

PERFORACIÓN RECTAL POR CUERPO EXTRAÑO IMPACTADO EN PACIENTE CON NEOPLASIA SUBYACENTE NO CONOCIDA.

Jacobo Trébol López, María del Carmen Cecilia Mercado, Raúl Sánchez Jiménez, Carlos Alberto Blanco Álvarez, Esther Rojo Conejo, Milagros Borrego Galán, José Antonio Carmona Sáez.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila. España.

Correspondencia: jacobotrebol@gmail.com (Jacobo Trébol López).

ABSTRACT:

Introducción: La ingesta de cuerpos extraños (CE) es relativamente frecuente y habitualmente silente aunque puede llegar a producir perforaciones y obstrucciones. Presentamos una perforación en localización atípica por CE inadvertido sobre neoformación previamente desconocida.

Caso clínico: mujer de 85 años pluripatológica. Presenta cuadro de infección urinaria refractaria por lo que se solicita TAC que objetiva cuerpo extraño (concha) en unión rectosigmoidea, absceso adyacente y neumatúria. Ingresa para tratamiento y completar estudio. En RMN CE perforando pared anterior rectal con absceso regional y engrosamiento parietal de recto superior. En colonoscopia neoformación estenosante a 12 cm (biopsia: adenocarcinoma enteroide).

Se trató mediante laparotomía; hallazgos: neoformación rectal superior con perforación a vejiga y plastrón regional; tratamiento: resección anterior baja con exéresis mesorrectal parcial y colostomía terminal. Histología: adenocarcinoma

colorrectal. Postoperatorio sin incidencias quirúrgicas con episodios de ICC y síndrome de inmovilismo. No tratamiento adyuvante. 4 años después fallece por ICC descompensada sin datos de recidiva.

Discusión: La ingesta oral (generalmente inconsciente) es el origen más habitual. Atraviesan el tracto digestivo sin incidencias más del 90% de las ocasiones. Las zonas en que pueden originarlas son: fisiológicas (estrecheces, angulaciones y fondos de saco) o patológicas (patología parietal, anastomosis, compresión extrínseca, patología luminal).

Su diagnóstico es difícil, por la latencia (mayor de 2 semanas en el 50%) y porque los pacientes no suelen relacionar la clínica con su ingesta.

Conclusiones: Las complicaciones por CE, especialmente en áreas no proclives y en enfermos de riesgo, obligan a descartar patologías subyacentes.

Palabras clave: perforación intestinal, perforación rectal, cuerpos extraños.

PRESENTACIÓN Y COMENTARIOS DEL CASO:

Introducción:

El hallazgo de cuerpos extraños (CEs) en el tracto digestivo es un problema clínico relativamente frecuente. Su origen más frecuente es la ingestión oral (generalmente inconsciente) seguida de la introducción por vía rectal siendo excepcional la migración desde otros órganos. La mayoría de las veces (más del 90% según la bibliografía) su paso es silente si bien pueden producir un espectro de manifestaciones clínicas siendo las más graves la perforación y la obstrucción de vísceras digestivas.

El recto alto es un lugar inusual para la impactación de CEs por su calibre.

Presentamos un caso de perforación contenida de localización atípica (recto alto) por impactación de cuerpo extraño curioso y voluminoso, concha de marisco ingerida inadvertidamente, de presentación tórpida con diagnóstico final de carcinoma subyacente y revisamos la literatura.

Caso clínico:

