

Ingesta masiva de cuerpos extraños

A. Palomeque Jiménez, M. el Adel del Fresno, C. González Callejas, J. M. García Gil

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Resumen

A pesar de la amplia experiencia existente, la ingesta de cuerpos extraños sigue representando un problema médico controvertido. Presentamos un caso de una mujer de 56 años con antecedentes de esquizofrenia paranoide que ingresó en nuestro servicio por ingesta masiva de cuerpos extraños en el contexto de un cuadro delirante sin fines autolíticos. La paciente no refería ninguna clínica y la exploración abdominal no presentaba ninguna patología. Se realizó ingreso para observación hospitalaria, observándose en los controles radiológicos sucesivos la progresión y eliminación de los cuerpos extraños. A los 22 días fue dada de alta por el servicio de Psiquiatría sin observarse cuerpos extraños en la radiografía de abdomen. El tratamiento de estos pacientes es individualizado dependiendo de la naturaleza de los cuerpos extraños y del riesgo de complicaciones.

PALABRAS CLAVE Cuerpos extraños. Trastornos psiquiátricos. Obstrucción.

Introducción

Aún con la amplia experiencia existente y registrada en la bibliografía ¹, la ingesta de cuerpos extraños continúa representando un problema en la práctica médica en la actualidad.

La ingesta voluntaria o subrecticia de cuerpos extraños es bastante frecuente, sobre todo de manera accidental en la edad pediátrica y como forma de reivindicación en pacientes psiquiátricos y en presos ^{2,5,6}. También se producen con frecuencia en el caso del tráfico de estupefacientes.

El manejo de este tipo de pacientes es controvertido, tanto por la idiosincrasia de los mismo, como por la imprevisible evolución que puede tener este cuadro, que va desde el paso por todo el tubo digestivo sin ningún tipo de complicación hasta la expulsión de los mismos, hasta la obstrucción intestinal y la perforación de víscera hueca que obligaría a un tratamiento quirúrgico urgente ⁷. Los avances técnicos han supuesto modificaciones en las pautas de abordaje terapéutico del problema. Un ejemplo de ello es la reciente introducción de la laparoscopia en el tratamiento de la obstrucción intestinal, si bien este es un tema controvertido y con resultados dispares ⁷.

Caso clínico

Mujer de 56 años, con antecedentes personales de esquizofrenia paranoide, que ingresa en nuestro servicio tras acudir a urgencias por ingesta masiva de cuerpos extraños en el contexto de un cuadro delirante sin fines autolíticos (ingirió los cuerpos extraños porque había oído que si lo hacía le tocaría la lotería). La paciente no refiere ninguna clínica y la exploración abdominal no presenta alteraciones patológicas. La radiología simple de abdomen muestra numerosos cuerpos extraños radiopacos en cámara gástrica y varios en el resto del trayecto intestinal (figura 1). Se realiza endoscopia digestiva alta, extrayéndose 20 elementos del antro gástrico (10 tornillos metálicos, 1 hueso, 2 objetos alargados metálicos de gran tamaño, un pendiente, 5 objetos con morfología de «macarrón», etc.). En los controles radiológicos posteriores se observa la persistencia de varios cuerpos extraños en cámara gástrica e intestino, que han ido progresando. Dado que la paciente continuaba asintomática, se decide observación, siendo dada de alta del servicio de psiquiatría a los 22 días, sin observarse ningún cuerpo extraño en la radiología de control.



Fig. 1.— Imagen inicial de la radiología simple de abdomen.

Discusión

Son múltiples las situaciones en que se puede producir una ingesta de cuerpos extraños en la práctica clínica habitual (pacientes pediátricos, casos psicóticos graves, accidental-voluntaria-forzada en el adulto, como forma de reclamación, y para el tráfico de estupefacientes, ya se de manera voluntaria o forzada) ².

El cuadro clínico va a depender en su aparición de una serie de factores:

- naturaleza del cuerpo extraño
- lugar de alojamiento
- posible existencia o no de lesiones
- posible progresión y evolución del cuerpo extraño.

El tránsito sin afectación orgánica; la posible detención a diferentes niveles o fenómenos perforativos u obstructivos, caso de los bezoares gástricos ³, van a venir determinados por la naturaleza del cuerpo extraño.

