

Caso Clínico

Perforación colónica por cuerpo extraño

Colonic perforation by foreign body

Lorenzo Diosnel Acosta Brunaga¹, Silvio Cabañas¹, Diego Julián Fleitas Oviedo¹, Cindy Chamorro¹, Pamela Portillo²

¹Hospital Central, Instituto de Previsión Social, Servicio de Cirugía General. Asunción, Paraguay.

²Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Facultad de Ciencias de la Salud, Postgrado en Cirugía General. Asunción, Paraguay.

RESUMEN

Se presenta caso clínico de perforación intestinal por hueso de pollo tratado en el Hospital Central de Instituto de Previsión Social (IPS). Se trata de una mujer de 71 años de edad derivada de otro centro por cuadro de dolor abdominal de 24 hs de evolución, acompañándose de náuseas y vómitos. Con cirugía laparoscópica se halló una perforación del sigmoides por cuerpo extraño (hueso de pollo) que fue tratada con sutura primaria de la perforación y drenaje de cavidad por vía laparoscópica.

Palabras clave: perforación intestinal, ingestión de cuerpo extraño

ABSTRACT

We present a clinical case of intestinal perforation for chicken bone treated at the Central Hospital of the Social Security Institute (IPS). The patient was a 71-year-old woman who was referred from another center with 24 hs abdominal pain, with nausea and vomiting. Laparoscopic surgery, a was done and sigmoid perforation was found by foreign body (chicken bone) that was treated with primary suture of the perforation and laparoscopic drainage of the cavity.

Key words: intestinal perforation, foreign body ingestion

Autor correspondiente: Dr. Lorenzo Diosnel Acosta Brunaga, de Cirugía General. Urgencias Adultos. Hospital Central, Instituto de Previsión Social. Asunción, Paraguay.

Correo electrónico: dracostadiosnel@yahoo.es

Fecha de recepción: 30 abril 2018

Fecha de aprobación: 13 mayo 2018

INTRODUCCIÓN

La ingestión de cuerpos extraños (CE) es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias hospitalarios. Afortunadamente, la mayor parte pasan al tracto digestivo sin producir síntomas ni requerir tratamiento, pero en algunos casos se debe recurrir a su extracción mediante endoscopia o cirugía indicada en casos de abdomen agudo. Sólo el 10-20% requerirán de extracción endoscópica y, menos del 1%, cirugía⁽¹⁾. La perforación es la complicación más temida, ocurre hasta en 1% de los casos de ingestión accidental, mientras que el porcentaje se eleva a 5-6% cuando la ingesta es deliberada⁽²⁾.

La ingesta de cuerpos extraños es un problema clínico común. Puede ocurrir de manera accidental o voluntaria. En 80-90% de los casos se ingiere el cuerpo extraño de forma desapercibida y transita por el tubo digestivo sin generar síntomas y/o complicaciones. Los objetos extraños que permanezcan en el tracto gastrointestinal pueden causar necrosis por presión (por ejemplo, los imanes), vólvulos, obstrucción, infección, perforación, hemorragia y/o formación de fístulas y abscesos^(3,4,5).

El tipo de CE más común varía según el grupo etario. En niños son más frecuentes los CE inorgánicos y de estos los redondos o romos (monedas, botones, pilas, objetos de plástico, piezas de juguetes, magnetos), más que los puntiagudos. En cambio, en adultos, los CE orgánicos son los más frecuentes (bolos alimentarios mal masticados, huesos, espinas de pescado), prótesis dentaria. Hay un grupo especial a tener en consideración que son los presidiarios y pacientes psiquiátricos, quienes tienden a ingerir objetos extraños⁽⁶⁾.

CUADRO CLÍNICO

Mujer de 71 años de edad derivada de otro centro asistencial por cuadro de dolor abdominal de 24 hs de evolución. Refiere dolor de tipo cólico que inició en región periumbilical para luego localizarse en fosa iliaca derecha e hipogastrio, acompañándose de náuseas y vómitos en varias oportunidades, sensación de distensión abdominal con falta de eliminación de gases y heces.

