

CARTAS AL DIRECTOR

Perforaciones intestinales por espinas de pescado: infrecuentes y curiosas

Bowel perforations due to fish bones: Rare and curious

Sr. Director:

Las perforaciones intestinales por espinas de pescado son muy poco frecuentes, pese a que la ingestión de cuerpos extraños es habitual, y apenas están reportadas en la literatura científica, poco más allá de la presentación de casos aislados.

La gran mayoría de los cuerpos extraños que se ingieren avanzan por el tracto intestinal sin causar complicaciones, especialmente si consiguen atravesar el esófago. Solo menos del 1% provoca una perforación intestinal y suele tratarse de objetos alargados y afilados, como palillos de dientes, espinas, huesos de pollo o agujas, entre otros¹.

Las perforaciones se pueden dar en cualquier punto del tracto digestivo, pero son más frecuentes en aquellos segmentos con una angulación cerrada, como el píloro, el ángulo de Treitz, el íleon distal y la unión rectosigmoidea.

Se han descrito numerosos factores de riesgo en la ingestión de cuerpos extraños: alcoholismo, enfermedad psiquiátrica, personas en los extremos de la vida, etc. Especialmente significativa es la relación con personas que usan dentadura postiza, ya que esta elimina la sensación táctil del paladar, que actúa como mecanismo protector. En algunas culturas, como la china, es más frecuente la ingestión de espinas por la costumbre de comer pescado sin retirar estas.

La sintomatología en estos casos es muy variable y pueden ser síntomas agudos o crónicos. Los pacientes a menudo no recuerdan el antecedente de ingestión de pescado y el diagnóstico se suele retrasar ya que incluso pueden pasar meses entre la ingestión y la perforación¹.

Las espinas se quedan bloqueadas en un segmento estrecho del intestino, erosionan la mucosa y producen una diseminación bacteriana con su consecuente infección. Si el proceso avanza puede provocar una perforación de la pared y absceso extramural, que puede terminar en un abdomen agudo si no se controla.

La utilidad de la radiografía simple de abdomen es limitada, y depende de la densidad de la espina². Esta varía según la especie de pescado, pero incluso cuando son

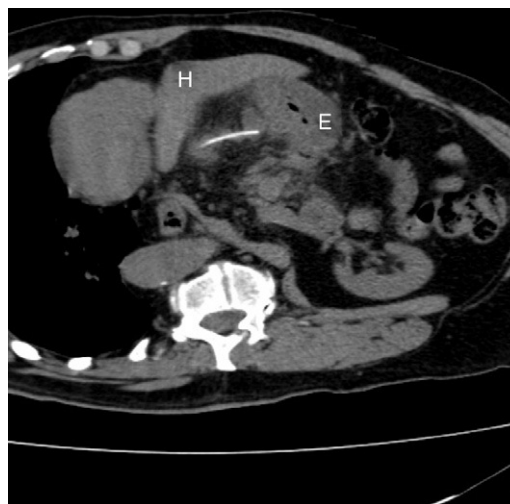


Figura 1 Reconstrucción oblicua de TC, donde se visualiza una espina que ha perforado el píloro y ha quedado alojada entre el lóbulo hepático izquierdo (H) y el estómago (E).

suficientemente densas para verse pueden pasar desapercibidas por superposición de líquido o tejidos blandos. El bacalao, el salmón y el gallo, entre otros, tienen un esqueleto radioopaco, mientras que las espinas de caballa o arenque tienen poca densidad y se visualizan con dificultad incluso en una endoscopia³. Al contrario que las espinas de pescado, los huesos de pollo (cuerpos extraños muy similares) son casi siempre radioopacos. Las densidades cálcicas sutiles se visualizan mejor si se emplea un kilovoltaje bajo (70 kv) y se realiza la radiografía en decúbito supino. Otro inconveniente es la visualización de gas extraluminal en el caso de que exista perforación, pues no suele estar presente en gran cantidad y casi nunca suele distinguirse bajo las cúpulas diafragmáticas, ya que el punto de la perforación es muy pequeño y se cubre con fibrina, omento y asas intestinales⁴.