El diagnóstico puede resultar sencillo o plantear problemas importantes, en ocasiones por el desconocimiento del hecho o por tratarse de pacientes no cooperativos o incapaces de aportar información (niños, enfermos psiquiátricos). El diagnóstico ha de incluir aspectos tales como la existencia real de un cuadro de ingesta de cuerpos extraños, naturaleza del mismo, localización, existencia o no de lesiones asociadas y previsión de la posible evolución, siendo fundamental el establecimiento de

estos criterios diagnósticos para adoptar una actitud adecuada. La radiología puede ser de ayuda si el material es radiopaco, así como la ecografía, la TAC y la RNM para la caracterización de posibles complicaciones. En el caso de los presos que realizan la ingesta como forma de reclamación, suele ser habitual el que vayan envueltos en celofán, y suelen ser radiopacos y por los tanto fácilmente distinguibles en una radiografía simple de abdomen ⁶. Sin embargo en el caso de los niños y los pacientes psiquiátricos, a veces resulta difícil establecer el diagnóstico, por la falta de colaboración durante la anamnesis.

La actitud terapéutica es variable e individualizada, no existiendo una pauta universal de tratamiento. Esta va a depender de las características del objeto ingerido, de su progresión y evolución y de la existencia o riesgo de posibles complicaciones ⁴.

Entre la bibliografía revisada, algunos autores realizan extracciones del cuerpo extraño en niños mediante endoscopia, sonda de Mc Gill o sondas imantadas, pero en este estudio el número de cuerpos extraños no era superior a uno ², y dados los riesgos que supone la extracción ⁴ todavía no hay autores en la bibliografía que hayan intentado en caso de ingestiones masivas. No obstante, sólo se puede usar la endoscopia cuando los cuerpos extraños están alojados en esófago, estómago o colon, no siendo posible este abordaje en obstrucciones de intestino delgado.

Cuando se trata de ingestión de sustancias estupefacientes, tampoco está indicada la extracción endoscópica, ya que una rotura de la bolsa que libere el contenido puede ser letal dependiendo del tipo de sustancia ⁶.

Si es cuerpo extraño mide menos de 2 cm no suele haber problemas en la progresión y expulsión del mismo ⁶, pero con objetos más grandes pueden producirse cuadros de obstrucción de intestino delgado y a nivel de la válvula ileocecal, lo que obliga a tratamiento quirúrgico urgente. El abordaje más ampliamente aceptado es la laparotomía, si bien algunos autores han publicado series de pacientes con obstrucción intestinal operados con un abordaje laparoscópico ⁷, si bien el resultado de estos tienen un bajo número de pacientes y un alto porcentaje de ellos acaban siendo convertidos a laparotomía. No obstante habría que valorar el papel diagnóstico de la laparoscopia en estos casos.

Otra complicación frecuente es la perforación intestinal, ya sea por impactación de los cuerpos extraños o porque los sean puntiagudos (tornillos, alfileres...), que obligaría también a un abordaje quirúrgico urgente.

Concluimos, pues, que el abordaje de estos pacientes debe ser individualizado, siendo conservador de inicio, ya que en la mayoría de los casos se resuelven sin complicaciones, pero con una observación expectante, por si se presentan complicaciones que requieren un tratamiento quirúrgico.

Bibliografía

1. mac Canse DE, Kurchin A, Hinshaw JR. Gastrointestinal foreign bodies. *Am J Surg* 1981; 142: 335-7.
2. Hamichi Idrissi S, Corne L, Vandenuvlas Y. Management of ingested foreign bodies in childhood: our experience and review of the literature. *Eur J Emerg Med* 1998; 5(3): 319-23.

3. Rubin M, Shimonov M, Grief F, Rotestein Z, Leleuk S: Phytobezoar: a rare cause on intestinal obstruction. *Dig Surg* 1998; 15 (1): 52-4.
4. Ciriza C, García L, Suárez P, Jiménez C, Romero MJ, Urquiza O, et al. GAT predictive parameters best indicate the need of emergent gastrointestinal endoscopy after foreign body ingestion? *J Clin Gastroenterol* 2000; 31(1): 23-8.
5. Mínguez L, Lloet F, Fernández JM, Romero M, Grau A. Actitud quirúrgica de urgencia ante el paciente judicial: autolesiones en ingestión de cuerpos extraños. *Cir Esp* 1988;43:821-5
6. Sánchez Ayuso FJ, Moreno Mendaña JM, Lomas Espadas M, Ingesta de cuerpos muy extraños. *Rev Clin Esp.* 2007; 207:423
7. Caratozzolo E, Massani M, Antoniuntti M, Basso S, Monica F, Jelmoni A, et al. Combined endoscopic and laparoscopic removal of ingested large foreign bodies. Case report and decisional algorithm. *Surg Endosc.* 2001; 15:1226