



Perforación intestinal por pica

**Alfonso Toríz,* Heriberto Rodea,* Cesar Athié,* Clemente Guizar,*
Andrés Malo,* Elisa Yumbé,* Adalberto Corral***

RESUMEN

Se presenta el caso de paciente masculino de 24 años de edad, con antecedentes del uso de diversos inhalantes tóxicos, que ingresó al Servicio de Urgencias del Hospital General de México, con un cuadro de abdomen agudo y oclusión intestinal. Fue sometido a laparotomía, encontrándose oclusión intestinal complicada con perforación, causada por objetos extraños, como tapas de refresco y licor, papel de aluminio, limones en fracciones, plásticos y huesos de pollo, que en total sumaron 24. Se le realizó resección intestinal, ileostomía y procedimiento de Hartmann para el segmento distal. Su evolución posoperatoria fue tórpida. Fue sometido a dos reoperaciones más por obstrucción y evisceración. Esta última, se presentó nuevamente y fue ocasionada por la gran inquietud secundaria a síndrome de abstinencia a algún tóxico no determinado y tuvo que ser manejado con abdomen abierto contenido hasta su egreso 20 días después. En conclusión, el fenómeno de pica es muy raro, generalmente se presenta en pacientes con deficiencia mental, pero también puede presentarse en pacientes con estado neurológico alterado que, por efecto de drogas o alcohol, ingieren todo tipo de objetos, los cuales en determinado momento puedan causar un cuadro de obstrucción y/o perforación en cualquier parte del tubo digestivo. Es importante reconocer el síndrome de abstinencia a tóxicos, para evitar posibles complicaciones posoperatorias.

Palabras clave: Perforación intestinal, oclusión intestinal, pica y cuerpos extraños en tubo digestivo.

ABSTRACT

We present the case of a 24-year-old male, with toxic abuse history, admitted to Emergency Room, with secondary acute abdomen and intestinal occlusion. He underwent laparotomy, finding small bowel occlusion complicated with ileal perforation. We also found, 24 foreign objects such as soda and liquor bottle caps, aluminum foil, lemon halves, chicken bones and plastic objects; some free within the abdominal cavity and some inside, the gut. Intestinal resection was carried out along with ileostomy and Hartman pouch. Postoperative evolution was torpid and two reoperations were required due to obstruction and wound dehiscence, the latter secondary to withdrawal syndrome. Finally he was managed with open abdomen until his discharge 20 days later. In conclusion, pica is a rare condition that occurs mostly in neurological deficient patients. Also, under drug or alcohol effects there might be a tendency to swallow objects with obstruction and or perforation risk. Final diagnosis may be delayed due to an altered state of consciousness.

Key words: Intestinal perforation, intestinal occlusion, pica and strange bodies in alimentary tract.

INTRODUCCIÓN

Al apetito por alimentos raros, como especias, alimentos mal sazonados, muy ácidos, con grandes cantidades de azúcar o bien a la perversión del

apetito normal se denomina parorexia.¹ Cuando existen desviaciones verdaderas del apetito con el deseo de ingerir cosas incomestibles, se denomina pica.^{1,2} El primero en describir esta alteración fue Ambrosio Paré en el siglo XVI. Baudamont en 1779 fue el primero en documentar la presencia de cuerpos extraños en el intestino.³ El nombre de pica proviene del nombre latino para urraca (género *Pica*), un ave conocida por su tendencia a ingerir diversidad de objetos para satisfacer su hambre o su curiosidad.^{2,4}

* Servicio de Urgencias Médico-Quirúrgicas del Hospital General de México, Secretaría de Salud, y Unidad de Patología de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

