

CUERPOS EXTRAÑOS INTRARRECTALES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Luis Fco. Pereira García y José Clemente Río

Servicio de Cirugía. Hospital del Rey. Las Palmas de Gran Canaria

La introducción de objetos en el recto con fines eróticos es la causa más común de cuerpos extraños intrarrectales que exigen atención médica. A propósito de un caso se comenta esta patología y su tratamiento.

Introducción

Ocasionalmente un cuerpo extraño puede llegar al recto tras ser ingerido y recorrer el tubo digestivo, pero es más frecuente su introducción transanal. Esta puede producirse de forma iatrogénica tras una instrumentación médica, por traumatismos que conlleven empalamiento, y mediante automanipulación, bien intentando el alivio de padecimientos locales (estreñimiento, prurito...), el ocultamiento y transporte de estupefacientes, o en el curso de maniobras eróticas. Este último supuesto es el más frecuente y suele ocurrir casi exclusivamente en varones adultos. Los objetos empleados descritos en la literatura son muy diversos, destacando en segundo lugar por su frecuencia los instrumentos «ad hoc», con aspecto y textura fálica que pueden incorporar un motor vibrador, como el descrito en este caso¹⁻³.

Caso clínico

Varón de 36 años, profesional liberal, atendido por presentar cuerpo extraño intrarrectal (vibrador fálico de material plástico de unos 20 x 4 cm) introducido completamente en el curso de actividad erótica mantenida con su pareja. Tras prolongados intentos frustrados para extraerlo buscó atención médica. Se quejaba de dolor anal y perianal, junto con sensación im-

periosa de defecación no conseguida. No existía dolor abdominal. Mantenía TA, pulso y temperatura dentro de la normalidad. La inspección mostraba edema de los pliegues anales, probablemente como resultado de la maniobras realizadas para extraer el aparato. Este se palpaba con dificultad en el tacto rectal, que resultaba muy doloroso, apreciándose hipertonía del esfínter.

Hemograma y bioquímica básica dentro de la normalidad, salvo moderada leucocitosis sin desviación. En la radiografía abdominal aparecía el artefacto alojado en el espacio rectosigmoideo, sin signos de perforación intestinal (Figura 1). A causa del dolorimiento y edema anales, se realizó la extracción manual bajo anestesia raquídea, precisándose dilatación anal.

Postoperatorio dentro de la normalidad con alta a las 24 horas. Durante dos semanas presentó incontinencia leve de la que se recuperó.

Comentario

La gratificación sexual mediante la introducción transanal de todo tipo de objetos es la causa más común de cuerpos extraños intrarrectales retenidos que exigen atención médica. Frecuentemente esa intención es ocultada por el paciente, que atribuye la introducción de los cuerpos extraños en el recto a accidente, alivio de prurito o estreñimiento, masaje terapéutico prostático, agresión con forzamiento, u otros motivos verosímiles^{4, 2}.

Por tanto, aunque el paciente suele informar de la naturaleza del objeto retenido y del momento de la introducción, es necesario realizar una cuidadosa anamnesis para averiguar si existió algún condicionante como violencia física (prácticas sadomasoquistas, abuso, etc.), u otro tipo de traumatismo, que haga sospechar la existencia de lesiones internas asociadas, o la necesidad de solicitar una peritación forense.

Correspondencia: Luis Fco. Pereira García. Servicio de Cirugía. Hospital del Rey. Alto de San Francisco, s/n. 35014 Las Palmas de Gran Canaria

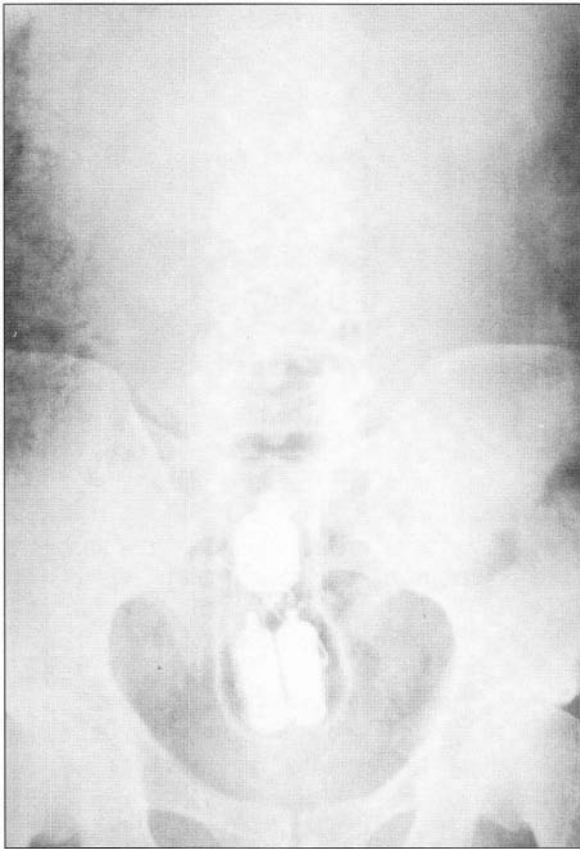


Figura 1. Cuerpo extraño (vibrador) retenido en el recto.