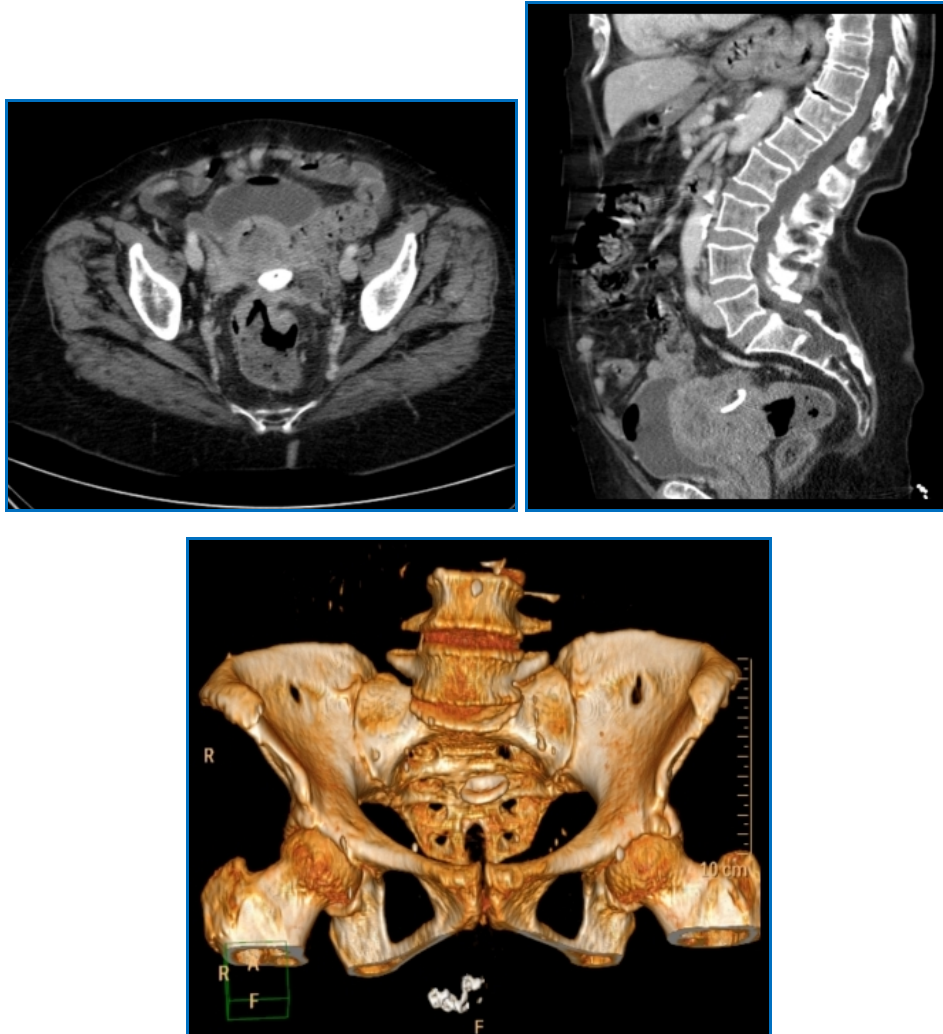
Mujer de 85 años pluripatológica (HTA, cardiopatía hipertensiva, EPOC sin oxigenoterapia domiciliaria, hernia de hiato, insuficiencia venosa crónica), sin intervenciones quirúrgicas y polimedicada.

Presenta cuadro sugestivo de infección urinaria con aumento de reactantes, anemia microcítica e hipocrómica y sistemático compatible con infección urinaria. Se inició ciprofloxacino ambulatorio. Al no mejorar y aparecer diarrea es remitida nuevamente a Urgencias donde se objetiva aumento de reactantes inflamatorios y cuerpo extraño calcificado en la radiografía simple de abdomen (ver **figura 1**) por lo que se solicita estudio de imagen.



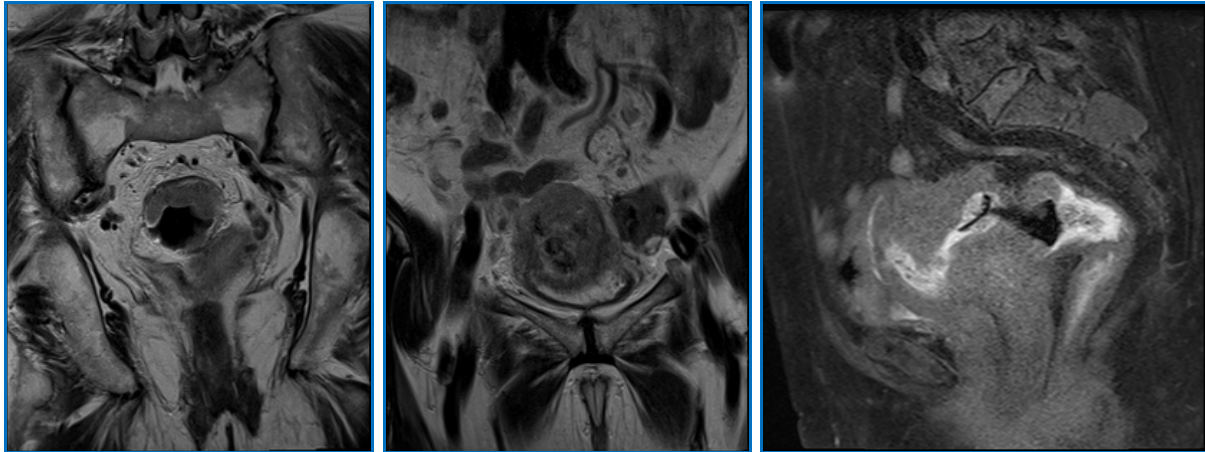
Figura 1. Placa simple de abdomen. Luminograma inespecífico y cuerpo extraño calcificado en pelvis.