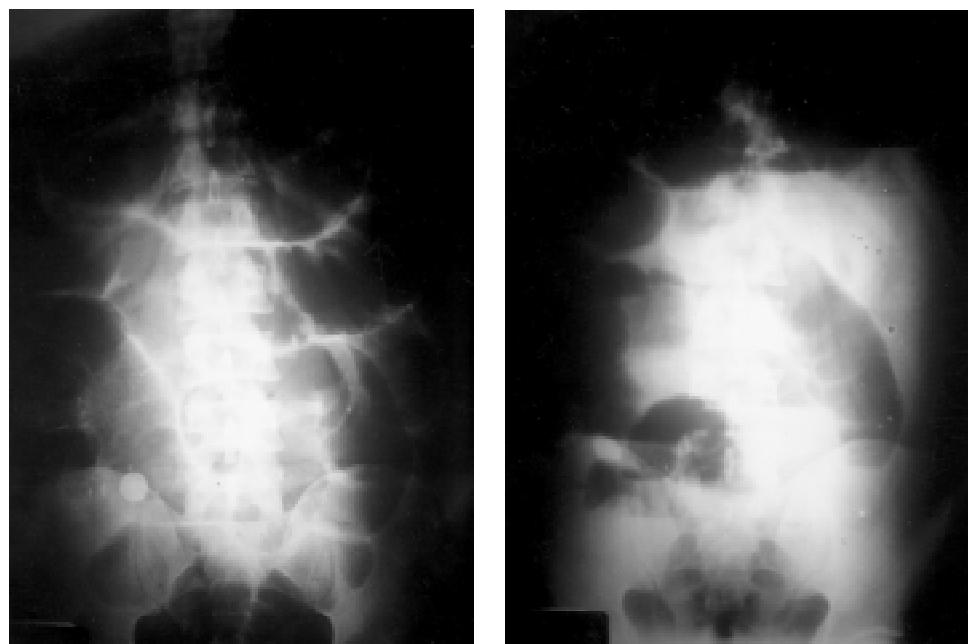
Esta condición se presenta principalmente por las siguientes situaciones: enfermedades nutricionales, costumbres religiosas o sociales, o por alteraciones mentales.^{2,5} La asociación de pica con la deficiencia de hierro se halla bien documentada.⁶ También se han notificado niveles séricos elevados de plomo.⁷ Sin embargo, existe también la ingesta voluntaria, registrada sobre todo en la población de reclusos españoles^{5,8} con fines de autolesión y en los individuos que transportan droga ingerida en paquetes pequeños. Pero no se ha publicado sobre casos cuya causa sea secundaria a las alteraciones mentales agudas provocada por los efectos temporales de alguna droga, se debe diferenciar de aquellos casos de ingesta accidental que afectan a los grupos expuestos, como niños, zapateros, carpinteros, tapiceros, etcétera.

Las complicaciones que ocurren por la ingestión de cuerpos extraños son principalmente la obstrucción y la perforación intestinal y están en relación tanto al tamaño como a la cantidad y características del objeto; de tal manera que un objeto voluminoso tiende a obstruir la unión faringoesofágica o el píloro. Uno pequeño puede pasar inadvertido hasta su evacuación y uno punzante puede perforar cualquier parte del tubo digestivo.⁴ Se considera que dicha perforación intestinal ocurre en aproximadamente el 1% de los casos, ya que la mayoría de los cuerpos extraños (80-90%) logran pasar a través de todo el tubo digestivo espontáneamente.⁹ El tra-

tamiento está encaminado a corregir las complicaciones o evitarlas, por lo que su manejo debe ser multidisciplinario con la colaboración de endoscopistas, radiólogos y cirujanos.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 24 años de edad, quien se presentó al Servicio de Urgencias del Hospital General de México con síndrome de oclusión intestinal, con antecedentes de alcoholismo moderado y uso ocasional de inhalantes tóxicos. A su ingreso se encontró con temperatura de 38 °C, frecuencia cardíaca de 110, tensión arterial de 110/60 mm Hg, deshidratación moderada y distensión abdominal. La biometría hemática evidenció: cuenta leucocitaria de 6,800 por mm³, con 75% de neutrófilos y cuatro bandas. En la placa simple de abdomen se encontró dilatación de asas de intestino delgado, niveles hidroaéreos, una imagen radioopaca oval en cuadrante inferior derecho y otras imágenes puntiformes, distribuidas en cercanía de la opacidad principal (*Figuras 1 y 2*). Se corrigió la deshidratación, se impregnó con antibióticos profilácticos y fue sometido a laparotomía mediante un abordaje medio infraumbilical. En cavidad peritoneal se encontró una peritonitis generalizada, con 2,000 mL de material intestinal, secundaria a una perforación en íleon terminal 10 cm proximal a la válvula ileocecal. A través de ella, protruió un cuerpo extraño (una tapa de refresco); se



