

Cuerpos extraños en tubo digestivo asociado a fistula gastrocutánea. Reporte de un caso

Dr. Alberto Basilio,* Dr. Pedro Valdez,** Dr. Armando Rosales,* Dr. Javier Estrada,**
Dra. Idalia Santillán,** Dra. Lia Vázquez**

Palabras clave: Cuerpo extraño, fístula, gastrorrafia, apendicectomía.

Key words: Strange body, fistulae, gastroraphy, appendectomy.

Resumen

Ingresa paciente del sexo masculino de 25 años de edad, con el antecedente de haber ingerido múltiples objetos, se desconoce el tiempo, debido a que el paciente pasa largos periodos de tiempo en la calle. Como antecedente de importancia el paciente es toxicómano desde los 15 años, con diferentes tipos de fármacos. Inicia su padecimiento, posterior a trauma cerrado aproximadamente 15 días antes de su ingreso, refiriendo dolor intenso en epigastrio, además nota orificio en mesogastrio, con salida de material gástrico, 3 días antes de su ingreso a urgencias refiere dolor intenso, el cual alivia con estupefacientes, ignoramos el tipo, al momento de su ingreso, cursa con franco cuadro de irritación peritoneal, entre los estudios paraclínicos destaca leucocitosis de 19,000 y en la radiografía simple de abdomen múltiples objetos radioopacos. Se decide ingresar a quirófano, se efectúa laparotomía exploradora, se localiza orificio en mesogastrio, correspondiendo a trayecto fistuloso, con fascitis de la pared anterior, unido al estómago, se obtienen múltiples cuerpos metálicos y plásticos, se utiliza el orificio fistuloso para extraer el material; un clavo se localiza en ciego, por lo que es necesario realizar apendicectomía. No hubo complicaciones, el cierre de la pared se difirió por la fascitis extensa, se sometió a curaciones, se logró el cierre a las 72 h. El paciente evolucionó satisfactoriamente.

Abstract

A 25 year old male patient is admitted with a history of multiple object ingestion, time is unknown, due to the patient's vagrancy. The patient is also a 15 year drug

* Médico adscrito al Servicio de Cirugía General.

** Residentes de Cirugía General.

Hospital Dr. Rubén Leñero. DGSMDDF

Dirección para correspondencia:

Dr. Alberto Basilio

Ejército Nacional Núm. 613. Hospital Español. Sala 8. Cons 5. Col. Granada. 11520.

addict, using different types of drugs. His current illness initiates after closed trauma approximately 15 days before admittance, referring intense upper abdominal pain, in addition a mesogastric orifice is observed, through which gastric material exists. Three days before admittance, he refers intense abdominal pain which alleviates with narcotics. At arrival, frank peritoneal irritation is observed. Urgent laboratory studies report leucocytosis of 19,000 and in simple abdominal X-rays, multiple radioopaque objects are observed. It was decided to perform exploratory laparotomy, locating a mesogastric orifice corresponding to a fistulous passage, anterior wall fascitis and stomach tract is used to extract the objects. A nail is located in the cecum reason why it was necessary to perform an appendicectomy. There were no complications but abdominal wall closure was deferred because extensive fascitis, treating openly and performing closure after 72 h. The patient evolved satisfactorily.

Introducción

El tubo digestivo, es susceptible de ser invadido por una gran cantidad de cuerpos extraños, los cuales pueden causar alteraciones como obstrucción, ulceración hasta ocasionar perforación. A lo largo de la historia se han descrito trastornos asociados a la ingesta de diversos cuerpos extraños, los más comunes son los bezoares, palabra derivada del árabe "badzher" o del persa "panes" que significa antídoto o contraveneno, el término se aplica a diversas sustancias que no son digeribles.¹ Se denomina parorexia, a la alteración en el apetito, en la cual se ingieren sustancias anormales o en grandes cantidades. Se denomina pica cuando se ingieren cosas incomedibles.^{2,3} El término pica proviene del latín Urraca, nombre que se le da al ave, la cual ingiere diversos objetos para satisfacer su hambre.

