

Reporte de un Caso: Perforación Sigmoidea por Cuerpo Extraño

Case Report: Sigmoid Drilling by Foreign Body

Yépez Yerovi Fabián *, Loaiza Merino Iván **, García Sánchez Cristian ***

* Servicio de Cirugía General, Hospital General IESS Ambato, Docente Titular Universidad Técnica de Ambato, Ecuador. ORCID 0000-0002-4334-1716

**Servicio de Cirugía General, Hospital General IESS Ambato, Docente Universidad Técnica de Ambato, Ecuador

***Egresado Posgrado Cirugía General Universidad Central del Ecuador.

fe.yepez@uta.edu.ec

Resumen.

Introducción: El cuerpo extraño en el recto-sigma es una patología poco frecuente con múltiples causas, siendo variado en su forma, tamaño y naturaleza; en la gran mayoría esta se resuelve por una salida espontánea y su correcta vigilancia, pero a la vez existen varias complicaciones tales como obstrucción intestinal, infección y perforación lo cual nos llevará a tener un tratamiento quirúrgico de urgencia. La vía rectal es la causa principal de hallazgos de cuerpos extraños seguidos de la vía oral en segundo lugar y en tercer lugar con baja frecuencia la migración de órganos vecinos por varias causas como presencia de fistulas. De tal manera que pocos pacientes admiten la introducción de objetos por vía anal, el profesional médico debe sospechar si hay la presencia de dolor pélvico, abdominal bajo y dolor perineal; además de la presencia de proctorragia, y a la palpación que pueda o no existir presencia de masa abdominal, todo esto corroborando antecedentes en la historia clínica que se puede mostrar incongruente e inespecífica y el paciente sea poco colaborador.

Objetivo: Describir el abordaje clínico quirúrgico de un paciente con perforación sigmoidea por cuerpo extraño.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico de perforación sigmoidea por cuerpo extraño.

Resultados: Se describe el caso clínico de un paciente ingresado en la casa de salud, por presencia de dolor abdominal acompañado de una masa abdominal a la palpación, se diagnostica la presencia de un cuerpo extraño rectal y se procede a realizar una cirugía de emergencia, evidenciando en el acto quirúrgico presencia de cuerpo extraño (botella plástica) con perforación sigmoidea con extracción por sitio de la perforación.

Conclusiones: Los cuerpos extraños tras anales son relativamente frecuentes, son susceptibles a sufrir alguna complicación lo que nos amerita a tomar una resolución quirúrgica de emergencia. Una vez que se haya diagnosticado la patología el manejo siempre es la extracción del cuerpo extraño, con el uso de las diferentes técnicas que ameriten el cuadro y ayude a la extracción del mismo y mejore la morbilidad del paciente.

Palabras clave: Perforación intestinal, Colostomía

Abstract.

Introduction: The foreign body in the recto-sigma is a rare pathology with multiple causes, being varied in its shape, size and nature; in the vast majority this is solved by an expontaneous outlet and its correct vigilance, but at the same time there are several complications such as intestinal obstruction, infection and perforation which will lead to emergency surgical treatment. The rectal pathway is the main cause of findings of foreign bodies followed by the oral route second and thirdly with low frequency the migration of neighboring organs by various causes such as the presence of fistulas.

Thus that few patients admit the introduction of objects anally, the medical professional should suspect the presence of pelvic pain, low abdominal pain and perineal pain; in addition to the presence of proctorrhagia, and to the palpation that may or may not be the presence of abdominal mass, all this corroborating a history in the medical history that may be incongruous and non-specific and the patient is unconcotive.

Objective: Describe the surgical clinical approach of a patient with sigmoid perforation by foreign body.

Material and methods: Retrospective descriptive study, clinical case presentation of sigmoid perforation by foreign body.

Results: The clinical case of a patient admitted to the health home is described, by the presence of abdominal pain accompanied by an abdominal mass to palpation, the presence of a rectal foreign body is diagnosed and emergency surgery is performed, evidenced in the surgical act presence of foreign body (plastic bottle) with sigmoid perforation with extraction by site of the perforation.

Conclusions: Foreign transanal bodies are relatively common, they are susceptible to some complication which warrants us to take an emergency surgical resolution. Once the pathology has been diagnosed the management is always the extraction of the foreign body, with the use of the different techniques that merit the frame and help the extraction of it and improve the morbidity of the patient.

