

Dolor Abdominal por fístula ileorrectal secundaria a cuerpo extraño: reporte de caso

Abdominal pain due to ileorectal fistula secondary to a foreign body: case report

Alejandro Junior Osorio* , Tomas Ayala** , Mercedes Aguilera***

Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas; Asunción, Paraguay

RESUMEN

Las fístulas ileorrecales secundarias a cuerpos extraños son infrecuentes y de difícil diagnóstico. Presentamos el caso de una paciente de 59 años con dolor abdominal crónico, vómitos y pérdida de peso. Estudios de imagen identificaron una fístula entre el íleon terminal y la ampolla rectal, secundaria a un cuerpo extraño. Se realizó cirugía con colostomía terminal e ileostomía temporal. Este caso destaca la importancia del diagnóstico oportuno y el manejo quirúrgico adecuado.

Palabras clave: Fístula ileorrectal, cuerpo extraño, dolor abdominal, cirugía digestiva.

ABSTRACT

Ileorectal fistulas secondary to foreign bodies are rare and difficult to diagnose. We present the case of a 59-year-old female with chronic abdominal pain, vomiting, and weight loss. Imaging studies identified a fistula between the terminal ileum and rectal ampulla, secondary to a foreign body. Surgery was performed with terminal colostomy and temporary ileostomy. This case highlights the importance of timely diagnosis and appropriate surgical management.

Keywords: Ileorectal fistula, foreign body, abdominal pain, digestive surgery.

INTRODUCCIÓN

Las fístulas ileorrecales son una entidad poco frecuente dentro de la patología digestiva y pueden tener diversas etiologías, incluyendo enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias, trauma quirúrgico y la presencia de cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal^[1]. La manifestación clínica suele ser inespecífica, destacándose síntomas como dolor abdominal, pérdida de peso, vómitos y alteraciones en el tránsito intestinal^[2].

Los cuerpos extraños en el tubo digestivo pueden generar complicaciones graves, como perforaciones, abscesos y formación de fístulas, dependiendo de su localización y tiempo de evolución^[3]. La identificación temprana mediante estudios de imagen y la intervención quirúrgica o endoscópica oportuna son fundamentales para reducir la morbilidad asociada^[4].

En este reporte de caso, se presenta el caso de una paciente

de 59 años con dolor abdominal crónico y pérdida de peso significativa, en quien se identificó una fístula entre el íleon terminal y la ampolla rectal secundaria a un cuerpo extraño. Se discuten los hallazgos clínicos, imagenológicos y el abordaje terapéutico adoptado.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 59 años de edad, conocida portadora de hipertensión arterial en tratamiento regular, que consulta por episodios recurrentes de dolor abdominal localizado en hipogastrio, de inicio insidioso, tipo puntada, de moderada intensidad, con irradiación a la región dorsolumbar izquierda. El dolor se asocia a vómitos en varias oportunidades de contenido alimentario y pérdida de peso de aproximadamente 25 kg en los últimos cuatro meses.

Refiere haber presentado episodios similares desde hace aproximadamente seis meses, sin lograr un diagnóstico definitivo. No refiere cambios en el hábito intestinal ni hematoquecia. A la inspección, la paciente se encuentra en regular estado general, con signos evidentes de desnutrición moderada, reflejados en pérdida de masa muscular. No presenta distensión abdominal, pero sí signos de malnutrición. A la palpación abdominal, se observa dolor localizado en la zona hipogástrica que se exagera al realizar la presión profunda, sin presencia de defensa muscular o signos de irritación peritoneal. No se aprecian masas palpables, pero sí una resistencia moderada en la región mencionada. En los exámenes laboratorios presento GB: 17.400 N: 94 HB: 12.4 HTO: 37 demás resultados dentro de los parámetros normales.

Tomografía computarizada de abdomen y pelvis: Llama la atención la presencia de imagen lineal densa de aspecto tubular que mide aprox 2.6 x 0.4 cm localizada en topografía el recto superior en H12 Y H1 la cual se encuentra relacionada la pared del recto impresionando extenderse a otra estructura tubular que podría corresponder a asa intestinal delgada. Imagen que podría estar en relación con cuerpo extraño en topografía del recto superior con proyección a la grasa meso rectal y afectación

* Residente de Cirugía General – Hospital Militar Central de las FF. AA.

** Especialista en Cirugía General- Hospital Militar Central de las FF. AA.

*** Jefe de guardia – Cirugía General – Hospital Militar Central de las FF. AA.

Autor correspondiente: Dr. Alejandro Junior Osorio – Hospital Militar Central de las FF. AA., Serv. Cirugía general, correo: juniorosorio0496@gmail.com Cel: +595986179458

Enviado: 04/08/2024 - Revisado: 15/09/2024 - Aceptado: 25/11/2024 - Revisor: Ángel Agüero Hospital de Clínicas. UNA.

Editor: Eduardo González Miltos Universidad Nacional de Asunción; San Lorenzo, Paraguay

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

de asa intestinal delgada adyacente. Colon por Enema Opaco (Doble contraste): Múltiples imágenes saculares en todo el marco colónico. Trayecto fistuloso que comunica el íleon terminal con la ampolla rectal. **Hallazgo quirúrgico:** Se constata asas delgadas engrosadas y dilatadas, pandiverticulosis colónica, apelonamiento de colon descendente, sigmoides y ciego. Firme adherencias y acartonamiento de los mismos se constata fistula ileorrectal hallándose en la misma un cuerpo extraño de 4 x 0.5 cm de consistencia ósea. Se le practico una sigmoidectomía y una colostomía terminal en flanco izquierdo además de una ileostomía terminal ante la dificultad de realizar una anastomosis primaria por proceso inflamatorio.

