

IMAGEN DEL MES

Perforación gástrica por palillo

Gastric perforation caused by a stick



Alba Cebrián García^{a,*}, Erika Lucía Borobio Aguilar^b y David Ruiz-Clavijo García^a

^a Aparato Digestivo, Hospital García Orcoyen, Estella, Navarra, España

^b Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España

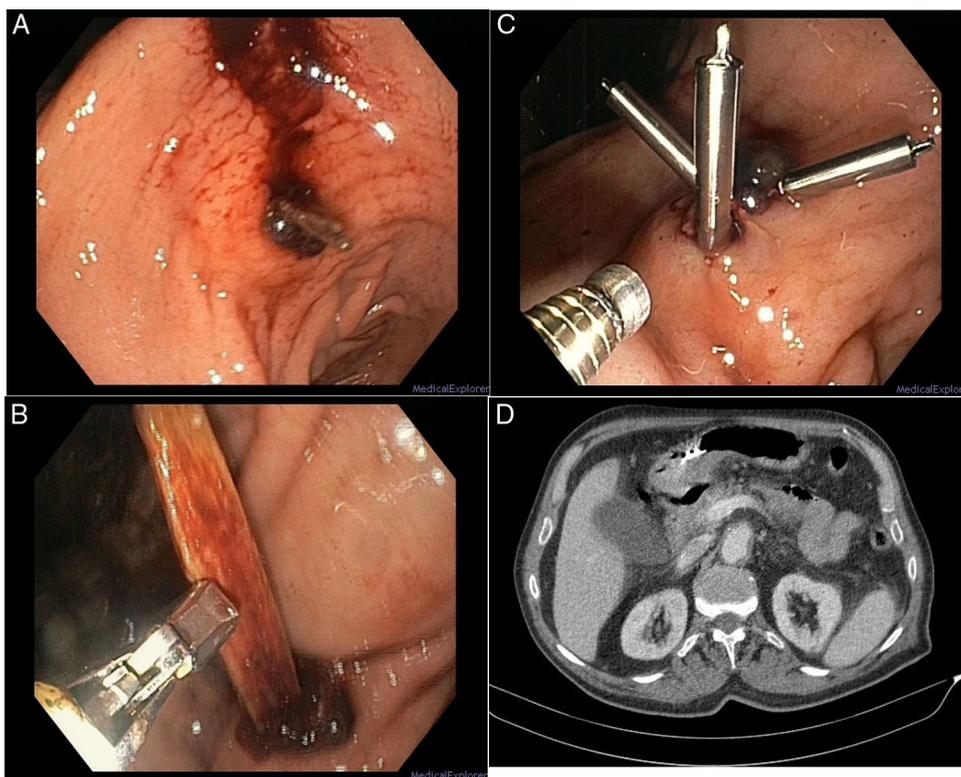


Figura 1 A) Imagen endoscópica de un cuerpo extraño (CE) con extremo en punta enclavado en pared gástrica, con coágulo adherido. B) Extracción del CE con pinza de cocodrilo, descubriendo que se trata de un palillo. c) Colocación de 3 clips hemostáticos sobre la herida. D) TAC de abdomen en la que se objetivan burbujas de aire extraluminales y signos inflamatorios en la pared gástrica.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: albacebriangarcia@gmail.com (A. Cebrián García).

Los cuerpos extraños (CE) son un problema frecuente y constituyen la segunda causa de urgencia endoscópica en nuestros hospitales.

Presentamos el caso de un varón de 80 años con Alzheimer que acudió a urgencias por dolor epigástrico de 24 h de evolución, iniciado tras comida copiosa. En urgencias el paciente presentó hematemesis, sin inestabilidad hemodinámica. Se realizó gastroscopia, en la que se objetivó a nivel del antro gástrico un CE enclavado con extremo en punta y un coágulo adherido (fig. 1A). Se estiró del extremo del CE con pinza de cocodrilo, comprobando que se trataba de un palillo, el cual estaba en un 75% de su longitud enclavado en pared gástrica (fig. 1B). Una vez extraído el palillo se colocaron 3 clips hemostáticos sobre la herida (fig. 1C). En una TAC realizada posteriormente se describían en la región del antro, junto a los clips metálicos, pequeñas burbujas aéreas extraluminales y marcada reticulación de la grasa adyacente (fig. 1D), así como una colección de aspecto hemático

próxima al fundus gástrico, que sugerían perforación. El paciente se manejó de forma conservadora y presentó una evolución satisfactoria.

En los CE de bordes cortantes o punzantes el riesgo de complicaciones es elevado, por su facilidad de atravesar la pared del tubo digestivo. Los más frecuentes son los huesos y las espinas. El tratamiento de los CE que perforan la pared del tubo digestivo clásicamente había sido quirúrgico; sin embargo, en la actualidad se recomienda como primera opción el manejo endoscópico, dada la alta posibilidad de resolución del cuadro y la menor tasa de complicaciones secundarias.

Conflicto de intereses

Los autores firmantes declaran no presentar conflicto de interés alguno.