

Cartas al Director

Perforación de ileón proximal por cuerpo extraño

Sr. Director:

La ingesta accidental o voluntaria de cuerpos extraños, alimentarios o no, constituye una urgencia médica infrecuente, aunque cada vez lo es más en nuestro medio. Hasta el año 1970 eran 200 los casos recogidos en la literatura¹, ocurriendo habitualmente en pacientes con determinados factores de riesgo.

Dentro de las perforaciones intestinales no traumáticas, aquellas producidas por un cuerpo extraño representan un 20-25% de los casos² y, de ellas, las secundarias a espinas y huesos un 40%. Es necesario un alto grado de sospecha y un apropiado y rápido manejo desde la urgencia a fin de evitar las complicaciones propias de su ingestión, así como las derivadas del retardo en el tratamiento.

Presentamos aquí el caso de un paciente que desarrolló una peritonitis secundaria a la perforación intestinal a nivel de ileón proximal (en su primera porción) por hueso de codorniz.

Paciente de 72 años de edad, con antecedentes personales de insuficiencia renal crónica no filiada (probable origen obstructivo), prostatismo, cólicos nefríticos de repetición, diabetes mellitus, hiperuricemia, hipercolesterolemia, recibiendo tratamiento con ácido acetilsalicílico, enalapril, halopurinol, sin alergias de interés. Ingresó en urgencias de nuestro hospital por cuadro de dolor abdominal de aparición brusca, dos horas post-ingesta, localizado en vacío derecho, con diaforesis y náuseas. Afebril, había presentado la última deposición pocas horas antes, de características normales. A la exploración tenía una presión arterial de 140/90 mmHg, 80 lpm, rítmico, y 36,5°C. En la exploración física sólo destacaba un abdomen timpanizado, duro, doloroso a la palpación en hipocondrio y vacío derecho. En la analítica sólo destacaba unas cifras de creatinina de 2,7 mg/dl, urea 89 mg/dl, 12500 leucocitos (80% de PMN). Una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal mostró hallazgos compatibles con nefropatía de larga evolución, masa suprarrenal derecha (sugere de adenoma), dilatación de asas de delgado distribuidas por hemiabdomen izquierdo con zona brusca de transición con

aparente edema de pared, sin neumoperitoneo, diverticulosis de sigma. Con el diagnóstico inicial de abdomen agudo secundario a trombosis mesentérica o estenosis intestinal el paciente es ingresado en planta, siendo intervenido a las 24 horas y objetivándose perforación puntiforme en primera porción de ileón proximal por cuerpo extraño (hueso de codorniz de 3 cm de largo y 1 de diámetro) que asoma a través de la serosa, realizando enterotomía, con peritonitis purulenta asociada.

Evolución tórpida en planta de hospitalización tras unos primeros días estable, siendo ingresado en nuestra unidad a los 6 días de la intervención en un contexto séptico, con cifras de creatinina de 11,2 mg/dl, urea 264 mg/dl, 12300 leucocitos (90% de PMN), y una gasometría arterial de ph 7,17, pCO₂ 27 mmHg, pO₂ 167 mmHg, bicarbonato 9,8 mmol/l, y SATO₂ del 99%. La evolución en nuestra unidad fue progresiva en su deterioro, requiriendo empleo de ventilación mecánica, hemodiafiltración arteriovenosa continua, apoyo inotrópico..., hasta ser exitus a los 20 días de su ingreso.

Esta patología suele incidir con mayor frecuencia (y por lo tanto habría de pensarse en ella) en pacientes con problemas mentales y bucodentales en hasta el 80% de los casos, y con menor frecuencia en pacientes con problemas visuales, drogadicción, alcoholismo, niños, coincidente con la ingesta de bebidas frías o alimentos de forma rápida y, por lo tanto, poco digeridos³.