Figuras 1 y 2.

En estas figuras de placas simples de abdomen (de pie y decúbito), se observan objetos radioopacos en el cuadrante inferior derecho, como causa de un cuadro de oclusión intestinal.

extrae dicho objeto inorgánico, se realizó resección intestinal de 30 cm de íleon terminal, incluyendo en su totalidad al segmento obstruido de íleon con múltiples (24 en total) y diversos objetos extraños, como medios y cuartos limones, hojas vegetales, tapas tanto de refresco como de otras bebidas, huesos de pollo y plásticos (*Figura 3*). Se realizó ileostomía y procedimiento de Hartmann para el segmento distal y lavado peritoneal exhaustivo. En el posoperatorio mediato, el paciente evolucionó tórpida mente con oclusión intestinal parcial y dehiscencia de la herida quirúrgica siendo reoperado al sexto día después de la primera cirugía, encontrando colecciones purulentas pequeñas, interasa, menores de 5 mL y oclusión intestinal por adherencias en yeyuno. Se realizó liberación de adherencias y nuevo lavado de cavidad peritoneal; sin embargo, nuevamente desarrolla evisceración y oclusión intestinal parcial por lo que es intervenido quirúrgicamente por tercera ocasión. Continúa en evolución tórpida con infección de la herida quirúrgica y dehiscencia de la misma, por lo que se decide manejar con abdomen abierto contenido con malla plástica.

El estudio de patología demostró numerosos objetos inorgánicos en el interior del intestino, perforación de íleon terminal y reacción granulomatosa por cuerpo extraño en vecindad a la perforación.

El paciente fue egresado 20 días después de la última cirugía; se encontraba en buenas condiciones generales, aunque con abdomen abierto contenido. Nunca regresó para su plastia de pared definitiva. Se ignora en qué condiciones se encuentra actualmente.

DISCUSIÓN

Desde los informes de Mitchell en el Hospital John Hopkins a finales del siglo pasado, la perforación intestinal causada por cuerpos extraños ha sido tema de distintas publicaciones. Actualmente se considera que en la mayoría de las ocasiones el cuerpo extraño pasa espontáneamente las principales barreras intestinales como son: la unión cricofaríngea, el píloro, la válvula ileocecal y, menos comúnmente, la región anal, hasta ser eliminado con las heces. Esto es facilitado por una dieta envolvente; sólo el 1% de dichos objetos puede originar perforación intestinal.² Sin embargo, la retención de un objeto ingerido puede ser la única manifestación de una alteración congénita.⁷ Nuestro paciente era portador de una duplicación intestinal que hubiese pasado inadvertida a no ser porque los objetos ingeridos se



Figura 3. En esta figura se observa una porción de intestino delgado con numerosos cuerpos extraños intraluminales.

