

Abdomen Agudo Debido a Perforación Gástrica por Cuerpo Extraño de Larga Permanencia: Reporte de Caso

Renato Garrido,¹ Teresa Verástegui,² Juan Carlos Huanqui,³ Bertha Cardenas³

RESUMEN

La ingesta de cuerpos extraños es una entidad clínica común en gastroenterología, la mayoría de ellos son expulsados espontáneamente, pero aquellos que son largos y puntiagudos pueden causar complicaciones en un 1 a 5%, requiriendo por ello extracción por vía endoscópica y en algunos casos quirúrgica. Se presenta el caso de una paciente con antecedentes de bulimia que acudió al Hospital Nacional Guillermo Almenara por cuadro de abdomen agudo debido a perforación gástrica por cuerpo extraño luego de muchos años de haberse producido la ingesta y cuya resolución fue quirúrgica.

PALABRAS CLAVE: Cuerpo extraño, perforación gástrica, cirugía laparoscópica.

Rev. Gastroenterol. Perú; 2012; 32-1: 84-87

ABSTRACT

The intake of foreign bodies is a common clinical entity in Gastroenterology, most of them are expelled spontaneously, but those that are long and sharp may cause complications in 1 to 5%, therefore requiring endoscopic extraction or surgical treatment sometimes. We report the case of a patient with a history of bulimia that came to the Guillermo Almenara Hospital for symptoms of acute abdominal pain due to gastric perforation by foreign body after many years there has been the intake and whose resolution was surgery.

KEY WORDS: Foreign body, gastric perforation, laparoscopic surgery.

1. Médico asistente del servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – EsSalud.
2. Médico asistente del servicio de Cirugía, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – EsSalud.
3. Médico residente del servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – EsSalud.

INTRODUCCIÓN

La ingestión de cuerpos extraños es un evento de presentación relativamente común. La mayoría de las veces, dependiendo de su forma y tamaño, estos cuerpos migran espontáneamente y sin problemas siendo eliminados por vía natural, sin embargo aquellos objetos que son largos o puntiagudos está indicada su extracción debido al riesgo aumentado de complicaciones ya que es casi imposible que pasen a través del píloro o duodeno.¹⁻³ La endoscopia permite un tratamiento seguro y eficaz en la mayoría de los casos y se reserva la cirugía cuando hay evidencia de perforación, hemorragia, formación de una fístula u obstrucción del intestino delgado o del colon. La cirugía también está indicada cuando los cuerpos extraños dejan de progresar (en 5 a 7 días) o no pueden recuperarse con el endoscopio.⁴ Se reporta aquí un caso de ingestión de cuerpo extraño de larga permanencia que se complicó con perforación gástrica y de resolución quirúrgica.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente mujer de 32 años, con antecedente de Bulimia a los 18 años de edad quién para inducirse el vómito usaba un lapicero y durante una de estas maniobras la paciente ingirió el lapicero, ocultando dicho incidente por varios años, hasta el momento actual en que empieza a presentar síntomas de dolor abdominal tipo punzante en epigastrio, de intensidad progresiva, que cede parcialmente con antiespasmódicos (Hioscina).

Una semana antes del ingreso a emergencia acudió a Centro Hospitalario de primer nivel por dolor abdominal donde le indican analgésicos y es dada de alta; en los siguientes días retorna a dicho centro hospitalario por agudización del dolor abdominal y al examen físico se encuentra masa abdominal en epigastrio y abdomen agudo por lo que es referida a Emergencia del Hospital Guillermo Almenara. Al ingreso tiene un examen de abdomen que muestra dolor a la palpación, se palpa masa superficial a nivel de epigastrio de 3x3 cm de consistencia dura y escasa movilidad.

Los exámenes de laboratorio muestran leucocitosis en 21,300, Hb : 11.4 gr/dl. La radiografía simple de abdomen muestra un objeto alargado con punta metálica (Figura 1). La tomografía abdominal muestra margen metálico a nivel de antro gástrico, se continúa con imagen radiopaca, pared de antro engrosado, no líquido libre en cavidad (Figura 2).

La endoscopia fue realizada de urgencia encontrándose en antro gástrico presencia de cuerpo extraño (lapicero) cuyo extremo proximal perfora pared anterior de antro cerca a píloro y cuyo extremo distal atraviesa el píloro y termina en duodeno sin compromiso de la pared duodenal (Figuras 3 y 4).

Debido a estos hallazgos de perforación de pared gástrica la paciente es derivada para tratamiento quirúrgico, realizándosele gastrostomía más extracción de cuerpo extraño y gastrorrafia por vía laparoscópica (Figuras 5 y 6). La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta al tercer día.



Figura 1: Radiografía abdomen.



Figura 2: Tomografía abdominal.



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6

DISCUSIÓN

La ingestión de cuerpos extraños al tracto gastrointestinal son comunes, entre ellos se incluyen los objetos insertados en forma intencional o involuntaria. La ingestión intencional en los adultos se ve más en pacientes con trastornos psiquiátricos y el sensorio alterado, y en los que pueden obtener algún beneficio secundario como los simuladores y presos.

