

PERFORACIÓN EN SIGMA POR CUERPO EXTRAÑO

Dra. Lorena Rodríguez Elena¹ / Dra. Helga Kristiina Kalvianen Mejia² / Dra. Elena Angulo Hervias³

¹ Médico Adjunto de Urgencia Hospitalaria. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

² Médico de Cirugía General. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

³ Médico Adjunto de Radiología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

RESUMEN

En los Servicios de Urgencias es frecuente encontrarnos con pacientes con cuerpos extraños en cavidad anal sobre todo debido a estimulación sexual. En el siguiente caso, se expone cómo la rápida sospecha y la celeridad en la realización de las pruebas complementarias permitieron diagnosticar y objetivar un cuerpo extraño de más de 30 cm en la cavidad abdominal.

PALABRA CLAVE

cavidad abdominal, perforación

ABSTRACT

In the Emergency Service it is common to find patients with foreign bodies in the anal cavity mostly due to sexual stimulation practices. In the following case, a fast suspicion and the celerity in performing complementary tests, allowed us to diagnose and discern a foreign body, bigger than 30 cm, in the abdominal cavity.

KEY WORDS

abdominal cavity, perforation

CASO CLÍNICO

Varón de 51 años, traído a Urgencias por la ambulancia por dolor abdominal intenso e insoportable, tras introducirse un cuerpo extraño en cavidad rectoanal con imposibilidad para su extracción.

Antecedentes personales de infección por VIH con carga viral indetectable.

Estable hemodinámicamente con taquicardia a 110 latidos por minuto en el momento de su llegada al Servicio de Urgencias. A la exploración, el abdomen está duro, en tabla, con signos de irritación peritoneal.

El paciente tiene gran dolor abdominal por lo que precisa analgesia con fentanilo intravenoso, sin clara mejoría.

Se realiza TC abdominal con contraste:



Fig. 1. Imágenes de la TC con reconstrucciones de reformato multiplanar (MPR) en los planos coronal y axial: desgarro en pared derecha del marco cólico, a nivel de la unión de sigma-recto (burbuja de gas señalizada con flecha), por estructura tubular de 35 cm de largo y 43 mm de ancho (estrella), con salida a cavidad peritoneal y con extremo superior en la zona del ángulo esplénico y extremo inferior en pelvis menor.

Notas Clínicas

Se solicita valoración por Cirugía General de guardia que deciden intervención quirúrgica urgente.

Se realiza laparotomía media infraumbilical, hallando cuerpo extraño intrabdominal con extremo distal en hipocondrio izquierdo adyacente al bazo, y extremo proximal en cara anterior de sigma donde se aprecia perforación de aproximadamente 4cm, con mínimo contenido fecal adyacente. Se practica extracción del cuerpo extraño, cierre de la perforación con sutura primaria y lavado abundante en cavidad abdominal. No se realiza estoma. El postoperatorio cursa de forma favorable, con recuperación del tránsito intestinal y buena tolerancia oral.

Es dado de alta a los 5 días del ingreso. El paciente no tuvo complicaciones en las semanas posteriores.

CONCLUSIÓN

Los cuerpos extraños rectales son una patología frecuente. El principal motivo de la inserción, es la estimulación sexual¹.

Se produce más en varones (6:1 en proporción con las mujeres)² y edad media de 41 años, según estudio reciente (AAST Contemporary Management of Rectal Injuries Study). El diagnóstico puede retrasarse debido a la vergüenza del paciente o a la omisión de los síntomas³.

Después de los dispositivos sexuales, los objetos de vidrio son los segundos cuerpos extraños más frecuentemente introducidos y a la vez los más complicados de extraer por su superficie lisa, tamaño, forma y fragilidad².

Una de las complicaciones del cuerpo extraño rectal, en un 12.8% - 25%, es la perforación intestinal, una emergencia médica común asociada a una mortalidad considerable (entre el 30% y 50%). Los hallazgos de la tomografía computarizada multidetector directa apoyan el diagnóstico y localizan el sitio de la perforación con una precisión del 82-90%⁴.

El tratamiento es individualizado: dependerá de las características propias del cuerpo extraño (tamaño, material y forma); así como de la localización, posibilidad de extracción, lesión de órganos y presencia de abdomen agudo (lo que determinará necesidad de intervención quirúrgica).



BIBLIOGRAFÍA

1. Schellenberg M., Brown C., Trust M. D., Sharpe J. P., Musonza T., Holcomb J., Bui E., Bruns B., Hopper H. A., Truitt M. S., Burlew C. C., Inaba K., Sava J., Vanhorn J., Eastridge B., Cross A. M., Vasak R., Ver-cuyse G., Curtis E. E., Haan J., "Rectal Injury After Foreign Body Insertion: Secondary Analysis" From the AAST Contemporary Management of Rectal Injuries Study Group. *J Surg Res.* (2020); 247:541-546.
2. Ploner M., Gardetto A., Ploner F., Scharl M., Shoap S., & Bäcker H. C. "Foreign rectal body-Systematic review and meta-analysis." *Acta gastro-enterologica Belgica* 83.1 (2020): 61-65.
3. Ebrahim M., Perdawood S.K. "Rectal Foreign Bodies." *Ugeskrift for laeger* 180.36 (2018): V11170866.
4. Pouli, S., Kozana, A., Papakitsou, I., Daskalogiannaki, M., & Raissaki, M. "Gastrointestinal perforation: clinical and MDCT clues for identification of aetiology." *Insights into Imaging* 11.1 (2020): 1-19.