

CARTA CLÍNICA

A propósito de un caso: cuerpos extraños en colon en un servicio de urgencias de un hospital comarcal



Presentation of a case: Foreign body in colon in a regional hospital emergency department

Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 29 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, y fumador de unos 10 cigarrillos de tabaco durante el fin de semana, que acude al servicio de urgencias hospitalario refiriendo dolor abdominal y sangrado anal de unas horas de evolución.

Entre sus antecedentes médicos, únicamente destaca una luxación recidivante de rótula izquierda que precisó intervención quirúrgica para alineamiento mediante técnica de Insall. Además fue intervenido de un hidrocele en la infancia.

El paciente refiere una abundante ingesta alcohólica y consumo inhalado de cocaína la noche anterior, encontrándose asintomático en el periodo de tiempo que es capaz de recordar, presentando posteriormente amnesia lacunar hasta inicio de la clínica por la que consulta. En el momento de consulta se encuentra hemodinámicamente estable con una tensión arterial de 116/76 mmHg y 56 lpm de frecuencia cardiaca.

En la exploración física hallamos una auscultación cardiopulmonar normal, destacando una exploración abdominal dolorosa de forma difusa, más en hipogastrio, impresionando un efecto masa a la palpación en hemiabdomen izquierdo. Se realiza tacto rectal palpándose en ampolla rectal, cuerpo extraño sólido de consistencia dura, extrayéndose el dedo de guante limpio sin restos fecaloideos ni hemáticos.

En la radiografía de abdomen (fig. 1), se visualizan 2 cuerpos extraños que impresionan metálicos (desodorantes) en colon y recto.

En la analítica no hay ningún hallazgo de interés en bioquímica, hemograma y coagulación realizados.

Se realiza interconsulta urgente con cirugía general que decide intervención quirúrgica urgente para la extracción de cuerpos extraños a través de laparotomía media

periumbilical, tras comprobar que en posición ginecológica y, tras dilatación anal, en quirófano bajo anestesia general, no hay posibilidad de acceder a ninguno de los cuerpos extraños por esta vía. Al realizar la laparotomía se comprueba que uno de los cuerpos extraños está en el sigma distal y el otro casi en el ángulo esplénico del colon, consiguiendo hacerlos progresar manualmente y extraerlos por el recto (figs. 2 y 3). Posteriormente tras realizar lavados con enemas de povidona yodada se comprueba que no hay lesiones en colon y recto que indiquen una perforación, cerrándose finalmente la herida quirúrgica.

Durante el periodo postoperatorio presenta una buena evolución, permaneciendo afebril, sin precisar analgesia, sin objetivarse sangrados rectales y realizando deposiciones con ritmo, color y consistencia normales, sin productos patológicos. Tras 5 días de ingreso hospitalario, el paciente es dado de alta asintomático.



Figura 1 Rx de abdomen.



Figura 2 Laparotomía umbilical.

Discusión

Pese al gran número de problemas anorrectales comúnmente tratados en las urgencias médicas¹, el hallazgo de cuerpos extraños en el rectosigma es poco frecuente, siendo la vía rectal la puerta de entrada más habitual², pudiendo



Figura 3 Cuerpos extraños. Regla de 15 cm.

ocasionar cuadros clínicos muy graves como una perforación intestinal.

Realizar una radiografía simple de abdomen ante la sospecha de presencia de cualquier cuerpo extraño en colon, es una indicación en todos los casos, excepto en aquella situación clínica complicada que sea necesaria la solicitud de una TC o ecografía abdominopélvica^{3,4}.

En general, la extracción de cuerpos extraños de la región colorrectal es muy laboriosa, y no es posible en el servicio de urgencias médicas, debiendo ser derivados al de cirugía general^{5,6}.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para este estudio no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan no incurrir en ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Janicke DM, Pundt MR. Anorectal disorder. *Emerg Med Clin North Am.* 1996;14:757-88.
2. Rodríguez Hermosa JI, Codina Cazador A, Alayrach Vilella J, García Oria MJ, Pont Vallés J, Farrés Coll R, et al. Cuerpos extraños en el rectosigma. *Cir Esp.* 2001;69:404-7.
3. Anderson KL, Dean AJ. Foreign bodies in the gastrointestinal tract and anorectal emergencies. *Emerg Med Clin North Am.* 2011;29:369-400.
4. Guijo I, Rivas S, Vilches M, Huerta D, Souto JL, González R. Cuerpos extraños transanales: manejo clínico y posibilidades terapéuticas. *Cir Esp.* 1997;62:346-7.
5. Clarke DL, Buccimazza I, Anderson FA, Thomson SR. Colorectal foreign bodies. *Colorectal. Dis.* 2005;7:98-103.
6. Cirocco WC. Anesthesia facilitates the extraction of rectal foreign bodies. *Gastrointest Endosc.* 2000;52:452-3.

C. Arias Meneses^{a,*}, F.J. Martínez Rodríguez^b,
M.A. Cobo Ruiz^c y C. Campa García^d

^a Servicio de Urgencias, Hospital Valle del Nalón, Langreo, Asturias, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Área VIII, Langreo, Asturias, España

^c Enfermería, Centro de Salud Sama de Langreo, Langreo, Asturias, España

^d Medicina Familiar, Centro de Salud Sama de Langreo, Langreo, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: camiloariasmeneses@gmail.com
(C. Arias Meneses).