



Nota Clínica

Obstrucción intestinal tras ingesta accidental de una pelota de espuma

E. Arruti Peleteiro*, J. L. Martínez Melgar**, J. L. Ulla Rocha***

*SERVICIO DE URGENCIAS. **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ***SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE MONTECELO. SERGAS. PONTEVEDRA.

RESUMEN

La ingestión de cuerpos extraños es un hecho frecuente en la infancia, aunque puede presentarse a cualquier edad, generalmente en relación con patologías neurológicas o psiquiátricas. No por ello debemos descartarla en personas sin dichos antecedentes, teniendo en cuenta que, aunque la mayoría de dichos cuerpos extraños avanzan por el tubo digestivo sin inconvenientes, un número no despreciable, son potencialmente peligrosos y pueden requerir un conducta terapéutica agresiva. Presentamos el caso de una mujer joven, sin antecedentes de interés, que debutó inicialmente con varios episodios de dolor abdominal etiquetados de patología banal y que finalmente desarrolló un cuadro oclusivo intestinal de etiología no filiada. Los estudios iconográficos no determinaron inicialmente la causa, y finalmente una colonoscopia fue la prueba diagnóstica y terapéutica de la misma, la ingestión accidental de una pelota de espuma.

ABSTRACT

Intestinal occlusion after accidental ingestion of a foam-rubber ball

Foreign object ingestion is a common event during childhood, though it can also be seen at any age, generally in association with neurological or psychiatric disturbances. Nevertheless, this possibility should not be ruled out in people without a suggestive history, considering that even though most of those foreign objects progress down the digestive tract without difficulty, a far from negligible amount are potentially dangerous and may even require an aggressive therapeutic approach. We present the case of a young woman, with no past medical or surgical history, who initially presented with several episodes of abdominal pain that were diagnosed as non-specific, and finally developed an intestinal occlusion of unknown etiology. Initially, the iconographic studies did not reveal any cause; a colonoscopy was finally performed, which was both diagnostic (accidental swallowing of a foam-rubber ball) and therapeutic.

Key Words: Swallowed foreign object. Intestinal occlusion. Colonoscopy. Foam-rubber ball.

Palabras clave: Cuerpo extraño. Obstrucción intestinal. Colonoscopia. Pelota de espuma.

INTRODUCCIÓN

La ingesta accidental o voluntaria de cuerpos extraños, alimenticios o no, constituyen una urgencia médica cada vez más común en la población general, aunque con una mayor incidencia en pacientes con trastornos psiquiátricos y en menor frecuencia en pacientes con problemas visuales, drogadicción, alcoholismo, niños y, sobre todo, coincidiendo con la ingesta de alimentos de forma rápida y por lo tanto poco digeridos¹.

Presentamos el caso de una obstrucción de colon, secundaria a ingesta accidental de una pelota de espuma 2 meses antes, que inicialmente había presentado clínica abdominal inespecífica, y que a pesar de su tamaño, aproximadamente unos 8 cm de diámetro, llegó a impactar en el de colon proximal. En estos casos es necesario un alto grado de sospecha y un apropiado y rápido manejo desde urgencias a fin de evitar complicaciones propias de la ingestión de cualquier cuerpo extraño y poder evitar el desarrollo de la infrecuente (1%) pero posible peritonitis secundaria a la perforación².

Correspondencia: J. L. Martínez Melgar

Unidad de Cuidados Intensivos.

Hospital de Montecelo

Avenida de Montecelo, s/n

36071 Pontevedra

E-mail: jose.luis.martinez.melgar@sergas.es

Fecha de recepción: 5-2-2007

Fecha de aceptación: 10-5-2007

CASO CLÍNICO

Mujer de 35 años sin antecedentes médicos, quirúrgicos ni psiquiátricos de interés que acude a urgencias de nuestro hospital por dolor abdominal tipo cólico, vómitos y deposiciones diarreicas. Presentó un episodio similar mes y medio antes que se orientó de probable gastroenteritis el cual se resolvió espontáneamente. Ingresa en observación con suero terapia y dieta absoluta con buena evolución, y es dada de alta a las 48 horas. A las 24 horas acude nuevamente con afectación del estado general, dolor abdominal y vómitos, y a la exploración presenta peritonismo difuso. En la analítica de sangre destaca: Hb:12,1 g/dl, Hcto:36%, leucocitos: 10.300 (N:73, L:13, M:7 y E:6), iones y coagulación dentro de la normalidad. En la radiología simple de abdomen (supino y prono) se observó distensión de asas de intestino delgado con gas que se moviliza con los cambios posicionales si bien con escaso paso del mismo al colon descendente y ampolla rectal, sin evidencia de neumoperitoneo. En la ecografía abdominal se demuestra distensión de asas de intestino delgado con niveles hidroáreos y líquido libre intraabdominal compatible con oclusión-suboclusión. Al 4º día de tratamiento conservador, dada la mala evolución clínica se realiza una TC abdomino-pélvica con contraste en la que se observa una marcada distensión de asas de intestino delgado en todas sus porciones con contenido gas-líquido sin alteraciones parietales, así como distensión de ciego y colon derecho presentando el colon restante un calibre normal, así como mínima cantidad de líquido libre. Dada la mala evolución clínica y hemodinámica que la paciente presentó se decidió entonces la realización de colonoscopia y se evidenciaron en el ileón terminal múltiples ulceraciones superficiales cubiertas de fibrina y edema de la mucosa (se biopsian) y, más proximalmente a unos 15 cm de la válvula un cuerpo extraño voluminoso (Fig. 1). Se procedió a su extracción endoscópica con un asa (Fig. 2) con bastante dificultad y se constató que correspondía a un trozo de pelota de espuma (Fig. 3), que la paciente recordó en aquel momento haber ingerido hace 2 meses de forma involuntaria mientras se encontraba jugando. Tras la extracción de dicho cuerpo extraño desapareció la clínica y pudo darse de alta a las 72 horas.