Obviamente es imprescindible ahorrar cualquier sentimiento de vergüenza o humillación al paciente, debiendo el personal involucrado en su tratamiento, mantener la necesaria discreción.

Si el sujeto refiere que realizó su manipulación anorrectal buscando alivio para alguna patología local, ésta debe comprobarse. Hay que evitar dejar sin diagnóstico el prurito anal (que puede obedecer a múltiples causas, locales o sistemáticas que incluyen neoplasias, infecciones, parasitosis, diabetes...), la proctalgia fugaz, prolapsos, etc.⁵⁻².

Continuando el estudio, debe averiguarse la existencia de manifestaciones abdominales para descartar una perforación rectal, que junto con la hemorragia erosiva de la pared intestinal y la lesión esfinteriana, son las complicaciones más frecuentes. En el caso de perforación intraperitoneal es de esperar un cuadro de abdomen agudo por contaminación fecal de la cavidad peritoneal. Si la perforación afecta a la porción extraperitoneal del recto, el curso tiende a ser silente,

siendo común la infección de partes blandas perirrectales. Estas manifestaciones podrían diferirse si el paciente empleó enemas de limpieza previos a la introducción del cuerpo extraño^{6,3,7}.

La inspección anal y el tacto rectal permitirán examinar el esfínter, detectar la presencia de rectorragia y evaluar la situación y accesibilidad del cuerpo extraño. Además, esta valoración puede tener un valor forense cuyo comentario queda fuera de los límites de este trabajo.

El estudio radiológico abdominal con proyecciones frontal y lateral muestra la naturaleza, cantidad, localización, forma y tamaño de los objetos, permitiendo planificar su extracción. Informa además, junto con la radiografía torácica, de la existencia de neumoperitoneo, sugestivo de perforación del recto intraperitoneal, o la presencia de aire libre en el retroperitoneo, en el espacio perirrectal, o en el tejido subcutáneo, más comúnmente asociados a la perforación del segmento rectal extraperitoneal⁸.

El examen endoscópico resulta especialmente útil para diagnosticar la perforación del recto extraperitoneal. El papel del enema baritado es discutido por la posibilidad de que empeore el curso de una posible peritonitis³.

El tratamiento ha de ser individualizado, sin que exista una regla fija a seguir. Si el objeto es pequeño y por sus características se juzga que no entraña un riesgo inmediato para el paciente, puede esperarse durante algunas horas confiando en su evacuación fisiológica. No deben administrarse catárticos por el riesgo de perforación².

Para realizar las maniobras de extracción resulta útil la posición ginecológica, que da un buen acceso a la zona perineal y permite la palpación bimanual.

En extracciones no complicadas, la manipulación rectal combinada con la maniobra de Valsalva realizada por el paciente, previa anestesia local del esfínter anal, puede ser suficiente.

Los cuerpos extraños situados a más de 10 cm. del margen anal pueden extraerse o aproximarse mediante endoscopia. Esta permite visualizar directamente el objeto, facilita su movilidad al distender con gas el intestino y a veces permite asirlo mediante pinzas⁹.

En el caso de objetos impactados o difíciles de manipular, resulta aconsejable emplear anestesia espinal o general que facilitan una analgesia adecuada y producen relajación anorrectal. En estas condiciones se pueden realizar dilataciones anales o esfínterotomías que faciliten la extracción instrumental.