Keywords: Intestinal perforation, Colostomy

Recibido: 27-2-2021

Revisado: 12-3-2021

Aceptado: 25-3-2021

Introducción.

Cualquier objeto insertado en el recto es un cuerpo extraño. El primer informe de esta entidad se remonta al siglo XVI.^{1 2} En 1919, se publica la primera serie de casos.³ Esta entidad es poco frecuente, siendo la vía transanal la puerta de entrada más común, seguida de la ingestión oral y mucho menos frecuente por emigración desde los órganos vecinos. La incidencia real se desconoce, ya que muchos pacientes no buscan atención médica o no se denuncia por razones obvias. La edad media de presentación es de 45 años, con múltiples reportes de pacientes que oscila entre los 16 y 93 años,^{4 7} con una prevalencia en los varones entre 17 y 37 casos por cada mujer.^{4 8} La variedad de objetos que se introducen en el recto y que pueden quedar atrapados por arriba del aparato esfinteriano está limitada por la imaginación del paciente. Entre dichos objetos se encuentran vibradores, botellas de todas formas, materiales y tamaños, focos, frutas, velas, bolas de billar, falos de plástico o madera, bolígrafos, termómetros, dediles, palos, drogas envueltas en preservativos, etc. Son múltiples las circunstancias por las que se introducen cuerpos extraños en el recto, la más común es para estimulación o autoestimulación erótica y sexual. Otros motivos son por ataque criminal, introducción accidental, transportación de drogas o para diagnóstico o tratamiento como Termómetros clínicos,⁹ cánulas, sondas de irrigación.

El cuadro clínico dependerá de la presencia o no complicaciones, pudiendo estar asintomático o con dolor anal, rectal o pélvico, rectorragia, dificultad para canalizar gases o materia fecal. En

otros casos puede ser tan grave que acuden al Servicio de Urgencias con signos de irritación peritoneal y sepsis.

La historia clínica y la exploración física son esenciales para el diagnóstico y pronóstico. Es común que por vergüenza o perturbación por lo que ocurrió, acuda uno o dos días después a consulta médica o a los servicios de urgencias. No es infrecuente que el paciente oculte lo sucedido y no informe al médico la existencia del cuerpo extraño. Si el cuerpo extraño se halla en el ampulla rectal, se puede identificar por el tacto rectal. No es raro que los cuerpos extraños emigren al tercio superior del recto o sigmoides. En esta circunstancia se puede palpar por vía abdominal o visualizar por rectosigmoidoscopia o placas simples de abdomen. Si el paciente se queja de dolor intenso abdominal, fundamentalmente en la pelvis, se debe descartar la posibilidad de lesión intraperitoneal.

El tratamiento está enfocado a la extracción del cuerpo extraño y a sus posibles complicaciones. La habilidad y técnicas para su extracción están limitada por el ingenio del médico Especialista. No obstante, a lo anterior, hay varios principios que se deben seguir antes de extraer el cuerpo extraño:¹²

- 1) Identificar qué objeto es, número y localización. Para ello, se requiere la exploración abdominal y proctológica. En ocasiones es necesario la rectosigmoidoscopia y/o placas simples de abdomen.
- 2) Colocar al paciente en posición proctológica o en litotomía-Trendelenburg.
- 3) Sedar al paciente y si es preciso, anestesia local, bloque epidural o anestesia general.