Como dato de valor la paciente refiere ser portadora de prótesis dentaria, conocida hipertensa tratada en forma regular y antecedentes de ingestión de pollo 5 días antes del ingreso.

Al examen físico se constata signos vitales dentro de parámetros normales, obesidad grado III, con un abdomen en delantal con hernia umbilical no complicada. A la palpación profunda se aprecia defensa y irritación peritoneal en fosa iliaca derecha y hipogastrio, ruidos hidroaéreos presentes y normales, al tacto rectal y vaginal no se hallan datos de valor.

Laboratorio: leucocitos con neutrofilia, PCR elevada, amilasa y resto de rutina prequirúrgica dentro de rangos normales.

Radiografía tórax sin neumoperitoneo. Ecografía abdominal, sin líquido en cavidad, abundante meteorismo que dificulta el estudio. La tomografía no se realiza por cuestión de sobrepeso para el tomógrafo con el que cuenta el Servicio.

En base a la anamnesis, examen físico y métodos auxiliares de diagnóstico se decide cirugía de urgencia en un paciente hemodinámicamente estable. La vía de abordaje que se ofrece es laparoscópica, con la introducción del primer trocar de 10 mm en región umbilical por técnica abierta a través del orificio herniario y luego colocación de dos trocates de 10 y 5 mm buscando triangular la región afecta.

Hallazgo operatorio: fibrina sobre colon sigmoides y presencia de hueso de pollo tipo curvo en cavidad abdominal y parte del mismo atravesando la pared del colon sigmoides en su porción antecólica (Fig. 1).

El tratamiento quirúrgico realizado consistió en la extracción del cuerpo extraño. Al no presentar una peritonitis ni salida de materia fecal y una perforación puntiforme se decide realizar sutura primaria con *polyglactin 00* a puntos separados en dos planos y drenaje de cavidad (Fig. 2).

Evolución: la paciente pasa a sala extubada. A las 48 hs de su post operatorio se inicia prueba de tolerancia vía oral con éxito. Es dada de alta hospitalaria al quinto día postoperatorio.

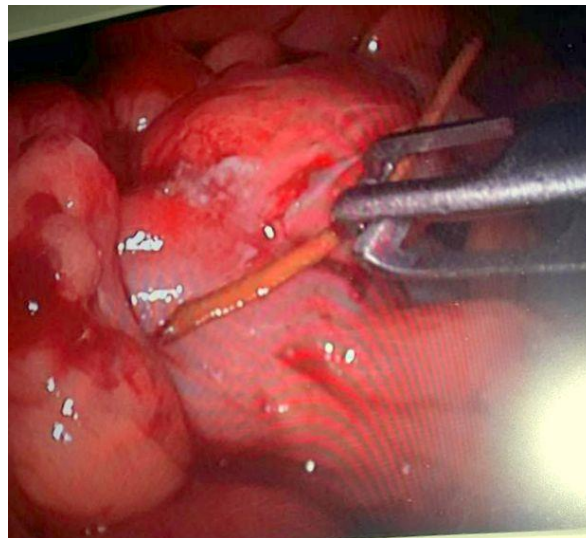


Fig. 1: Hueso de pollo y perforación puntiforme de colon sigmoides con fibrina



Fig. 2: Sutura primaria de la perforación colónica

DISCUSIÓN

Las perforaciones gastrointestinales por cuerpo extraño ocurren con mayor frecuencia en los ángulos y estrecheces anatómicas como el píloro, íleon distal, la válvula ileocecal o en la unión recto sigmoidea. El 45% de las perforaciones intestinales son debidas a objetos metálicos, 40% a pequeños huesos y 5% por mondadientes o astillas⁽³⁾.

Los cuerpos extraños estrechos y alargados son especialmente peligrosos, ya que pasan con dificultad a través de las curvaturas que hace el intestino, pudiéndose impactar, por lo que aumenta la probabilidad de perforación.

