998, p. 181-6.
5. Corral MA. Cuerpos extraños en tubo digestivo alto manejados por endoscopia. *Rev Med Hosp Gral de Méx* 1989; 44: 348-52.
6. Hernández AA, Guerrero HM, Méndez MR, et al. Experiencia en la extracción de cuerpos extraños en el tracto digestivo superior en un hospital de tercer nivel. *Endoscopia* 2003; 15: 182.
7. Mirich DR, Gray RR, Haber GB. Percutaneous deflation of a gastric balloon: Technical note. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1989; 12: 164-5.
8. Morris-Stiff GJ, Hughes LE. The outcomes of nonabsorbable mesh placed within the abdominal cavity: Literature review and clinical experience. *J Am Coll Surg* 1998; 186: 352-63.
9. Ponsky JF. Approach to gastrointestinal foreign bodies. In: Classen M, Tytgat GN, Lightdale CJ (eds.). Gastroenterological endoscopy. 1a. Ed. Stuttgart: Thieme; 2002, p. 414-23.