El primer caso descrito se le atribuye a Ambrosio Paré en el siglo XVI.³ Existen grupos de riesgo definidos para la ingesta, ya sea accidental o intencional de cuerpos extraños. El grupo más vulnerable, son los niños entre los 6 meses y los 3 años de edad, el siguiente grupo de riesgo, por su trabajo, son los carpinteros, tapiceros y zapateros.^{4,5} Dentro del grupo de pacientes con ingesta intencional, resaltan los enfermos con alteraciones psiquiátricas o retraso mental, así como los presos y/o contrabandistas de droga.⁵ Sin embargo, no se han reportado casos de ingesta de cuerpos extraños en pacientes con alteraciones mentales agudas secundarias a ingesta de drogas.

Entre los cuerpos extraños que se ingieren con más frecuencia se encuentran los plásticos, monedas, clavos, etc. De todos los casos reportados,

sólo el 1% de estos pacientes presenta perforación del tubo digestivo, y requieren tratamiento quirúrgico. Del 80 al 90% de los cuerpos extraños que llegan al estómago, son expulsados, sólo del 10 al 20% requieren extracción endoscópica.⁷

El tiempo promedio de pasaje desde la boca hasta el ano para objetos romos es de 4.5 días, de 5.8 días para objetos puntiagudos.⁸ El diagnóstico es sencillo cuando se cuenta con antecedentes y una radiografía de abdomen o tórax basta para confirmar el diagnóstico. En la mayor parte de los casos, los objetos pequeños y puntiagudos pasan espontáneamente, sólo un 33% de las perforaciones se relacionan con objetos puntiagudos.⁷⁻⁹ Dentro de la literatura médica se describen perforaciones a nivel de esófago, estómago, duodeno y válvula ileocecal.⁴⁻⁸ Sin embargo, no se tiene reporte de ingesta de cuerpos extraños asociados a fístulas. Se reporta el caso de una fístula gastrocutánea, ocasionado por un instrumento punzocortante (clavo), alojado en estómago. El mecanismo de la producción de la fístula fue un traumatismo cerrado de abdomen, que ocasionó la proyección del cuerpo extraño a través de la pared del estómago, hasta la pared abdominal ocasionando la fístula. Además se reporta una serie de cuerpos extraños no comunes, encontrados en el tubo digestivo.

Reporte del caso

Ingresa paciente del sexo masculino de 25 años de edad, con el antecedente de haber sido agredido por terceros 3 días antes, además de ingerir cuerpos extraños, ignoramos el tipo y el tiempo, los datos son imprecisos, debido a que el paciente pasa lar-

gos periodos de tiempo fuera de su casa y es adicto a diferentes tipos de estupefacientes; los datos del interrogatorio son proporcionados por su hermana, aunque el paciente no tiene deficiencias neurológicas se niega a cooperar en aportar datos a su patología actual, además se presenta amenazador. A la exploración física se encuentra paciente con edad aparente mayor a la cronológica, pálido, facies álgica, inquieto, combativo, no permite la exploración física adecuada. Los signos vitales TA, 100-60 mmHg, Fc 100 x min, Fr 24 x min, temperatura central 35°C.

Los campos pulmonares bien ventilados, RCs rítmicos sin fenómenos soplantes, con taquicardia. Abdomen plano, se aprecia orificio en mesogastrio, del cual no sabemos el tiempo de evolución (*Figura 1*) con salida de material gástrico sanguinolento, a la palpación superficial con datos francos de irritación peritoneal, no permite la colocación del estetoscopio, por lo que decidimos realizar laparotomía exploradora. Se solicitan radiografías de abdomen, estudios de laboratorio, BH, QS, tiempos de coagulación, grupo sanguíneo.

La radiografía simple de abdomen (*Figuras 2 y 3*) proyecciones AP y lateral muestra múltiples objetos metálicos en abdomen superior y otro en cuadrante inferior derecho, así como imágenes radiolúcidas

en abdomen superior espacio subfrénico izquierdo, pudiendo corresponder a sombra gástrica. Los laboratoriales sólo muestran leucocitosis de 19,000, glucosa de 110, su grupo sanguíneo es O positivo.

Treinta minutos del arribo al hospital ingresamos a quirófano, para efectuar laparotomía exploradora, bajo anestesia general inhalatoria. Localizamos y aislamos el trayecto fistuloso, proveniente de estómago hacia pared contiene una punta metálica (*Figura 4*). Al desmontar la fístula conectada a estómago, en su parte corporal, la usamos para extraer el material, de diferentes tipos, una oata de lente, una cánula, un gotero, sobres con artículos de plástico, y una gran cantidad de popotes (*Figura 5*). Al terminar de vaciar el estómago, lo reparamos en dos planos.