Se realiza primero ecografía y posteriormente TAC al no identificarse clara patología) que objetiva cuerpo extraño (concha) en unión rectosigmoidea, absceso adyacente y neumaturia vesical sugestivos de perforación contenida.

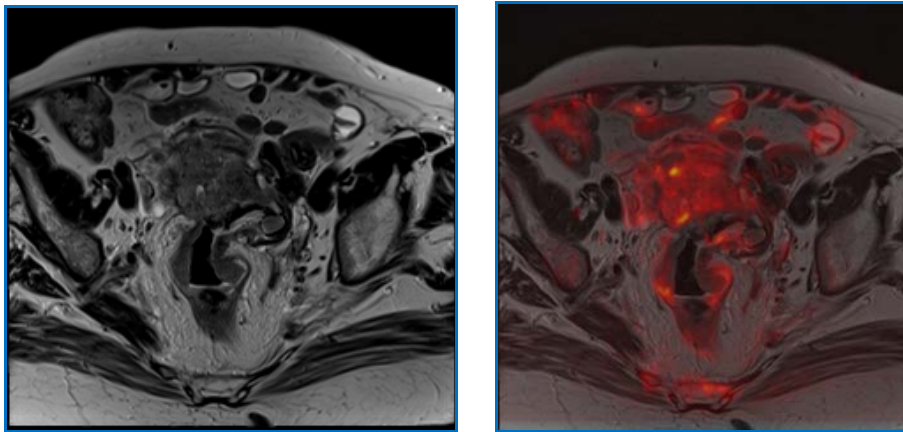


Figuras 2-4: TAC. Se observan: cuerpo extraño, plastrón regional y neumaturia vesical (izquierda y centro). Derecha: imagen 3-D de sustracción: esqueleto y cuerpo extraño.

Ingresa para tratamiento antibiótico (piperacilina/tazobactam) y completar estudio con marcadores tumorales (discreto aumento CEA), RMN (Cuerpo Extraño bivalvo impactado y perforando pared anterior unión rectosigmoidea con absceso regional, amplia fístula a vejiga y engrosamiento parietal de recto superior sugestivo de neoformación) (ver **figuras 5-9**) y colonoscopia (neoformación estenosante a 12 cm margen anal con biopsia de adenocarcinoma enteroide, ver **figura 10**).



Figuras 5-7. RMN. Coronal T1: engrosamiento parietal de recto superior (izquierda) y plastrón regional (centro). Sagital: fístula rectovesical de trayecto ancho (derecha).



Figuras 8-9. RMN. Transversal T1: engrosamiento de pared, plastrón regional y cuerpo extraño (izquierda). Imagen de difusión en la se aprecia restricción de la misma en la pared sugestivo de origen neoplásico (derecha).