El 75-83% de las perforaciones intestinales ocurren en el área ileocecal, seguido del colon sigmoidea en 23,8%. Los objetos más frecuentemente implicados en la patogenia de la perforación intestinal son aquellos de gran tamaño, afilados y puntiagudos como ocurre en los casos de ingestión de huesos de pollo, espinas de pescado, palillos de dientes o blíster^(7,8).

La presentación clínica es variada y dependerá del sitio anatómico de la lesión, del compromiso de los órganos adyacentes y del tiempo de evolución. Las perforaciones intestinales por cuerpo extraño a menudo imitan otras causas de abdomen agudo. Debido a la gran variedad de síntomas, el diagnóstico se vuelve difícil. La mayoría de los pacientes no suelen relacionar sus síntomas con la ingestión de cuerpos extraños.

Por lo general, el tiempo desde la ingestión hasta la aparición de los síntomas los pacientes recibe diversos diagnósticos iniciales como peritonitis aguda localizada o generalizada, secundaria a procesos como apendicitis o diverticulitis aguda, absceso intraabdominal o tumor de la pared abdominal^(9,10,11).

El diagnóstico se establece en caso de niños mayores y adultos no discapacitados a través del interrogatorio ya que pueden identificar en algunos casos el material ingerido y localización de malestar. Sin embargo, el área de la incomodidad a menudo no se correlaciona con el sitio de la impactación. En niños pequeños, adultos con discapacidad mental y aquellos con enfermedad psiquiátrica pueden presentarse con asfixia, negativa a comer, vómitos, babeo, sibilancias, saliva manchada de sangre o dificultad respiratoria. La perforación esofágica y orofaríngea puede causar hinchazón del cuello, eritema, sensibilidad o crepitaciones. En el abdomen puede haber signos de peritonitis o de obstrucción intestinal⁽¹²⁾.

Las radiografías pueden identificar cuerpo extraños, huesos de carne, aire libre mediastinal o peritoneal, puede confirmar la ubicación, el tamaño, la forma y el número de cuerpos extraños ingeridos y ayudar a excluir objetos aspirados. Sin embargo, los huesos de pescado o pollo, madera, plástico, vidrio y objetos metálicos delgados no se ven fácilmente por lo que aunque algunos autores plantean la realización de una tomografía de entrada pues permite identificar la presencia, el sitio y la causa de la perforación intestinal⁽¹²⁾. Los signos directos que sugieren perforación intestinal son extravasación del medio de contraste oral y engrosamiento de la pared intestinal. Los signos indirectos son infiltración de grasa, absceso o flemón subyacente al intestino y obstrucción intestinal. El ultrasonido puede identificar objetos radiolúcidos, así como abscesos por perforación⁽¹²⁾. Respecto al neumoperitoneo, en 30% de los casos la radiografía de tórax puede evidenciar neumoperitoneo, mientras que la tomografía demuestra aire libre en 100% de los casos^(13,14).

Los estudios de imagen pueden llevar a un diagnóstico correcto; sin embargo, en la mayoría de los pacientes, el diagnóstico no está confirmado hasta que se realiza una exploración quirúrgica.

Tratamiento: la ingestión de cuerpos extraños requiere sólo una actitud conservadora debido a que 80-90% de los cuerpos extraños deglutidos progresan espontáneamente a través del tubo digestivo en los siguientes ocho días⁽¹⁵⁾. La cirugía de entrada sólo se reserva para aquellos casos en los que parece complicación: dolor abdominal recurrente, obstrucción intestinal, hemorragia, signos de perforación o peritonitis.

Se presenta este caso para tener en cuenta la ingestión de cuerpo extraño en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo. Es importante la anamnesis, el examen físico y un estudio radiológico simple inicial. La cirugía por ingestión de cuerpos extraños se reserva para aquellos casos en los que aparece alguna complicación. La laparoscopia puede ser resolutive en gran parte de los casos y es de utilidad cuando hay duda diagnóstica.