Menos del 1% del total de los cuerpos extraños ingeridos llegan a ocasionar perforación intestinal, siendo la localización más frecuente la zona ilícoecal⁴ (colon -40%- e ileón -25%-), habiéndose descrito casos en duodeno y yeyuno. El mecanismo suele ser una combinación de inflamación local (por irritación del cuerpo extraño) y la necrosis de la pared. En pacientes adultos, los cuerpos extraños en su recorrido por el tubo digestivo suelen enclavarse en esófago proximal los puntiagudos y a nivel distal los alimentarios. La mayoría de los cuerpos extraños que atraviesan el píloro (generalmente suelen tener un tamaño menor a 20 mm de diámetro y 5 cm de longitud) lo hacen a través del resto de tubo digestivo, habiéndose demostrado en animales de experimentación un "reflejo de retirada" de la pared intestinal caracterizado por dila-



tarse localmente el intestino al entrar la mucosa en contacto con objetos afilados⁵, alcanzando ano y siendo expulsados. Circunstancias coadyuvantes serían el incremento en las contracciones peristálticas, compresión de las asas intestinales por órganos vecinos, cirugía abdominal previa (gastrectomía que limita la secreción ácida gástrica o adherencias que limitan los movimientos peristálticos), condiciones anatómicas intestinales, angulaciones, acodamientos, estrecheces, rigidez en zonas retroperitoneales, válvulas duodenales, o un menor diámetro de la luz como ocurre en niños menores de 2 años⁶.

Como se comentaba en la introducción, es importante un alto grado de sospecha al no venir recogido habitualmente el antecedente de la ingesta del cuerpo extraño, siendo el cuadro clínico indistinguible de otra patología abdominal, y por tanto el diagnóstico suele ser operatorio. El período clínico desde el inicio de los síntomas hasta la intervención suele superar las 48 horas, pudiendo llegar hasta los 15 meses⁷, explicado por lo inespecífico de los síntomas, la ausencia del antecedente de la ingesta de cuerpo extraño y lo insidioso del comienzo del cuadro.

El tratamiento de elección suele ser la sutura simple, recomendándose la resección segmentaria cuando existe una complicación local¹². La evolución postoperatoria suele ser satisfactoria, a no ser que surjan complicaciones como la sepsis secundaria a la peritonitis.

Son hechos a destacar en nuestro caso la rapidez de la evolución (en menos de 24 horas se desarrolla el cuadro de peritonitis), así como la infrecuente localización (a nivel de ileon proximal).

(*) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.*
Unidad de Cuidados Intensivos.
Hospital Comarcal de Don Benito-Villanueva. Badajoz

1- Maleki M, Evans WE. Foreign-body perforation of the intestinal tract. Arch Surg 1970;101:475-7.

2- Putzki H, Ledwoch J, Dueben W, Mlasowsky B, Heymann H. Nontraumatic perforations of the small intestine. Am J Surg 1985;149:375-7.

3- Vazquez Echarri J, Martín Benito J, Fernández Sánchez R, Ruiz López P, Giménez Alvira L, Martínez Veiga JL. Perforación de ileon distal por palillo. Aportación de un caso. Cir Esp 1989;46:292-4.

4- Moreno Egea A, Aguayo Albasini JL, Parrilla Paricio P. Perforaciones intestinales por cuerpos extraños (12 casos). Cir Esp 1995;58:343-5.

5- Guerrero E, Crespo M, Cerezo E, Berges MA, Reyes DM, Castillo P, Muñoz F, Muro J. Ingestión de cuerpos extraños. Medicina Integral 1992; 19:141-9.

6- Gomez Cia, Docobo Durantez, Lozano Crivell, Fernández Dovale. Perforación intestinal por espina de pescado. Rev Esp Enf Ap Digest 1985; 67:199-201.

7- Martínez A, González P, Segura JM, Conde P, Oliveira A, Álvarez JR, et al. Perforación intestinal por cuerpo extraño. Rev Esp Enferm Dig 1998;90:731-2.

A. Córdoba López, I. Bueno Álvarez-Arenas(*),
J. Monterrubio Villar, G. Corcho Sánchez