- 4) Lubricar el ano y el conducto anal.
- 5) Intentar por todos los medios extraer el cuerpo extraño a través del ano, sin lesionar el recto o el aparato esfinteriano. Para ello, hay que utilizar el ingenio. Se puede insertar retractores o fórceps ginecológicos a través del ano e introducir catéter o sonda de Foley hasta la zona superior del objeto para desplazarlo y poderlo extraer digitalmente o auxiliado con pinza de anillos o similar. El cuerpo extraño de cristal que crea un vacío en el recto es útil la sonda de Foley para introducir aire por encima del cuerpo extraño; posterior a inflar el balón se puede extraer el objeto. Esto tiene el doble propósito de ejercer presión hacia abajo e interrumpir la succión ejercida del cuerpo extraño contra la pared rectosigmoidea.
- 6) La laparotomía exploradora es el último recurso después de haber fallado a todas las maniobras antes expuestas.
- 7) Con el abdomen abierto, se debe de intentar la extracción del cuerpo extraño a través del ano sin tener la necesidad de abrir el recto o el colon.
- 8) De no ser posible la extracción por este medio, se debe recurrir a colotomía y retiro del cuerpo extraño a través de ella.
- 9) Si hubo desgarramiento de la mucosa o perforación del recto o sigmoideas se debe manejar como cualquier lesión intraperitoneal y se debe de practicar una colostomía proximal o ileostomía. No se recomienda el cierre primario de la lesión sin una derivación intestinal proximal.
- 10) Continuar la vigilancia del paciente hospitalizado y asegurarse que no hay hemorragia o signos tardíos de perforación¹²

Objetivo

Describir el abordaje clínico quirúrgico de un paciente con perforación sigmoidea por cuerpo extraño.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico de perforación sigmoidea por cuerpo extraño.

Resultados

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente Masculino de 38 años de edad, de raza mestiza, separado, instrucción primaria, grupo

sanguíneo ORH+, sin antecedentes patológicos personales, ni familiares y sin antecedente quirúrgico, con alergia a la penicilina, acude al área de Emergencia del Hospital IESS Ambato, por presentar cuadro de dolor abdominal difuso y de gran intensidad con más de 24 horas de evolución, sin irradiación, no tiene relación con la posición, teniendo como causa aparente introducción de objeto por el ano (botella de plástico) la misma que no puede retirar, acompañado de vómito de contenido alimenticio en varias ocasiones y sin canalización de gases.

Anamnesis: Nivel socioeconómico medio.

General: Temperatura: 36.5°C; FC: 97X min; FR: 30 X min; TA: 120/70 mm Hg; mucosa oral: húmedas; saturación de oxígeno de 90% al aire ambiente.

Abdomen: Tenso doloroso a la palpación superficial y profunda, con presencia de masa en mesogastrio.

Tacto Rectal: se palpa objeto extraño (fondo de botella), guante no manchado.

Se indican estudios de imagen, en la radiografía de tórax se observa neumoperitoneo (Figura 1) y en la radiografía de abdomen en la cual se observa presencia de cuerpo extraño (Figura 2) y se decide operar con el diagnóstico Abdomen agudo inflamatorio por cuerpo extraño en tubo digestivo.

Figura 1. Radiografía de Tórax



Fuente: Archivo de Radiología Hospital General IESS Ambato

Figura 2. Radiografía de abdomen de pie y decúbito supino



Fuente: Archivo de Radiología Hospital General IESS Ambato

Se le realizó una laparotomía exploratoria más sigmoidectomía, más colostomía tipo Hartmann, más drenaje con los siguientes hallazgos: Líquido fecal libre en cavidad de aproximadamente 300 ml, perforación a nivel de unión recto-sigmoidea de más o menos 6 cm de diámetro, con bordes necrótico, presencia de cuerpo extraño (botella de plástico) visible a través de sitio de perforación. (Figura 3, 4,5)

Figura 3. Cuerpo extraño, Perforación



Fuente: Datos tomados de la historia clínica, Hospital General IESS Ambato

Figura 4. Cuerpo extraño (Botella)



Fuente: Datos tomados de la historia clínica, Hospital General IESS Ambato

Figura 5. Cuerpo extraño (Botella)



Fuente: Datos tomados de la historia clínica, Hospital General IESS Ambato

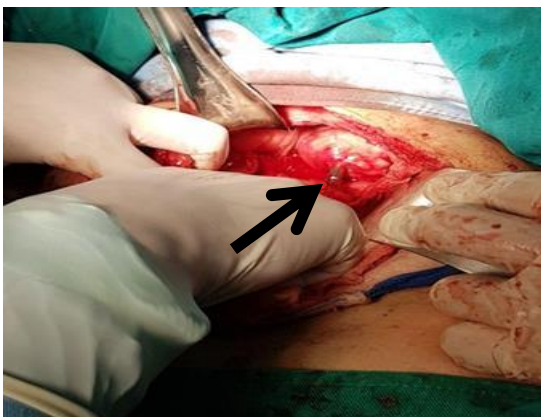
Paciente que en el posoperatorio presenta una evolución favorable, y al cabo de 4 meses paciente re ingresa para una cirugía Electiva y se procede a realizar una Anastomosis termino terminal Colo-Rectal (C-R) con una grapadora circular EEA de 31 mm (Figura 6, 7,8), procedimiento sin complicaciones, el paciente es dado de alta con adecuada tolerancia oral y recuperación de su tránsito intestinal para el seguimiento en el servicio de Consulta Externa.

