



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



482/1498 - ABDOMEN AGUDO TRAS INGESTA DE PINCHO. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Alcalde Díez¹, E. Escalona Canal², C. Chocano López de Hierro³ y D. González Armas⁴

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Castro-Urdiales.

Cantabria. ²Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Laredo. Cantabria.

³. ⁴Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Laredo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 53 años fumador de 2 paquetes al día, intervenido de apendicectomía (1990) y fenestración en L3-L4 por estenosis de canal (2010) sin otros antecedentes de interés. Refiere desde hace 15 días estreñimiento. Hace dos días comenzó con vómitos y dolor en fosa iliaca izquierda. Afebril. Niega introducción de cuerpo extraño por recto.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 36,1 °C. TA: 190/116 mmHg. FC: 96 lpm. Escala dolor: 4. Regular estado general, sudoroso. Auscultación cardiopulmonar: sin alteraciones. Abdomen: timpanismo, depresible, dolor generalizado, defensa en fosa iliaca izquierda. Análisis de sangre: leucocitosis con neutrofilia, Hemoglobina 17 g/dL, plaquetas 585.000/μl. PCR 13,5 mg/dl. Resto normal. Radiografía de tórax: no datos de neumoperitoneo. TC abdominal con contraste: cuerpo extraño en sigma que condiciona marcados cambios inflamatorios y probable perforación (no se ve claro neumoperitoneo y sí, abundante líquido) que ocasionan una obstrucción colónica con neumatosis en ciego y sigma así como uropatía obstructiva derecha.

Orientación diagnóstica: Obstrucción colon por cuerpo extraño. Obstrucción evolucionada se interviene de urgencia: sigma no abordable, se realiza colostomía. Estudio ingresado: colonoscopia (zona estenótica sin cambios sugestivos de neoplasia, compatibles con compresión extrínseca) y RMN (cuerpo extraño de morfología lineal y señal compatible con calcio). Reintervención en dos meses mediante laparotomía donde se palpa cuerpo extraño en su interior que al movilizar pieza se consigue extraer (palillo de madera para pinchos). Se realiza anastomosis.

Diagnóstico diferencial: Diverticulitis perforada. Tumor intestinal.

Comentario final: La ingesta e impactación de cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal es relativamente frecuente. La mayor parte de ellos pasan a través del tubo digestivo sin causar complicaciones. Sin embargo, el 10-20% requiere extracción endoscópica y el 1% intervención quirúrgica. A la altura de la válvula ileocecal el cuerpo extraño puede dar signos de obstrucción, llegando a perforarse (40%), siendo la localización más frecuente de perforación por cuerpo extraño. Esto se debe, a que el sigma se encuentra fijado con un ángulo casi de 90° que no permite tanta movilidad de peristaltismo. Cuando el objeto ingerido llega a colon es infrecuente que el paciente presente sintomatología.

Bibliografía

1. Garcia JJ, Ruiz P, et al. Gastroenterología y Hepatología. 2013;36:647-8.

Palabras clave: Cuerpo extraño. Obstrucción intestinal.