Cotejamos los hallazgos con la placa radiográfica, quedando un elemento metálico, compatible con un clavo, revisamos el tubo digestivo, lo hallamos en el ciego, motivo por el cual debíamos abordar sin cortar el colon, por lo que decidimos efectuar apendicectomía, seccionando el apéndice a la mitad para



Figura 1. El orificio de salida en mesogastrio.



Figura 2. Radiografía simple de abdomen AP muestra diferentes objetos metálicos en abdomen y una imagen radiolúcida en abdomen superior.



Figura 3. Radiografía simple de abdomen proyección lateral, elementos a diferente altura del abdomen.

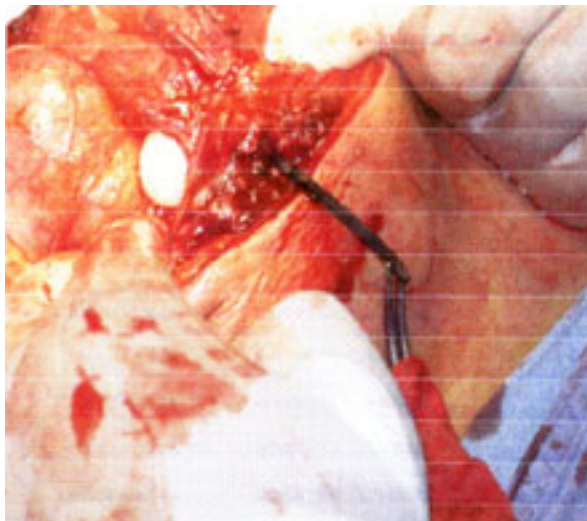


Figura 4. Hemos aislado el trayecto fistuloso por donde se extrae una punta metálica, observen el orificio cutáneo.

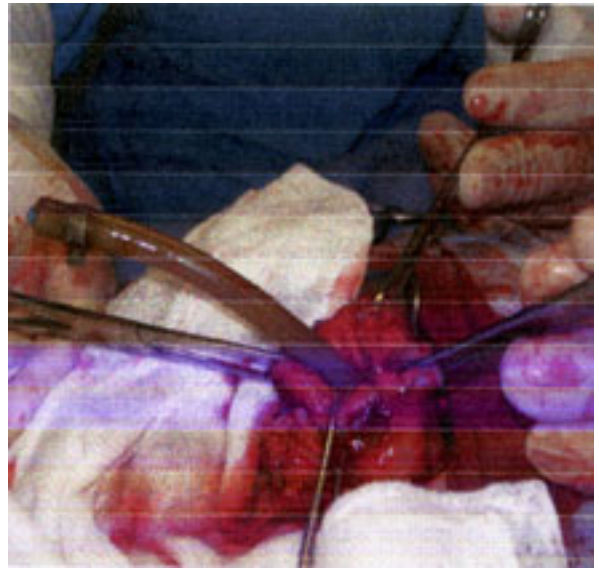


Figura 5. A través del orificio fistuloso gástrico, evacuamos los objetos múltiples, previo al cierre en dos planos.

evitar desgarrar incidentalmente los bordes del ciego, una vez extraído, completamos la apendicectomía como habitualmente se realiza (*Figura 6*).

Para concluir la cirugía, revisamos que no hubiera fugas intestinales o colecciones en la cavidad, reparamos por planos, en la pared tuvimos que resecar una parte de la aponeurosis que estaba tomada por el trayecto fistuloso. En el posoperatorio indicamos sonda nasogástrica, la cual se retiró al paciente en dos ocasiones, ayuno por 4 días, al segundo día el paciente tomó agua, además de que interconsultamos al Servicio de Psiquiatría. Desde el punto de vista quirúrgico, no hubo complicaciones, toleró la vía oral, no hubo evidencia de infección. En la *figura 7* mostramos parte del material obtenido en la laparotomía.

