

Cartas al Director

Perforación de la unión rectosigmoidea por ingestión de cuerpo extraño

Palabras clave: Perforación. Cuerpo extraño.

Key words: Perforation. Foreign body.

Sr. Director:

El hallazgo de cuerpos extraños en el tubo digestivo es relativamente frecuente y la causa suele ser por ingesta, por introducción rectal o por migración desde otros órganos. Las zonas de impactación más frecuentes suelen ser esófago, píloro, Treitz y válvula ileocecal, siendo rara la imputación en la unión rectosigmoidea y excepcional la perforación en esta localización. Presentamos un caso de un varón que tras ingerir más de 40 bolas de hachís, debuto con un cuadro de obstrucción baja y perforación rectosigmoidea.

Caso clínico

Varón de 28 años de edad que acude a urgencias por dolor abdominal y estreñimiento de horas de evolución. El paciente no tiene antecedentes de interés, pero cuenta que ha sido obligado a ingerir "bolas de hachís" 24 h antes de acudir a urgencias. En el momento del ingreso en el hospital el paciente presenta dolor difuso, sin fiebre ni características peritoníacas del dolor a la exploración. Analíticamente, no existen alteraciones, y en la Rx de abdomen aparecen niveles de delgado sin dilatación de ciego por lo que se decide manejo conservador. Tras 24 h de evolución el paciente continúa con dolor y signos de obs-



Fig. 1. Pieza quirúrgica tras la resección de la unión rectosigmoidea, lugar donde se localizaba la perforación.



Fig. 2. Cuerpos extraños que el paciente ingirió y que causaron la perforación.

trucción intestinal asociados a ligera irritación peritoneal en hemiabdomen izquierdo por lo que se decide cirugía.

En la cirugía aparece perforación en la unión rectosigmoidea causada por una de "las bellotas ingeridas", con peritonitis fecaloidea. Se realiza Hartmann (Fig. 1) y colostomía con extracción de 26 cuerpos extraños (Fig. 2) identificados como bolas de hachís. Tras 72 h el paciente presenta nuevo cuadro de obstrucción intestinal, por lo que se reinterviene con carácter urgente y realiza lavado de colon con extracción de 16 cuerpos extraños. El postoperatorio del paciente es tórpido con infección de la herida quirúrgica y un episodio de íleo paralítico, pero es dado de alta tras 30 días de hospitalización.

Discusión

La incidencia de cuerpos extraños gastrointestinales es más frecuente en niños (1:1 hombres: mujeres), sin embargo en la edad adulta es mucho más frecuente en varones. En este caso suele tratarse de pacientes desdentados, psiquiátricos o prisioneros (1). En el 95% de los casos estos cuerpos extraños serán expulsados espontáneamente, y sólo un 1% de ellos requerirán intervención quirúrgica para su extracción (1,2).

Estos cuerpos extraños pueden clasificarse (3) según su origen en endógenos (calculo biliar) o exógenos (iatrogénicos como las gasas o prótesis dentales y no iatrogénicos como las monedas o alfileres) y según su forma en redondos (canicas), romos (algunos dulces) o puntiagudos (hueso de pollo,...).

En el 50% de los casos el paciente esta asintomático en el momento de la consulta y en ese momento el cuerpo extraño suele localizarse en estómago o intestino en el 75%; no obstante la clínica suele depender de la localización del cuerpo extraño, así en el esófago suele presentarse un cuadro inicial de tos, disnea y cianosis, seguido de sialorrea o disfagia. En estomago suelen producir sangrado, vómitos o dolor y signos de obstrucción cuando tienen un diámetro mayor de 2 cm de ancho o de 5 cm de longitud.

En el duodeno así como en el intestino delgado no suelen provocar una clínica muy florida ya que progresan distalmente, a la vez que el intestino se protege gracias al reflejo mural de retiro.

En la válvula ileocecal, sin embargo, el cuerpo extraño puede dar signos de obstrucción, llegando incluso a perforarse (40%), siendo la localización más frecuente de perforación por cuerpo extraño (4). Cuando el objeto ingerido llega a colon es infrecuente que el paciente presente sintomatología, es raro el cuadro de obstrucción intestinal y excepcional la perforación en recto-sigma (5).

Los pacientes con síntomas postingestión tienen un 15% más de posibilidades de complicación, y estas pueden ser: hemorragia, obstrucción, perforación, alojamiento en órganos vecinos, fistulización o abscesos.

En el diagnóstico muchas veces es importante el relato del paciente o testigo que nos sugiere la forma del objeto ingerido. Como pruebas complementarias deben realizarse Rx de abdomen, cuello y tórax, aunque hasta un tercio de los objetos son radiotransparentes y requerirán estudio con contraste. Luk y cols. (6) comparan la endoscopia y el TAC en el diagnóstico de cuerpos extraños gastrointestinales y concluyen que el TAC es

útil si persiste la sintomatología y la endoscopia no ha conseguido demostrar la presencia de cuerpo extraño.

Aunque no existen estudios controlados sobre el tratamiento en la ingesta de cuerpos extraños, sabemos que el 95% de ellos se elimina a través del tracto gastrointestinal, aunque en cada caso hay que evaluar el tipo de objeto, el órgano afectado, la clínica y el tipo de paciente (7).

La cirugía sólo se reserva para aquellos casos en los que aparece complicación: dolor abdominal recurrente, obstrucción intestinal, hemorragia, signos de perforación o peritonitis.

R. M. Jiménez Rodríguez, M. Flores Cortés, C. Méndez,
Z. Valera Sánchez, F. López Bernal, F. Pareja Ciuro

*Unidad de Cirugía de Urgencias. Servicio de Cirugía General
y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío.
Sevilla*

Bibliografía

1. Rodríguez JJ, Farres R, Codina A, Olivet F, et al. Perforaciones intestinales por CE. *Cir Esp* 2001; 69(5).
2. E Rojas. Cuerpos extraños en el tracto digestivo. Manual de urgencias en MI. Ediciones Acta Médica; 2007.
3. Maluenda C, Varea V. Ingesta de CE. Urgencias Gastrointestinales. Ed. Prous Sciences; 2002.
4. Córdoba López, et al. Perforación de ileon proximal por CE. *Emergencias* 1998; 7: 2-5.
5. Barnett JM, Codd G. Sudden, unexpected death of a cannabis body-packer due to perforation of the rectum. *J Clin Forensic Med* 2002; 9(2): 82-4.
6. Luk WH, Fan WC, Chan RY, Chan SW, Tse KH, Chan JC. Foreign body ingestion: comparison of diagnostic accuracy of computed tomography versus endoscopy. *J Laring*; 2008.
7. Alliende F, Arancibia M. Ingestión de cuerpos extraños. *Rev Chilena de Gastroenterología* 1999; 70: 4.