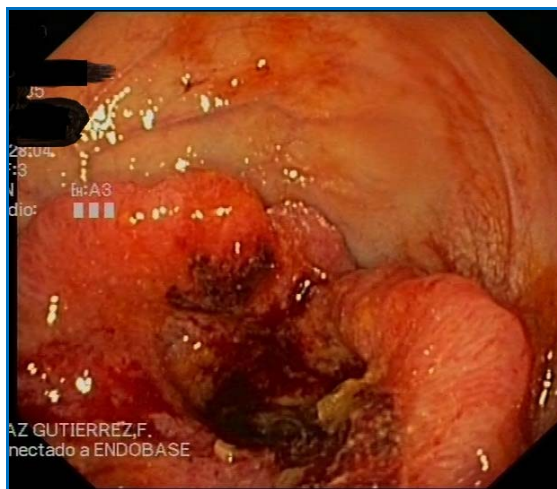
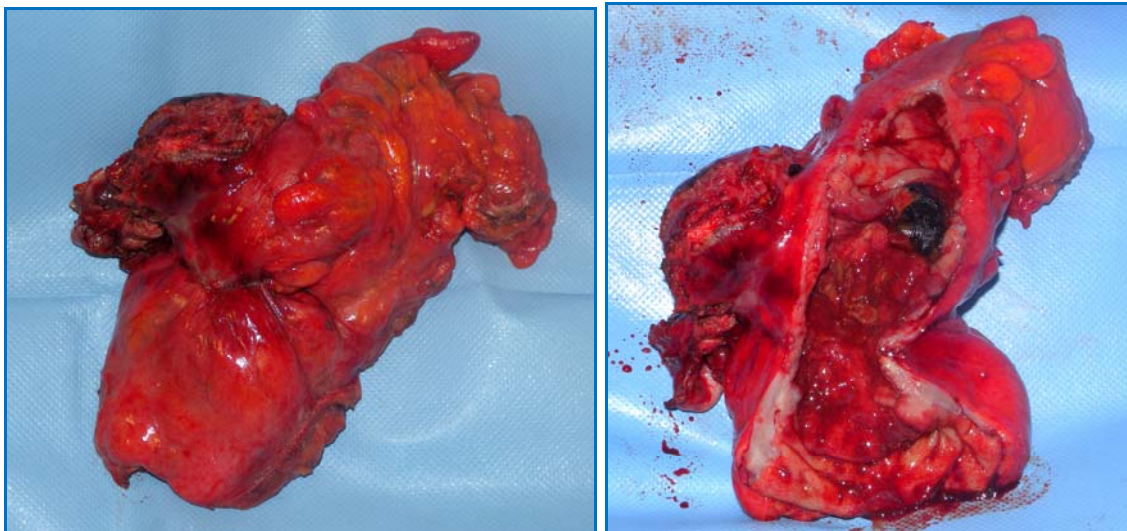


Figura 10. Colonoscopia: neoformación estenosante a 12cm del margen anal.

Se realiza tratamiento mediante laparotomía urgente por empeoramiento séptico de la paciente (fiebre refractaria y deterioro analítico). Se objetivó neoformación rectal superior con perforación a vejiga con cuerpo extraño y plastrón regional. Se realizó resección anterior alta radical con exéresis mesorrectal parcial ampliada a cúpula vesical (que se repara con sutura continua) y colostomía terminal en Fosa Ilíaca Izquierda (ver **figuras 11-12**).



Figuras 11-12. Pieza quirúrgica. Sin abrir (izquierda: observar neoplasia estenosante y ampliación a vejiga en parte anterior) y abierta (derecha, neoformación y cuerpo extraño – concha de marisco- impactado en parte superior).

La Anatomía Patológica fue informada como adenocarcinoma colorrectal convencional bien diferenciado a 1,5cm de margen distal y 1mm del circunferencial con exéresis mesorrectal satisfactoria y que afecta a la pared vesical, estadificación TNM pT4, pN0 (ninguno de los 14 ganglios aislados), pMx.

Postoperatorio sin incidencias quirúrgicas; 24 horas de vigilancia en críticos (por edad y comorbilidad) y posteriores agudizaciones de insuficiencia cardíaca congestiva y síndrome de inmovilismo que precisó rehabilitación ulterior por lo que se prolongó el ingreso hasta un mes. No necesitó transfusiones ni medidas especiales.

Se desestimó tratamiento complementario por la edad y comorbilidad y no haber asilado ganglios afectos.

Cuatro años después fallece por insuficiencia respiratoria refractaria tras varios ingresos por descompensaciones cardiorrespiratorias. Durante el tiempo de seguimiento ha estado asintomática desde el punto de vista abdominal y sin datos de recaída tumoral en los controles efectuados.

Discusión:

Los cuerpos extraños del tracto digestivo son relativamente frecuentes y pueden ser muy variados en cuanto a su naturaleza, forma y tamaño.

La ingesta oral es su origen más habitual; la vía rectal y la migración desde otras zonas son poco frecuentes. La ingestión puede realizarse de forma voluntaria (intentos autolíticos o reclusos penitenciarios) o involuntaria (en niños, ancianos, alcohólicos, drogadictos, enfermos mentales, sujetos con problemas bucodentales o portadores de dentadura postiza, deficientes visuales, etc) acompañando a la ingestión de bebidas o alimentos de forma rápida^{1,2}. La ingesta involuntaria es el origen más frecuente según todas las series¹⁻³.