Figura 6. Introducción de EEA (grapadora circular)



Fuente: Datos tomados de la historia clínica, Hospital General IESS Ambato

Figura 7. Yunque de EEA en el colon



Fuente: Datos tomados de la historia clínica, Hospital General IESS Ambato

Figura 8. Anastomosis C-R terminada



Fuente: Datos tomados de la historia clínica, Hospital General IESS Ambato

Discusión

La inserción rectal de objetos y la retención de los mismos se ven comúnmente en adultos de sexo masculino, entre la tercera y cuarta década de la vida.²¹ En la mayoría de los casos son objetos que se insertan voluntariamente para satisfacción sexual, aquellos involuntarios se encuentran asociados a violaciones y ataques sexuales.¹⁴⁻¹⁷ Los objetos que usualmente utilizan son frutas, verduras, clavos, botellas, consoladores, envases de desodorantes, objetos de madera o goma. Uno de los tipos comunes de cuerpos extraños es el conocido como embalaje corporal que utilizan los narcotraficantes para ocultar el estupefaciente.²¹⁻¹⁷ Todos estos objetos sin duda pueden causar un serio daño al colon y recto. Su incidencia en el

servicio de emergencia ha ido aumentando significativamente.¹⁵ En el presente caso el paciente utilizó una botella de más o menos 20 cm de largo por 6 cm de diámetro, que refiere se introduce analmente por prácticas sexuales con su pareja.

Los pacientes suelen presentar dolor abdominal severo y obstrucción intestinal como síntomas cardinales del cuadro clínico, aunque también puede existir hemorragia y/o secreción mucoide rectal, sobre todo cuando los objetos ocluyen parcialmente la luz de los órganos comprometidos.²¹ Pueden encontrarse deshidratados, inmóviles y anoréxicos. El paciente de este caso clínico acudió por un dolor severo difuso en todo el abdomen con una obstrucción completa con causa aparente la introducción de una botella de plástico por el ano. La mayoría de estos pacientes se sienten avergonzados de revelar la verdadera razón por la que acudieron como fue el caso de nuestro paciente, por lo cual su interrogatorio se realizó en un ambiente de confianza y respeto. En aquellos pacientes que no responden al interrogatorio y presentan los síntomas antes mencionados se debe sospechar en esta patología. Por lo general, tienen una presentación tardía de horas o incluso días, ya que el paciente erróneamente piensa que el objeto saldrá espontáneamente o a veces intentan quitarlo por sí solos sin tener éxito.¹⁴⁻²¹

El examen físico del abdomen debe ser minucioso para descartar posible peritonitis secundaria a perforación, a la inspección se buscó masas o abultamientos sobre todo en hemi-abdomen inferior se encontró masa dura a nivel de flanco izquierdo, a la auscultación los ruidos hidroaéreos pueden estar abolidos en cuadros de varias horas de evolución como en este caso o aumentados a las pocas horas de la obstrucción ya que el intestino trata de vencer la obstrucción, se presenta un abdomen en tabla en casos de peritonitis por la contracción de los músculos del abdomen.²² En la evaluación inicial no se debe omitir el tacto rectal para valorar el estado de la región perianal y los esfínteres anales, a menudo se puede observar sangre roja rutilante en el recto, pero no siempre está presente.¹⁵ Al paciente se realizó esta evaluación donde se palpó un objeto duro y no se halló sangre visible en el canal anal.