DISCUSIÓN

Tal y como hacíamos referencia en la introducción del artículo, la ingestión de cuerpos extraños es un hecho clínico cada vez más frecuente. En un 90% de los casos no se evidencian lesiones del tracto digestivo, y en el 10% restante pueden ocasionar cuadros oclusivos como al que hacemos referencia

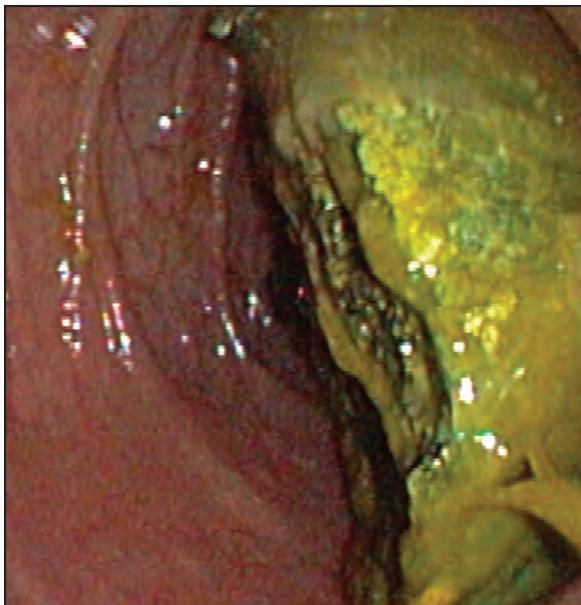


Figura 1. Imagen endoscópica de cuerpo extraño a nivel de ileon terminal.

o de abdomen agudo con perforación intestinal, con la consiguiente probabilidad de un desenlace fatal (unas 1.500 personas fallecen anualmente en Estados Unidos por la ingestión de cuerpos extraños)³.

La ingestión de cuerpos extraños puede ocurrir bien de forma inconsciente o involuntaria o por lo contrario de forma consciente o voluntaria. De forma inadvertida es más común en niños, adolescentes y ancianos, algo que en nuestro caso no se constató (mujer de 35 años), alcohólicos, drogadictos, deficientes mentales, portadores de dentaduras postizas, perso-

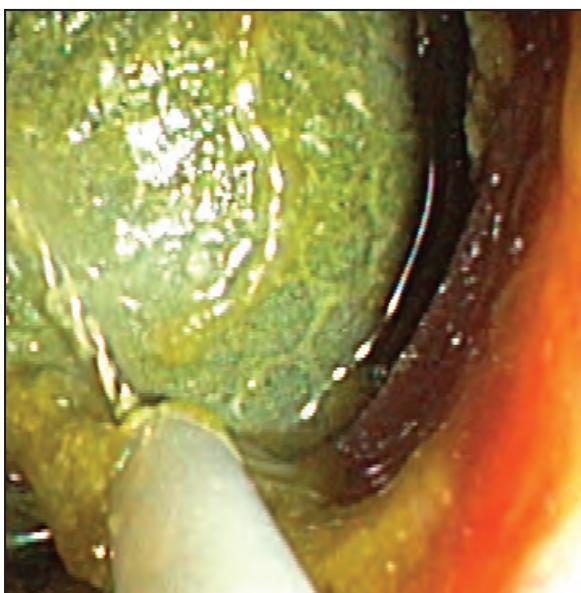


Figura 2. Extracción endoscópica del cuerpo extraño mediante asa de polipectomía.