Completan el tracto digestivo sin incidencias más del 90% de las ocasiones². Pueden ocasionar problemas por: 1) efecto mecánico al arrastrarse o impactarse: erosiones (con sangrado o clínica irritativa), obstrucciones, perforaciones (agudas y subagudas -originando abscesos, fistulizaciones, o incluso migración a otros órganos-); o por 2) liberación de sustancias (generando intoxicaciones). Por ello la clínica que pueden originar es muy variada.

Las zonas en que suelen originar problemas mecánicos presentan “dificultades” para el tránsito fisiológicas (estrecheces, angulaciones y fondos de saco) o patológicas (patología parietal, anastomosis, compresión extrínseca, patología

luminal). Las zonas de impactación preferente son: esfínteres, duodeno, válvula ileocecal, ciego, apéndice y ano. La de mayor número de perforaciones es el área ileocecal (75%)^{2,3,4,5} seguida probablemente (varía entre las series) de la zona colorrectal.

La forma de presentarse es bastante inespecífica y variada: molestias abdominales vagas, dolor abdominal cólico, dolor abdominal y síndrome febril, náuseas y vómitos, diarreas de larga evolución, pérdida de peso, etc. Las complicaciones son consecuencia del retardo diagnóstico y terapéutico, pudiendo ser: perforación aguda y peritonitis, perforación subaguda o crónica, absceso intramural, intrahepático, subfrénico o intraabdominal, fístulas a órganos adyacentes o la piel⁶, migración del objeto a órganos vecinos, obstrucción intestinal por impactación, hemorragia digestiva por erosión de la pared del tubo digestivo, intoxicación por absorción del material degradado, cuadro séptico, etc². Según la serie de Goh *et al*, las perforaciones de estómago, duodeno y colon suelen (con diferencias estadísticamente significativas) ser más frecuentemente sin fiebre, con síntomas crónicos, tener un recuento leucocitario normal o ser asintomáticas o presentarse con absceso o masa abdominal comparadas con las de yeyuno e íleon³.

El diagnóstico de las complicaciones es difícil, por la latencia (mayor de 2 semanas en el 50%)^{7,8} y porque los pacientes no suelen relacionar la clínica con la ingesta del cuerpo. Es fundamental la sospecha clínica y las pruebas de imagen; en ellas la radiología simple puede ser inespecífica salvo que se objetive un cuerpo extraño radiopaco o neumoperitoneo (ausente en muchos casos⁵ por tratarse de perforaciones larvadas y contenidas frecuentemente) siendo una de las que más información aporta la TAC, especialmente los modernos TAC multicorte y multidetector y si el cuerpo extraño es radiopaco⁹.

El tratamiento incluye: medidas conservadoras, extracciones endoscópicas (sobre todo para cuerpos extraños del tracto digestivo superior) e intervenciones quirúrgicas indicadas generalmente solo ante complicaciones o cuando el cuerpo extraño puede ser peligroso, como algunas baterías, por su composición o forma y ha fracasado la extracción endoscópica.

El tratamiento de las perforaciones generalmente es quirúrgico, mediante cirugía abierta o cirugía laparoscópica (ya presente en la literatura desde hace muchos años^{10,11}) si las condiciones lo permiten. En ambas hay que localizar la perforación, comprobar la viabilidad intestinal, con resección del intestino isquémico si fuera necesario y anastomosis del mismo. Las técnicas a emplear son variadas e incluyen las realizadas ante otro tipo de perforaciones. Si la perforación es en el intestino delgado se puede realizar extracción del cuerpo extraño más la sutura simple de ésta tras refrescar los bordes, resección segmentaria con anastomosis o lavado y drenaje de la cavidad abdominal con estoma proximal. Si afecta al intestino grueso se pueden realizar, entre otras: sutura primaria, resección con anastomosis, exteriorización del segmento afectado como colostomía con lavado abdominal y drenajes, resección mínima del tejido dañado con abocamiento de ambos cabos a la pared abdominal, reparación y ostomía proximal de protección, resección de la zona con colostomía y fístula mucosa o realización de una técnica de Hartmann.

La evolución postoperatoria dependerá del grado de peritonitis y de la existencia de complicaciones o de enfermedades asociadas.