La evaluación de laboratorio no suele ser muy útil en el diagnóstico, pero sí para el manejo adecuado

del paciente, y tiene relevancia en aquellos casos donde existe perforación seguramente se encontrará leucocitosis con desviación a la izquierda, y en cuadros de días de evolución puede haber cetonuria debido a la inanición prolongada al igual que hemoconcentración debido a la deshidratación causada a su vez por la obstrucción intestinal.²¹⁻²²

La evaluación radiológica sin duda es la más importante, se deben realizar tomas anteroposteriores y laterales del abdomen y la pelvis, éstas nos ayudarán a conocer la posición, el tamaño y forma del cuerpo extraño, y en algunos casos el número de objetos. Cuando el objeto se ha logrado sacar por vía anal se recomienda realizar una endoscopia para evaluar el grado de lesión que puede existir en la mucosa rectal.¹⁴⁻²¹

En el caso de este paciente la placa radiológica de tórax fue de gran importancia ya que evidencio aire subdiafragmático en el lado derecho (Neumoperitoneo).

En cuanto a la placa de abdomen mostro el lugar en cual se encontraba en cuerpo extraño, su profundidad y las dimensiones del mismo.

Luego de un correcto análisis del paciente se puede intentar la extracción transanal del cuerpo extraño, según reportes se menciona que tiene una tasa exitosa del 90% de los casos. ¹⁴⁻²¹

La extracción exitosa depende de la relajación del esfínter que suele lograrse con un bloqueo del nervio perianal o anestesia general, se debe colocar al paciente en una posición de litotomía e intentar extraer el objeto. La presión abdominal hacia abajo puede ayudar a la extracción de cuerpos extraños. El canal anal debe dilatarse suavemente y si el cuerpo extraño se puede palpar fácilmente, es susceptible de extracción transanal utilizando varias abrazaderas e instrumentos. En el caso de artículos frágiles, se debe evitar una manipulación excesiva para que no se rompan dentro del recto y causen más lesiones en la mucosa, la misma que debe ser examinada si se ha logrado la salida del cuerpo extraño, por sigmoidoscopia; la endoscopia es útil en casos que comprometan la parte alta del recto o el colon. Si el abordaje transanal ha fallado y existen síntomas de peritonitis se debe optar por una cirugía. En un estudio se determinó que aproximadamente 55% de los casos requirió cirugía cuando el objeto extraño se ubicó en sigmoide, en comparación con

solo el 24% en casos cuando el objeto se encontró en el recto.¹⁴

En el presente caso en el cual se decidió intervenir quirúrgicamente con laparotomía exploratoria mediante una apertura de la cavidad mediante una diéresis mediana supra-infra umbilical de 20 cm. Debido a las diferentes complicaciones que presento, peritonitis, neumoperitoneo, y además la posición del cuerpo extraño.

Las condiciones generales del paciente determinaron el procedimiento de sigmoidectomía, colostomía tipo Hartmann y drenaje.

La colostomía de Hartmann consiste en la resección ya sea del recto o sigma, dejando el recto remanente cerrado junto con el ciego y sin transito digestivo, la cual finaliza en una colostomía terminal en la fosa iliaca izquierda para poder realizar la defecación, este procedimiento suele ser temporal y se debe realizar una segunda intervención electiva para poder retirar la ostromía y reconstruir el transito fecal nuevo, de modo que este acto se realice por el ano. ²³

Es indiscutible la situación de emergencia que presentaba el paciente, así como la necesidad inmediata de cirugía, sin embargo, se debe asumir siempre la conducta más benéfica para el paciente, que puede ser proceder a resolver el problema que presenta el mismo.

Conclusiones

Los cuerpos extraños trasanales son relativamente frecuentes, son susceptibles a sufrir alguna complicación lo que nos amerita a tomar una resolución quirúrgica de emergencia.

Una vez que se haya diagnosticado la patología el manejo siempre es la extracción del cuerpo extraño, con el uso de las diferentes técnicas que ameriten el cuadro y ayude a la extracción del mismo y mejore la morbilidad del paciente.