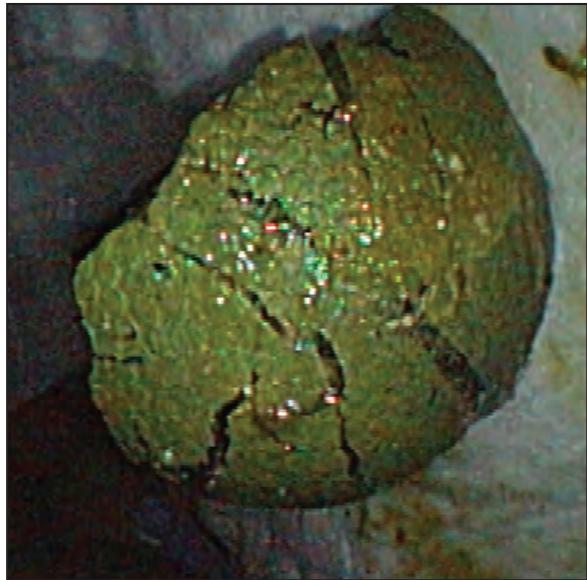


Figura 3. Imagen del cuerpo extraño correspondiente a un trozo de pelota de espuma.

nas con déficit visuales o personas que ingieren bebidas frías o alimentos de forma rápida. De forma voluntaria sucede en individuos con conductas suicidas, con el fin de autolesionarse, reclusos, pacientes psiquiátricos y portadores de drogas ("mulas")⁴⁻⁶.

Según la guía para el manejo de cuerpos extraños ingeridos de la Sociedad Americana de Endoscopia Digestiva, se pueden dividir en los siguientes grupos: a) bolo alimenticio, generalmente de carne; b) objetos romos, como monedas; c) objetos largos, mayores de 6–10 cm, como palillos de dientes fibrogastroscopia; d) objetos puntiagudos, como pequeños huesos o espinas de pescado; e) pilas y f) drogas, forradas de plástico o envueltas en látex⁷. También pueden ser, según su forma,

puntiagudo o punzantes (que pueden dar lugar a perforaciones intestinales) y romos o redondeados (como en el caso que presentamos) que suelen producir una clínica obstructiva⁸.

En relación con las manifestaciones clínicas, reseñar que pueden presentar clínica inicial en relación al paso inmediato de dicho cuerpo extraño como acceso de tos, dolor retroesternal o incluso disnea, que ceden posteriormente una vez que alcanza el estómago. El caso que presentamos debutó con sintomatología inespecífica fácilmente confundible con una gastroenteritis, dado que la paciente no refirió en ningún momento la ingesta de cuerpo extraño alguno. Además tampoco en la anamnesis se evidenciaba transtorno psiquiátrico alguno que nos permitiese sospecharlo. Además se puede comprobar como la sintomatología en este caso, en forma de cuadro oclusivo intestinal, puede aparecer meses después de su ingesta.

En relación con las pruebas diagnósticas, el estudio radiológico simple puede ser resolutivo, si bien en el caso de un estudio negativo, pero con alto índice de sospecha de un cuerpo extraño y la posibilidad de que se tratase de un objeto radiolúcido, puede plantearse el estudio baritado como método diagnóstico. En aquellos casos en los que la serie radiológica es negativa será más preciso un estudio panendoscópico, ya sea colonoscopia o endoscopia según las manifestaciones clínicas⁹. En nuestro caso, dado que la sintomatología apuntaba a un cuadro oclusivo bajo, se procedió, después del estudio sucesivo radiológico que incluía TC abdominal, a la realización de colonoscopia.

Procedimiento éste que, a la vez de diagnóstico (evidenció el causante de dicho cuadro con presencia de incluso lesiones ulcerativas de la mucosa), permitió su extracción con resolución completa del mismo sin complicaciones secundarias¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Moreno Egea A, Aguayo Albasini JL, Parrilla Paricio P. Perforaciones intestinales por cuerpos extraños. Cir Esp 1995;58:343-5.
- 2- Martínez A, Gónzalez P, Segura JM, Conde P, Oliveira A, Alvarez JR. Perforación intestinal por cuerpo extraño. Rev Esp Enferm Dig 1998;90:731-2.
- 3- Lai AT, Chow TL, Lee DT, Kwok SP. Risk factors predicting the development after foreign body ingestion. Br J Surg 2003;90:1531-5.
- 4- Llompart A, Reyes J, Ginard D, Barranco L, Riera J, Gayá J. Abordaje endoscópico de los cuerpos extraños esofágicos. Resultados de una serie retrospectiva de 501 casos. Gastroenterol Hepatol 2002;25:448-51.
- 5- Echenique M. Ingesta de cuerpos extraños: un caso singular. Rev Esp Enferm Dig 2001;93:822-4.
- 6- Rodríguez JL, Farrés R, Codina A, Oliver F, Pont J, Gironés J. Perforaciones intestinales causadas por cuerpos extraños. Cir Esp 2001;69:504-6.
- 7- American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Guideline for the management of ingested foreign bodies. Gastrointest Endosc 1995;42:622-5.
- 8- Morgado A, Carvajal M. Perforación de un divertículo de Meckel por un cuerpo extraño: una forma inusual de presentación de abdomen agudo. Gastroenterol Hepatol 2004;27:70-1.
- 9- Johnson D, Condon V. Foreign bodies in the pediatric patient. Curr Probl Surg 1998;35:332-64.
- 10- Byrne W. Foreign bodies and bezoars. In: Wyllie R, Hyams J. Eds. Pediatric Gastrointestinal Disease. Saunders Company 1993:168-76.