En cualquier caso es importante evitar causar daños

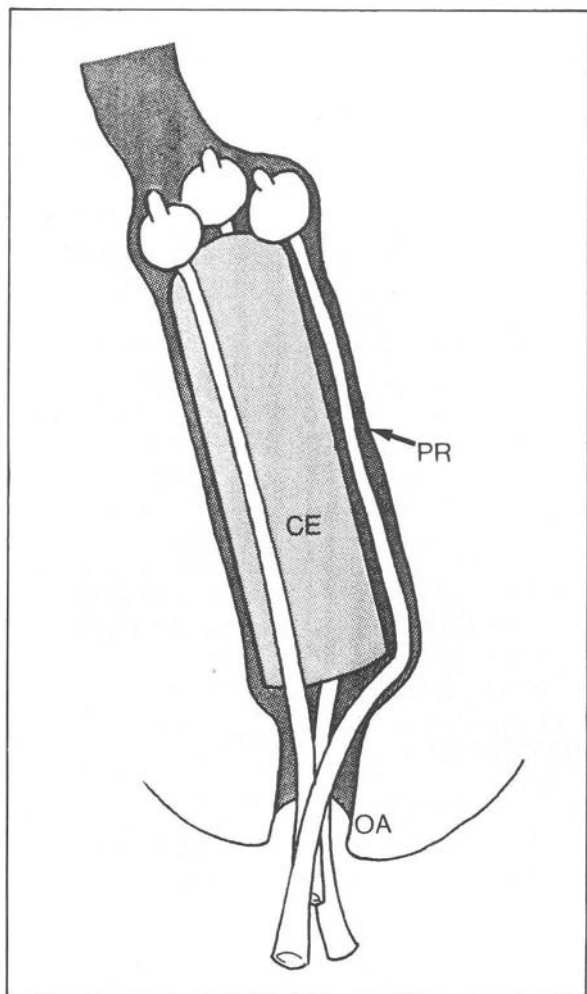


Figura 2. El paso de las sondas entre la pared rectal (PR) y el cuerpo extraño retenido (CE) elimina la coaptación y al traccionar de ellas, sus balones lo arrastran distalmente hacia el orificio anal (OA).

adicionales a los que ya presenta el paciente. Especial cuidado hay que tener al retirar objetos de vidrio o con bordes afilados. Son muchos y muy ingeniosos los procedimientos descritos para las extracciones complicadas en las que el material quirúrgico habitual no puede acceder al objeto o resbala sobre su contorno sin lograr asirlo (clamps con las ramas cubiertas por tubos de goma, forceps similares a los obstétricos, sustancias adhesivas...)². Cuando la pared rectal aparece coaptada sobre la superficie de un cuerpo extraño o

éste se halla impactado impidiendo su movilización, resulta útil la inserción anal de sondas de Foley o de Sengstaken-Blakemore en sentido proximal, haciéndolas pasar entre la mucosa rectal y la superficie del objeto (figura 2). Esto, además de eliminar la coaptación, permite hinchar los balones una vez sobrepasado el objeto, pudiendo traccionarse de los catéteres y arrastrar el cuerpo extraño en sentido distal hacia el ano¹⁰.

Si no es posible extraer el cuerpo extraño por vía anal debe recurrirse a la laparotomía. En tal caso hay que intentar empujar distalmente el objeto para conseguir desplazarlo hacia el orificio anal. Se ha de evitar en lo posible realizar una colotomía por el riesgo de contaminar la cavidad peritoneal.

En caso de perforación intestinal se puede realizar una sutura primaria, añadiendo si es preciso una colostomía proximal protectora. Pero si la reparación del área lesionada no parece viable, ésta se debe resear, optando a continuación por una anastomosis primaria o diferida. En el último caso se efectuará una colostomía con el segmento. El extremo distal se cerrará (procedimiento de Hartmann), o se abocará también a la piel, convirtiéndolo en una fistula mucosa. Cuando la perforación ocurre en el recto extraperitoneal se debe drenar el espacio perirrectal³.

Bibliografía

1. Barone JE, Sohn N, Nelson TF. Perforation and foreign boeids of the rectum: Report of 28 cases. *Ann Surg* 1976; 184: 601-604.
2. Busch DB, Starling JR. Rectal foreign bodies: Case reports and comprehensive review of the world's literature. *Surgery* 1986; 100: 512-519.
3. Meneses MM, Marchena J, Perez Palma J, Hernández-Silverio N, Alarcó a, Carrillo A, González Hermoso F. Lesiones traumáticas de recto-sigma y región perirrectal. *Cir Esp* 1988; 43: 810-820.
4. Wigle RL. Emergency department management of retained foreign bodies. *Am J Emerg Med* 1988; 6: 385-389.
5. Spiro HM. *Gastroenterología Clínica*. Capítulos 32 y 40. Editorial Interamericana. Mexico DF, 1986.
6. Barone JE, Yee J, Nealon TF. Management of foreign bodies and trauma of the rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 156: 453-457.
7. Casal JE, Onandía J, Rodríguez Campo B, Errasti J, Díez-Caballero F. Perforación rectosigmoidea de causa insólita. *Cir Esp* 1988; 43: 611-613.
8. Eftaiha M, Hambrick E, Abcarian H. Principles of management of colorectal foreign boeids. *Arch Surg* 1977; 112: 691-695.
9. Kantarian JC, Riether RD, Sheets JA. Endoscopic retrieval of foreign bodies from the rectum. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 902-904.
10. Neheme-Kingsley A, Abcarian H. Colorectal foreign bodies management update. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 941-949.