



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-342 - TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO DE PERFORACIÓN SIGMOIDEA AGUDA PRODUCIDA POR HUESO

de la Plaza Llamas, Roberto; Ramia Ángel, José Manuel; Sanz de Villalobos, Eduardo; Mimica Haasz Haasz, Nikola; Arteaga Peralta, Vladimir; García Amador, Cristina; López Marcano, Aylhin Joana; Valenzuela Torres, José del Carmen

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Introducción: La ingesta de cuerpos extraños (CE) es frecuente, y la mayoría pasan a través del tubo digestivo sin problemas. Pero el 1% causan perforación del tracto gastrointestinal. El 45% de las perforaciones son por hueso de animales, principalmente espinas de pescado seguidas de huesos de pollo. Las perforaciones del tubo digestivo, en particular la cólica se han tratado habitualmente mediante exploración quirúrgica. Presentamos el caso de una perforación de colon sigmoide por hueso, tratada con éxito mediante la combinación de drenaje percutáneo y extracción endoscópica. Realizamos búsqueda en PubMed sin límites hasta marzo de 2015 con las siguientes palabras claves (MeSH): Colon, Perforation, Bone y Foreign Bodies; y sus diferentes combinaciones. Se revisaron los abstract y analizaron aquellos artículos y sus referencias que pudieran incluir casos.

Caso clínico: Mujer de 83 años con antecedentes de insuficiencia renal e HTA, que acude al servicio de urgencias por dolor en fosa iliaca izquierda de 3 días de evolución y febrícula. Tensión arterial 179/89, frecuencia cardíaca 100 lpm. Abdomen con dolor y defensa en fosa iliaca izquierda. Analítica: leucocitos 17.300/μl (81,6% neutrófilos), creatinina 1,43 mg/dl, proteína c reactiva 224 mg/l. La TAC abdominal objetiva marcada trabeculación de la grasa mesentérica rodeando sigma, donde se identifica un cuerpo extraño lineal de 33 mm, hiperdenso, que atraviesa la pared intestinal engrosada y una pequeña colección de (40 × 14 × 16 mm) con una burbuja aérea en su interior compatible con un absceso. La paciente recibe dieta absoluta durante 3 días y antibioterapia empírica. Al 8º día se repite TAC que aprecia crecimiento de colección (44 × 21 × 21 mm) por lo que se practica drenaje percutáneo de absceso al 12º día (creció una *Escherichia coli* y *Streptococcus spp* sensibles a levofloxacino pero resistentes al antibiótico administrado) y colonoscopia el 13º día: a 30 cm de margen anal se identifica hueso que atraviesa la pared del colon, que es extraído con pinza de ratón. El resto de la exploración del colon hasta ciego solo objetivó orificios diverticulares en sigma. Fiebre en los siguientes 3 días, con crecimiento en hemocultivo de *Escherichia coli*. Se retira el drenaje al 15º día. Es dada de alta al 18º día de ingreso. Asintomática en el seguimiento. La combinación del drenaje percutáneo y la extracción endoscópica no han sido descritas previamente. La casi totalidad de las perforaciones por CE en colon han sido tratadas quirúrgicamente, la mayoría mediante operación de Hartmann y excepcionalmente vía laparoscópica. Sólo se ha encontrado 10 casos publicados de perforación/impactación por CE en colon tratadas conservadoramente. Todas ellas ocurrieron en sigma: 6 por hueso de pollo, 2 mondadientes, 1 espina de pescado y 1 prótesis

biliar migrada. Se trataron mediante extracción endoscópica y debutaron con clínica de: dolor abdominal de meses de duración (4), diverticulitis (4), abscesos hepáticos (1) y diarrea de 5 meses de evolución (1). Ocho fueron diagnosticados por endoscopia, 1 por enema opaco y otro mediante TAC.

Discusión: La combinación del drenaje percutáneo y la extracción endoscópica constituye una alternativa razonable en pacientes con perforación de colon por cuerpos extraños sin datos de peritonitis.