DISCUSIÓN

Las fístulas Ileorrectal son una entidad poco frecuente dentro de la patología digestiva y pueden tener diversas causas, incluyendo enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias, trauma quirúrgico y la presencia de cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal ⁽¹⁾. En el caso presentado, la identificación de un cuerpo extraño de consistencia ósea en el trayecto fistuloso entre el íleon terminal y la ampolla rectal sugiere que este fue el factor desencadenante del proceso inflamatorio crónico, resultando en la formación de la fístula.

El cuadro clínico de la paciente estuvo caracterizado por dolor abdominal crónico, vómitos y una pérdida de peso significativa de 25 kg en cuatro meses, lo que sugiere una evolución prolongada del proceso patológico. Estos síntomas son inespecíficos y pueden estar presentes en diversas patologías, incluyendo neoplasias y enfermedad inflamatoria intestinal ⁽²⁾. En este contexto, los estudios de imagen desempeñaron un papel clave en el diagnóstico. La tomografía computarizada de abdomen y pelvis permitió visualizar una imagen lineal densa en el recto superior con proyección a la grasa mesorrectal y afectación de un asa intestinal delgada adyacente, hallazgo confirmado posteriormente por el colon por enema opaco ⁽³⁾.



Figura 1. Colon por enema opaco, se constata trayecto fistuloso que comunica el íleon terminal con la ampolla rectal.

Los cuerpos extraños en el tracto digestivo pueden ocasionar complicaciones graves, como perforaciones, abscesos, obstrucciones intestinales y formación de fístulas. La presencia prolongada de un cuerpo extraño puede inducir una respuesta inflamatoria crónica que favorece la aparición de adherencias fibróticas y la comunicación anormal entre estructuras adyacentes ⁽⁴⁾. En el caso de la paciente, la cirugía confirmó la existencia de una fístula ileorrectal y la presencia del cuerpo extraño, junto con signos de pandiverticulosis colónica y adherencias extensas. La severidad del proceso inflamatorio impidió la realización de una anastomosis primaria, por lo que se optó por una sigmoidectomía con colostomía terminal y una ileostomía temporal para permitir una mejor recuperación del paciente ⁽⁵⁾.



Figura 2. Cuerpo extraño, correspondiente a tejido óseo.

El manejo de las fístulas ileorrectales depende de su etiología y gravedad. En casos donde existe un proceso inflamatorio crónico significativo, el tratamiento quirúrgico es la opción más adecuada. En situaciones menos complejas, la extracción endoscópica del cuerpo extraño podría ser una alternativa viable ⁽⁶⁾. En este caso, la extensión del daño intestinal y la presencia de adherencias severas justificaron la estrategia quirúrgica adoptada.

CONCLUSIÓN

Este caso clínico pone de manifiesto la importancia de considerar la presencia de cuerpos extraños en pacientes con síntomas digestivos crónicos sin un diagnóstico claro. La sospecha clínica, el uso adecuado de estudios de imagen y un abordaje terapéutico oportuno son fundamentales para evitar complicaciones graves y mejorar el pronóstico del paciente. En este contexto, el manejo multidisciplinario, que incluya la colaboración entre gastroenterólogos, radiólogos y cirujanos, es clave para una adecuada evaluación y tratamiento de estos casos complejos.

CONFLICTO DE INTERESES Y FINANCIAMIENTO

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en la elaboración de este reporte de caso. Este estudio no recibió financiamiento de ninguna fuente pública, comercial o sin fines de lucro.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORES

Todos los autores participaron activamente en cada fase del estudio, desde el diseño de la investigación hasta la interpretación de los resultados. Asimismo, contribuyeron de manera equitativa en la redacción, revisión crítica y aprobación del manuscrito final, asumiendo colectivamente la responsabilidad por su contenido.

REFERENCIAS

1. Schieffer KM, Byrne CM, Cárdenas A, et al. Fistula formation in Crohn's disease: a review of epidemiology, pathophysiology, and treatment. *World J Gastroenterol*. 2021;27(4):282-299.
2. Riss S, Weiser FA, Schwameis K, et al. The prevalence of fistulizing Crohn's disease in Austria: a population-based study. *Colorectal Dis*. 2017;19(8):O256-O263
3. Gayer G, Petrovitch I, Jeffrey RB. Foreign objects encountered in the abdominal cavity at CT. *Radiographics*. 2011;31(2):409-428.
4. Sharma M, Agrawal A. Management of gastrointestinal foreign bodies: an update. *Clin Endosc*. 2020;53(2):176-182.
5. Hyman N. Endoscopic versus surgical management of colonic diverticular disease complications. *Clin Colon Rectal Surg*. 2004;17(3):163-168.
6. Park J, Cheon JH. Clinical significance and management of fistulizing Crohn's disease: a review. *Intest Res*. 2020;18(3):285-295.
7. Cozzarelli, Roberto, Jama, Stanley, & Gutiérrez, Jorge. (2017). Dolor abdominal secundario a fistula ileocecal por ingesta de múltiples cuerpos magnéticos: Caso Clínico. *Revista chilena de pediatría*, 88(3), 428-430. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000300018>