impactaron con la consecuente obstrucción y perforación. Una complicación puede ser la primera manifestación de la existencia de un cuerpo extraño en el tubo digestivo, pudiendo manifestarse como obstrucción, hemorragia o perforación intestinal.⁵ Las causas o factores predisponentes a la ingestión de cuerpos extraños son: la edad pediátrica, las enfermedades mentales, en los reclusos con fines de autolesión y en el recientemente incluido grupo de drogadictos. En este informe, se asocia una malformación congénita y a intoxicación aguda por inhalantes que condicionaban alteraciones mentales temporales y que llevaron al paciente a ingerir varios objetos causantes de obstrucción y, secundariamente, de perforación intestinal. La naturaleza de los objetos ingeridos es muy variada, va desde monedas, clavos, tapas de bebidas, palillos de dientes, etcétera, hasta objetos verdaderamente sorprendentes como una varilla de 40 cm de largo encontrada en un recluso español.⁵ El diagnóstico se establece cuando se encuentra la imagen radioopaca del cuerpo extraño con los datos de oclusión o perforación intestinales; pero el diagnóstico definitivo se realiza durante la cirugía. La extracción endoscópica es muy útil cuando los objetos se encuentran alojados en el esófago o estómago, ya que en la mayoría de los casos la unión cricofaríngea y el píloro son las barreras principales al avance de ellos; sin embargo, cuando los objetos pasan al intestino delgado, el juicio para tratar o no quirúrgicamente a los pacientes es aún motivo de controversia. Hay grupos médicos que prefieren el manejo expectante en pacientes psiquiátricos por la reincidencia conocida³ y otros el manejo quirúrgico temprano en casos accidentales o en reclusos.⁸ De esta manera, la presencia de las compli-

caciones sería una clara indicación quirúrgica. Están contraindicados los catárticos y enemas. La morbi-mortalidad es muy alta, registrándose hasta 30% de complicaciones y 11% de mortalidad según Decker y colaboradores.²

En el presente caso se destaca la importancia de que, además de las causas comunes, los estados de intoxicación aguda también pueden alterar el estado de conciencia, condicionando la ingestión de objetos extraños incomestibles. Este paciente deglutió de manera compulsiva objetos diversos cuando se hallaba bajo los efectos de inhalantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bockus HL. *Gastroenterología. Tomo I.* 2a ed. Barcelona, España: Salvat Editores, 1966: 46.
2. Decker CJ. Pica in the mentally handicapped: a 15 years surgical perspective. *Can J Surg* 1993; 36 (6): 551-554.
3. Teimourian B, Cigtay AS, Smyth N. Management of ingested foreign bodies in psychotic patients. *Arch Surg* 1964; 88: 915-920.
4. Anderson JE. Surgical complications of pica: Report of a case of intestinal obstruction and a review of the literature. *Am Surg* 1991; 57: 663-667.
5. Fernández PE, García BI. Nuestra experiencia en cuerpos extraños en tracto gastrointestinal. *Rev Esp Ap Digest* 1985; 68 (5): 407-412.
6. Moore DF, Sears DA. Pica, iron deficiency, and the Medical History. *Am J Med* 1994; 97: 390-393.
7. Sprinkle JH. Retained foreign Body: associations with elevated lead levels, pica, and duodenal anomaly. *Pediatr Radiol* 1995; 25: 528-529.
8. Dávila D, Zaragoza C, Lovet F, Cervera G, Villada R et al. Cuerpos extraños en aparato digestivo por ingestión voluntaria. Estudio de 73 reclusos. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1987; 72 (2): 127-132.
9. Ohri SK, Hutton KAR, Walsh R, Desa LA, Wood CB. Foreign body perforation of the ileon. *Br J Clin Pract* 1990; 44 (12): 647-648.
10. Betz P, Van Meyer L, Eisenmenger W. Fatalities due to intestinal obstruction following the ingestion of foreign bodies: Foreign bodies. *Forensic Sci Int* 1994; 69 (2): 105-110.
11. Kulacheck FG, Golovko FZ, Kudla AA, Levitskii NA, Gae-vskii LD, Bilyk YS. Foreign bodies of the stomach and intestines. *Klin Khir* 1991; (11): 39-41.

Dirección para correspondencia:

Dr. Heriberto Rodea Rosas

Av. Popocatépetl núm. 300, Edif. B-2, Dep. 201
Col. General Anaya
CP 03340
México DF.
E-mail: herrodea@prodigy.net.com