Se calcula que el 80 al 90% de los cuerpos extraños gastrointestinales pasan en forma espontánea a través del tracto digestivo sin causar daño.¹ La perforación y la obs-

trucción del intestino son las complicaciones importantes más comunes asociadas con los cuerpos extraños. Otras complicaciones son hemorragia, compromiso respiratorio, fistulización y formación de abscesos. Se calcula que en los pacientes que presentan síntomas relacionados con un cuerpo extraño, la tasa de perforación llega al 5% (hasta el 35% en el caso de objetos puntiagudos).²

La perforación y la obstrucción pueden producirse en cualquier parte del tubo digestivo pero es más probable en los lugares donde hay esfínteres anatómicos, ángulos agudos o estrechamientos. La relación entre el tamaño y la agudeza del objeto con respecto al píloro determina si puede superar el estómago. Los objetos largos (longitud >5 cm) suelen ser imposibles de pasar por el píloro y las asas duodenales.³ Los objetos de diámetro grande (>2 cm) no pasan por el píloro. Cuando se reconocen estos cuadros por los antecedentes o los estudios radiográficos está indicado intentar su recuperación endoscópica o quirúrgica.

El examen físico tiende a ser de poca relevancia o inespecífico pero debe hacerse con cuidado para reconocer las complicaciones. El examen abdominal debe dirigirse a buscar signos de perforación y obstrucción. En los pacientes en que se sospecha ingestión de cuerpo extraño en el TGI superior deben realizarse radiografías de tórax y abdomen de frente y perfil, para ayudar a determinar la presencia, el tipo y la localización del cuerpo extraño.

Se han reportado varios casos de ingesta de cuerpos extraños en pacientes con bulimia.⁵⁻⁸ El escenario más común es el de una paciente joven de sexo femenino que presenta ingesta accidental del cuerpo extraño al momento de autoinducirse el vómito como lo fue el caso de nuestra paciente. La mayoría de casos reportados se refieren a ingesta de cepillos de dientes, en el caso de nuestra paciente se trató de un lapicero. Se conoce que los pacientes con bulimia tienen una sensibilidad disminuida en la región de orofaríngea, que los coloca en una situación de riesgo aumentado de deglutir accidentalmente objetos grandes⁹. Se ha descrito períodos prolongados de permanencia de cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal de meses hasta años¹⁰. En nuestro caso llama la atención una permanencia extraordinariamente prolongada del mismo (14 años) no presentando mayores molestias hasta el momento de inicio del cuadro clínico. Hasta donde hemos revisado en la literatura, es el período más prolongado reportado de un cuerpo extraño gástrico (no incluyendo los bezoares).

Nuestra paciente finalmente presentó un abdomen agudo por perforación de la pared gástrica siendo evaluada endoscópicamente, a pesar de que la biliografía menciona que es una contraindicación realizar una endoscopia cuando hay sospecha de perforación; sin embargo hay algunos reportes de extracción endoscópica pero en centros donde se cuenta con el instrumental adecuado para resolver esta situación llámese endoclips, etc. En nuestro caso la paciente fue vista en forma conjunta con los cirujanos. Creemos que la mejor opción en ese momento fue la extracción del cuerpo extraño por vía laparoscópica, por ser una cirugía mínimamente invasiva y con excelentes resultados postoperatorios^{11, 12, 13}.

REFERENCIAS

1. SCHWARTZ GF, POLSKY HS: Ingested foreign bodies of the gastrointestinal tract. *Am Surg* 42:236-238, 1976.
2. SCHAFFER HA, DE LANGE EE: Gastrointestinal foreign bodies and strictures: radiologic interventions. *Curr Probl Diagn Radiol* 23:205-249, 1994.
3. GINSBERG GG: Management of ingested foreign objects and food bolus impactions. *Gastrointest Endosc* 41:33-38, 1995.
4. HENDERSON CT, ENGEL J, SCHLESINGER P: Foreign body ingestion: Review and suggested guidelines for management. *Endoscopy* 19:68-71, 1987.
5. SASTRY A, KARKOS PD, LEONG S, HAMPAL S. Bulimia and oesophageal foreign bodies. *J Laryngol Otol*. 2008 Jul; 122(7):e16. E pub 2008 Apr 28.
6. RIDDLESBERGER MM JR, COHEN HL, GLICK PL. The swallowed toothbrush: a radiographic clue of bulimia. *Pediatr Radiol*. 1991;21(4):262-4.
7. WILCOX DT, KARAMANOUKIAN HL, GLICK PL. Toothbrush ingestion by bulimics may require laparotomy. *J Pediatr Surg*. 1994 Dec;29(12):1596.
8. SCHENK C, MUGOMBA G, DABIDIAN RA, SCHEUERECKER H, GLASER F. Laparoscopic extraction of a swallowed fork in a patient first diagnosed with bulimia nervosa. *Surg Endosc*. 2002 Feb; 16(2):361. Epub 2001 Oct 13.
9. YEILY THOMAS, ÉDGAR IBÁÑEZ, CLAUDIA SERRANO, DANNYS, TEHERÁN Manifestaciones dentales en pacientes con anorexia y bulimia tipo compulsivo purgativo. *Revista CES Odontología* Vol. 21 - No. 2 2008.
10. KIM WENG CHAN. An Unusual Case of Foreign Body in the Anterior Abdominal Wall. *J Clin Med Res*. 2010 March 20; 2(2): 93-95.
11. BISHARAT M, O'DONNELL ME, GIBSON N, REF-SUM SR, CAREY PD, SPENCE RAJ, LEE J. Foreign body ingestion in prisoners—the Belfast experience. *Ulster Med J* 2008; 77(2):110-4.
12. BAKHSHAEKIA A, HOSSEINI SM, RAZMI T, SHAM-SAEEFAR A. BOWEL perforation by crumpled paper in a patient presenting with acute abdominal pain. *Saudi J Gastroenterol* 2009;15(1):52-4.
13. SROULE A, O'DONNELL M, Endoscopic assisted laparoscopic removal of a gastric foreign body. *The surgeon* 2010; 8:232-234.