La impactación en recto, como ocurre en nuestro caso, es poco frecuente sobre todo si es un cuerpo extraño de tamaño llamativo (atravesó zonas teóricamente más estrechas como el esófago). La aparición de complicaciones por CE, especialmente en zonas atípicas y/o en pacientes de riesgo (la edad y la anemia ferropénica en el

presente caso) nos obliga a descartar patología subyacente, especialmente neoplasias^{12,13,14}.

Conclusiones:

Los cuerpos extraños en el tracto digestivo son relativamente frecuentes si bien suelen recorrerlo sin generar problemas.

La aparición de complicaciones por CEs, especialmente en áreas no proclives por cuerpos voluminosos y en enfermos de riesgo, obliga a descartar patologías subyacentes, especialmente las neoplasias en el área colorrectal.

Declaraciones y conflicto de intereses: el manuscrito ha sido revisado y aprobado por todos los autores. Una versión reducida fue presentada en la XVI Reunión Nacional de la Asociación Española de Coloproctología. Jacobo Trébol es miembro del consejo editorial de la Revista Electrónica ACIRCAL por lo que el presente trabajo ha sido evaluado por otros miembros de dicho consejo.

Referencias:

¹ Velitchkov NG, Grigorov GI, Losanoff JE, Kjossev KT. Ingested foreign bodies of the GI tract: retrospective analysis of 542 cases. *World J Surg* 1996; 20:1001-1005.

² JI Rodríguez Hermosa, R Farrés Coll, A Codina Cazador, F Olivet Pujol, J Pont Vallés, J Gironès Vilà, J Roig García, J Blanco Díaz. Perforaciones intestinales causadas por cuerpos extraños. *Cir Esp* 2001; 29: 504-506.

³ Goh BK, Chow PK, Quah HM, Ong HS, Eu KW, Ooi LL, Wong WK. Perforation of the gastrointestinal tract secondary to ingestion of foreign bodies. *World J Surg*. 2006 Mar; 30 (3): 372-7.

⁴ Moreno A, Aguayo JL, Parrilla P. Perforaciones intestinales por cuerpos extraños (12 casos). *Cir Esp* 1995; 58: 343-345.

⁵ Pinero Madrona A, Fernández Hernández JA, Carrasco Prats M, Riquelme Riquelme J, Parrilla Paricio P. Intestinal perforation by foreign bodies. *Eur J Surg*. 2000 Apr; 166 (4):307-9.

⁶ Read TE, Jacono F, Prakash C. Coloenteric fistula from chicken-bone perforation of the sigmoid colon. *Surgery* 1999; 125: 354-356.

⁷ Ochoa LM, González MD, Caparrós R, Narbona B. Absceso subfrénico tras ingestión de cuerpo extraño. Tratamiento quirúrgico. *Cir Esp* 1999; 66: 361-362.

⁸ Rodríguez-Hermosa JI, Codina-Cazador A, Sirvent JM, Martín A, Gironès J, Garsot E. Surgically treated perforations of the gastrointestinal tract caused by ingested foreign bodies. *Colorectal Dis.* 2008 Sep; 10 (7): 701-7.

⁹Coulier B, Tancredi MH, Ramboux A. Spiral CT and multidetector-row CT diagnosis of perforation of the small intestine caused by ingested foreign bodies. *Eur Radiol.* 2004 Oct; 14 (10): 1918-25.

¹⁰ Hebra A, Davidoff AM, Ahmad S, Stockmann PT, Stafford PW. Intestinal perforation due to an ingested foreign body: laparoscopic management. *J Laparoendosc Surg* 1996; 6: 95-98.

¹¹ Hayashi K, Urata K, Munakata Y, Kawasaki S, Makuuchi M. Laparoscopic closure for perforation of the sigmoid colon by endoscopic linear stapler. *Surg Laparosc Endosc* 1996; 6: 411-413.

¹² Vardaki E, Maniatis V, Chrisikopoulos H, Papadopoulos A, Roussakis A, Kavadias S, Stringaris K. Sigmoid carcinoma incidentally discovered after perforation caused by an ingested chicken bone. *AJR Am J Roentgenol.* 2001 Jan; 176 (1):153-4.

¹³ DeMuro JP, Adamo A. Sigmoid colon perforation from an impacted toothpick and an occult colonic malignancy. *Am Surg.* 2013 Aug; 79 (8): E273-4.

¹⁴ Stiefel D, Muff B, Neff U. Intestinal foreign body with sigmoid perforation in an area of carcinomatous stenosis: incidental finding or etiology? *Swiss Surg.* 1997; 3 (3):100-3.