Recomendaciones

Es importante el manejo con precaución de estos pacientes ya que pueden tener una gran variedad de complicaciones, además del riesgo de por sí que trae como consecuencia la perforación del recto con salida de toda clase de microorganismos, el uso oportuno de antibióticos

y debemos recordar siempre una vigilancia de estricta y frecuente de estos pacientes evitando hace un cuadro agudo a consecuencia del mismo.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

1. Gould GM, Pyle W. Anomalies and curiosities of medicine. Philadelphia: WB Saunders 1901:645-648.
2. Haft JS, Benjamin HB. Foreign bodies in the rectum: some psychosexual aspects 1973; 7:74-95.
3. Smiley O. A glass tumbler in the rectum. JAMA 1919; 72:1285.
4. Kurer MA, Davey C, Khan S, Chintapatla S. Colorectal foreign bodies: a systematic review. Colorectal Dis 2010; 12:851-861
5. Ooi BS, Ho YH, Eu KW, Nyam D, Leong A, Seow-Choen F. Management of anorectal foreign bodies: a cause of obscure anal pain. Aust N Z J Surg 1998; 68:852-855.
6. Rodríguez-Hermosa JI, Codina-Cazador A, Ruiz B, Sirvent JM, Roig J, Farrés R. Management of foreign bodies in the rectum. Colorectal Dis 2007;9:543-548.
7. Clarke DL, Buccimazza I, Anderson FA, Thomson SR. Colorectal foreign bodies. Colorectal Dis 2005;7:98-103
8. Goldberg JE, Steele SR. Rectal foreign bodies. Surg Clin North Am 2010;90:173- 184.
9. Gabriel Cleve Nicolodi, Cesar Rodrigo Trippia, Maria Fernanda F. S. Caboclo, Francisco Gomes de Castro, Wagner Peitl Miller, Raphael Rodrigues de Lima, Intestinal perforation by an ingested foreign body, Radiol Bras, 2016 Set/Out;49(5):295-299.
10. Jianxin Chen, Wei Lin, Sigmoid colon perforation due to a jujube pit, Biomedical Research 2017; 28 (8): 3583-3584
11. Michael Birk, Peter Bauerfeind, Pierre H. Deprez, Michael Häfner, Dirk Hartmann, Cesare Hassan, Tomas Hucl, Gilles Lesur, Lars Aabakken, Alexander Meining, Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal

- Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline, 2016, vol 1, pág 1-8
12. Hasan Çaliş, Ayhan Mesci, Anorectal Foreign Bodies, Erciyes Med J 2015; 37(2): 45-7 DOI: 10.5152/etd.2015.7852
13. Ravindra Irpatgire, Vikram Sarda, Dinkar Kale, Rectal foreign body: case report and review of literatura, 2016, Vol1 pag 1-3
14. Abraham A Ayantunde ZU. Increasing trend in retained rectal foreign bodies. World Journal of Gastrointest Surgery. 2016 October 27; 8(10).
15. Shamir O. Cawich DATFMNJBDWVN. A Management Algorithm for Retained. American Journal of Men's michaelHealth. 2017; 11(3).
16. Gupta RAGaPB. Foreign body in the rectum: A challenge for the emergency physician. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2016 April- June ; 5(2).
17. U.G.RossiS.SquarzaM.Cariati. Cuerpo extraño rectal. Revista de Gastroenterología de México. 2017 Julio- Septiembre; 82(3).
18. Siguntay, M. (2015). Asociación de Cirujanos de Guatemala Manejo Actual de las Lesiones Colorectales Traumáticas. [online] Pp.centramerica.com.
19. Hornez, E., Desfemmes, F. R., Werkoff, G., Baudoin, Y., Mocellin, N., Durand, X., ... & Bonnet, S. (2016). Principios del tratamiento quirúrgico de los traumatismos anorrectales y de los órganos genitales. EMC-Técnicas Quirúrgicas-Aparato Digestivo, 32(4), 1-15.
20. González-Chávez, M. A., Salas-García, A. G., Grajeda-Gómez, A., Robles-Menchero, M. J., Martínez-Miranda, C. A., Huacuja-Blanco, R. R.,... & Robles-Landa, L. P. A. (2015). Sigmoidectomía laparoscópica con anastomosis primaria por perforación colónica por cuerpo extraño. Médica Sur, 22(1), 36-41.
21. Ravindra Irpatgire, Vikram Sarda, Dinkar Kale, Rectal foreign body: case report and review of literatura, International Surgery Journal, 2016 Nov;3(4):2334-2336
22. Attila Csendes J., Paulo Pereira, Marcelo Zamorano D., I. Arratia, J. Gonzalez y F. Carrie, Tratamiento médico o quirúrgico de la obstrucción intestinal alta, Sociedad de cirujanos de Chile, Rev Chile 2016; 68(3) :227-232.