Conclusiones

El hospital donde prestan sus servicios los autores, es de concentración a población abierta, donde se reciben casos por lo regular complicados, sin embargo el presente es un caso muy raro, en nuestra experiencia no habíamos tratado un paciente de estas características. La literatura reporta principalmente pelo, tricobezoares, en algunos comunicados son llamados PICA, y se refieren a cualquier tipo de material, lo sorprendente de nuestro pacien-

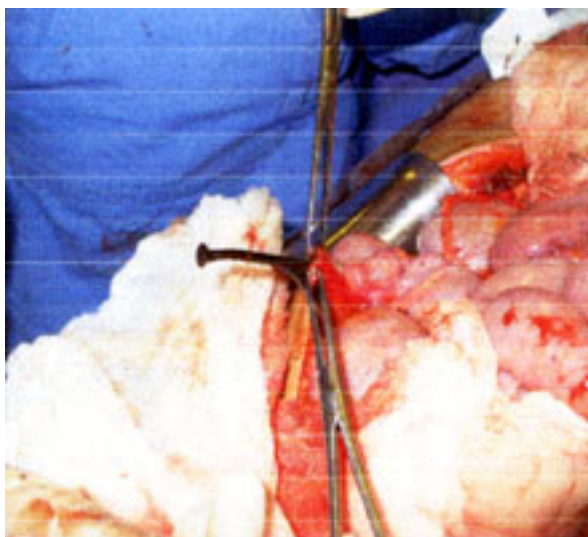


Figura 6. El clavo sale a través del apéndice seccionado a la mitad, posteriormente se completa.



Figura 7. Parte del material obtenido del tubo digestivo, todos a excepción de un clavo se encontraron en estómago, el clavo se localizó en ciego.

te, es la cantidad de estructuras que se libraron, desde la faringe, esófago, cardias, el clavo, píloro y la válvula ileocecal. Además de haber atravesado el yeyuno. Se sabe que los objetos pasan entre el bolo fecal de diferentes consistencias en los diferentes sitios del intestino.

Debido a la poca información obtenida, incluso en el posoperatorio, suponemos que la ingesta ocurriría bajo efectos de las drogas de consumo habitual, así mismo no creemos que las contusiones recibidas 3 días antes influyeron en la aparición de la fístula, puesto que el trayecto, se encontraba perfectamente bien organizado.

Durante la intervención procuramos no hacer orificios innecesarios, aprovechando, en caso del estómago, la boca fistulosa, y en el ciego, para evitar incidirlo, efectuar apendicectomía, al principio, parcial, por donde extrajimos el clavo y luego lo completamos. Los servicios de urgencia exigen estar preparados para cualquier contingencia, y aunque no se tengan los datos exactos debemos basarnos en la evidencia clínica y planear la cirugía de modo tal de no hacer daños colaterales, para beneficio del paciente, así mismo debemos tratar de no incrementar costos hospitalarios, en sitios donde todo el tiempo hay recortes presupuestales, por razones ajenas al equipo médico.

Referencias

1. Sundaram B, Selvajaran N, Somu S, Kamalanathan AN. Tricobezoar. *Arch Dis Chile* 2003; 88: 378.
2. Bockus HL. *Gastroenterología*. Tomo 1. 2ª ed, Barcelona, España; Salvat Editores, 1966: 46.
3. Decker CJ. Pica in the mentally handicapped: a 15 years surgical perspective. *Can J Surg* 1993; 36(6): 551-554.
4. Fernández PE, García BI. Nuestra experiencia en cuerpos extraños en tracto gastrointestinal. *Rev Esp Ap Digest* 1985; 68(5): 407-412.
5. Messner AH. Pitfalls in the diagnosis of aerodigestive tract foreign bodies. *Clin Pediatr Phila* 1998; 37(6): 359-65.
6. Dávila D, Zaragoza C, Lovel F, Cervara G, Villada R et al. Cuerpos extraños en aparato digestivo por ingestión voluntaria. Estudio de 73 reclusos. *Rev Esp Enf Ap Digestiv* 1987; 72(2): 127-132.
7. Byrne WJ. Cuerpos extraños, bezoares e ingestión de cáustico. *Clin Endosc North Am* 1994; 1: 103-24.
8. Henderson FF, Gatson EA. Ingested foreign body in the gastrointestinal tract. *Arch Surg* 1938; 36: 66.
9. Henderson CT, Engel J, Schlesinger P. Foreign body ingestion: Review and suggested guidelines for management. *Endoscopy* 1987; 19: 68-71.