La tomografía computarizada (TC) es superior a la radiografía ya que, además de detectar el área intestinal patológica, permite identificar la causa. Las espinas típicamente se visualizan como imágenes lineales de densidad calcio en el interior de un área inflamatoria. A pesar de todo, hay un número importante de casos que se diagnostican intraoperatoriamente⁴. Entre las limitaciones de la TC se encuentran la falta de atención del radiólogo para

encontrar estos cuerpos extraños por ausencia de sospecha clínica (fig. 1).

El uso de contraste, tanto oral como intravenoso, dificulta la visualización de cuerpos extraños en general.

En definitiva, las perforaciones intestinales por espigas de pescado son infrecuentes y casi anecdóticas, sin embargo, constituyen un reto diagnóstico para el médico, ya que son casos que cursan con una sintomatología inespecífica y donde la anamnesis puede ser de mucha ayuda.

Bibliografía

1. Goh BK, Tan YM, Lin SE, Chow PK, Cheah FK, Ooi LL, et al. CT in the preoperative diagnosis of fish bone perforation of the gastrointestinal tract. *AJR Am J Roentgenol.* 2006;187:710-4.

2. Noh HM, Chew FS. Small bowel perforation by a foreign body. *AJR Am J Roentgenol.* 1998;171:1002.
3. Ell SR. Radio-opacity of fishbones. *J Laryng Otol.* 1989;103:1224-6.
4. Pinero Madrona A, Fernández Hernández JA, Carrasco Prats M, Riquelme Riquelme J, Parrila Paricio P. Intestinal perforation by foreign bodies. *Eur J Surg.* 2000;166:307-9.

A. Sierra-Solís

Servicio de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, España

Correo electrónico:

alberto.sierras@ses.juntaextremadura.net

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2012.07.009>

Consideraciones sobre el valor del antígeno prostático específico en los pacientes tratados con 5- α reductasa

Considerations about the value of prostate specific antigen in patients treated with 5- α reductase

Sr. Director:

En el artículo de consenso «Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para atención primaria» (*Semergen.* 2010;36:16-26) se incluían recomendaciones relativas a la interpretación del antígeno prostático específico (PSA) en pacientes tratados con inhibidores de la 5- α reductasa (5ARI).

Recientes interpretaciones de estudios realizados con dutasterida¹ han aportado una forma más precisa de la interpretación del PSA, en pacientes tratados con inhibidores de la 5ARI, que actualiza la que se venía utilizando hasta ahora.

La nueva evidencia que ha cambiado la ficha técnica de dutasterida recomienda que en aquellos pacientes en tratamiento con este 5ARI se deba establecer un nuevo PSA basal tras 6 meses de tratamiento. Posteriormente, y

de forma regular, se recomienda monitorizar los valores de PSA.

Cualquier aumento confirmado del nivel más bajo de PSA durante el tratamiento podría indicar la presencia de cáncer de próstata o la posibilidad de un incumplimiento del tratamiento y se debe evaluar cuidadosamente, incluso si los valores se encuentran dentro del rango de la normalidad en hombres que no se encuentren en tratamiento con el fármaco.

Bibliografía

1. Marberger M. Usefulness of prostate specific antigen (PSA) rise as a marker of prostate cancer in men treated with dutasteride: lessons from the REDUCE study. *BJU International.* 2011, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-410X.2011.10373.x>.

F.J. Brenes Bermúdez

Medicina de Familia, CAP Lleftà Badalona, en representación del Grupo Criterios de derivación en Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP), España

Correo electrónico: fbrenesb@semergen.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2012.07.003>

Imagen radiológica de carbonato de lantano

Radiology image of lanthanum carbonate

Sr. Director:

Presentamos el caso de un paciente de 75 años con insuficiencia renal crónica en régimen de diálisis peritoneal y en tratamiento oral con carbonato de lantano desde hace 6 meses, por la hiperfosfatemia secundaria a la insuficiencia renal.

Acude a consulta de atención primaria por dolor abdominal difuso de 6 meses de evolución, sin signos de alarma. Se inicia tratamiento sintomático con escasa mejoría, por lo que se solicita estudio analítico (resultó dentro de los parámetros habituales) y radiografía simple de abdomen, en la que se visualiza un catéter de diálisis peritoneal bien posicionado y material radiopaco en marco cólico de distribución difusa. Estos hallazgos radiológicos corresponden al depósito del carbonato de lantano (fig. 1).

Este fármaco se une al fosfato en el tracto digestivo para formar fosfato de lantano, sal insoluble que se elimina por