REFERENCIAS

1. Samuel DO, Adegboyega OF, Ene OM. Spontaneous expulsion of ingested foreign bodies: case series and review of literature. *Am J Med Case Reports* 2015;3(9):272-275
2. Abdomen agudo e ingesta de cuerpos extraños: revisión de seis casos. Nuñez Viejo MA, Arnaiz Garcia A , Fernández Montes A. *Galicia Clin* 2010; 71 (3): 117-120
3. Rodas J, Frachi F, Gutierrez T. Perforación de colon sigmoides por ingestión de cuerpo extraño. *Rev Cir Parag* 2012; 36(2):23-4.
4. Rojas E. Cuerpos extraños en el tracto digestivo. *Manual de Urgencias en MI. Ediciones Acta Médica; 2007.*
5. González-Chávez MA, Salas-García AG, Grajeda-Gómez A, Robles-Menchero MJ, Martínez-Miranda CA, Huacuja-Blanco RR, et al. Sigmoidectomía laparoscópica con anastomosis primaria por perforación colónica por cuerpo extraño. *Rev Invest Med Sur Mex.* 2015; 22 (1): 36-41
6. Errázuriz g. Ingestión de cuerpos extraños: protocolo de estudio y tratamiento. *Rev. Med. Clin. Condes - 2009; 60(6) 883 - 891*
7. Rodríguez J, Farrés R, Codina A, Olivet F, Pont Valles J, Gironés J, et al. Perforaciones Intestinales causadas por cuerpos extraños. *Cir Esp.* 2001; 69(5): 504-6.
8. Sarmast AH, Showkat HI, Patloo AM, Parray FQ, Lone R, Wani KA. Gastrointestinal Tract Perforations Dueto Ingested Foreign Bodies; A review of 21 cases. *BJMP* 2012; 5(3): 529-33.
9. Barragán C, Rueda J, Espitia E, Uriza L, Rosselli D. Perforación intestinal por espina de pescado, revisión de la literatura científica y presentación de dos casos. *Rev Colomb Ci.* 2012; 27: 79-84
10. Joglekar S, Rajput I, Kamat S, Downey S. Sigmoid perforation caused by an ingested chicken bone presenting as right iliac fossa pain mimicking appendicitis: a case report. *J M Case Reports* 2009; 3: 7385.
11. Hsu ShD, Chan DCh, Liu YCh. Small bowel perforation caused by fish bone. *World J Gastroenterol.* 2005;11(12):1884-5.
12. ASGE Standards of Practice Committee, Ikenberry SO, Jue TL, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, et al. Management of ingested foreign bodies and food impactions. *Gastrointest Endosc.* 2011;73(6):1085-91
13. Barragán C, Rueda J, Espitia E, Uriza L, Rosselli D. Perforación intestinal por espina de pescado, revisión de la literatura científica y presentación de dos casos. *Revista Colombiana de Cirugía* 2012; 27: 79-84.
14. Imuta M, Awai K, Nakayama Y, Murata Y, Asao C, Matsukawa T, et al. Multidetector CT findings suggesting a perforation site in the gastrointestinal tract: Analysis in surgically confirmed 155 patients. *Radiat Med* 2007; 25(3); 113-8.

15. Núñez Viejo MA, García AA, Fernández Montes A. Abdomen agudo e ingesta de cuerpos extraños: revisión de seis casos. *Galicia Clin* 2010; 71 (3): 117-120
16. Alonso-Gomez S, Rubio-Gonzalez E, Donat-Garrido M, Lopez-Espadas M, Solís-Herruzo J, Moreno-Gonzalez E. Sigmoid colon perforation due to a foreign body ingestion. *Rev Esp Enferm Dig* 2012; 104(2):90-1.
17. Rodríguez-Hermosa JI, Codina-Cazador A, Sirvent JM, Martín A, Girones J, Garsot E. Surgically treated perforations of the gastrointestinal tract caused by ingested foreign bodies. *Colorectal Dis* 2008; 10(7): 701-7.
18. Sarmast AH, Showkat HI, Patloo AM, Parray FQ, Lone R, Wani KA. Gastrointestinal Tract Perforations Due to Ingested Foreign Bodies; A review of 21 cases. *BJMP* 2012; 5(3): 529-33.