

EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE HUESO DE POLLO IMPACTADO EN COLON

Endoscopic extraction of impacted chicken bone in colon

Alía Verdejo T, Viejo Almanzor A, Sotomayor Orellana MA, Sanabria Marchante I, Rodríguez Ramos C

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR CÁDIZ.

Resumen

La impactación de cuerpos extraños en el aparato digestivo es una urgencia frecuente. La localización más frecuente es el esófago, siendo mucho menos habituales otros tramos del aparato digestivo como pueden ser cardias, píloro, válvula íleo-cecal, recto o sigma.

En el caso de los cuerpos extraños localizados en tramos distales, la presentación clínica habitualmente es inespecífica (dolor abdominal o diarrea) y suele ser necesaria la realización de pruebas de imagen para su orientación y correcto diagnóstico.

En función de la localización y la morfología del cuerpo extraño, la endoscopia puede ser el método de elección para su extracción bajo visión directa.

Se presenta el caso de una mujer de 69 años con cuadro de dolor abdominal en flanco izquierdo y diarrea secundario a impactación colónica de hueso de pollo, resuelto mediante extracción endoscópica.

Palabras clave: cuerpo extraño, impactación, colon.

Abstract

The impaction of foreign bodies in the digestive system is a frequent emergency. The most common location is the esophagus, with other sections of the digestive system being much less common, such as the cardia, pylorus, ileocecal valve, rectum, or sigma.

In the case of foreign bodies located in distal sections, the clinical presentation is usually non-specific (abdominal pain or diarrhea) and imaging tests are usually necessary for guidance and correct diagnosis.

Depending on the location and morphology of the foreign body, endoscopy may be the method of choice for its removal under direct vision.



Teresa Alía Verdejo
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.
teresaalia_796@hotmail.com

We present the case of a 69-year-old woman with abdominal pain in the left flank and diarrhea secondary to colonic impaction of chicken bone, resolved by endoscopic extraction.

Keywords: foreign body, impaction.

Introducción

La ingesta e impactación de cuerpos extraños en el aparato digestivo es un motivo de consulta frecuente en los Servicios de Urgencias. En la mayoría de los casos, la ingesta se produce de manera accidental aunque también puede ocurrir de manera intencionada (pacientes psiquiátricos o intentos autolíticos).

La mayoría de las impactaciones ocurren a nivel esofágico. Si bien es cierto que hay tramos del aparato digestivo que por su anatomía tienen mayor riesgo de impactación, obstrucción e incluso perforación como son cardias, píloro, válvula ileo-cecal, sigma y recto, una vez que atraviesan el esófago, la mayoría de los cuerpos extraños, incluidos los objetos punzantes, recorren el resto de tramos sin incidencias hasta ser expulsados¹.

En el caso de los cuerpos extraños colónicos, el cuadro clínico suele ser muy inespecífico con presencia de dolor abdominal o diarrea, y es de mucha utilidad la realización de pruebas de imagen para la orientación diagnóstica².

La extracción del cuerpo extraño dependerá de las características de este y de la localización dentro del colon. En la mayoría de los casos es precisa la realización de colonoscopia para su realización bajo visión directa².

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 69 años, sin antecedentes médicos relevantes, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal en flanco izquierdo y diarrea de 48 horas de evolución. La paciente refería deposiciones líquidas sin productos patológicos de hasta 5 episodios diarios en los últimos 10-15 días, asociando además

sensación distérmica sin fiebre termometrada en las últimas horas. Náuseas sin vómitos asociados y recorte de diuresis progresiva desde el inicio del cuadro encontrándose en oliguria en las últimas 24 horas. Negaba familiares afectos, transgresiones dietéticas ni desencadenante claro de la clínica.

A su llegada a Urgencias presentaba signos de deshidratación moderada, encontrándose en todo momento estable hemodinámicamente y afebril. A la exploración abdominal se apreciaba abdomen globuloso aunque blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda, sin signos de irritación peritoneal. Ruidos hidro-aéreos aumentados en intensidad y frecuencia. Puñopercusión renal bilateral negativa.

En analítica sanguínea urgente se objetivó importante elevación de reactantes de fase aguda (PCR 267.3) sin leucocitosis ni coagulopatía asociada. Además se manifiesta deterioro agudo de función renal con creatinina de 1.76mg/dl, elevación de urea e hipopotasemia leve.

Se decide solicitar TAC abdominal urgente sin contraste, por alergia a este, identificándose una imagen hiperdensa de 2.7 cm en transición sigma-colon descendente con morfología en "V", compatible con cuerpo extraño (**Figura 1**), acompañada de ganglios subcentimétricos de aspecto reactivo. Asimismo, llamaba la atención un engrosamiento parietal de 10 mm de grosor máximo de un segmento de colon proximal al cuerpo extraño de 9 cm (**Figura 2**) probablemente secundario a cambios inflamatorios sin poderse descartar otro proceso subyacente mediante la técnica urgente. Por último, se apreciaba diverticulosis en colon sigmoide no complicada.

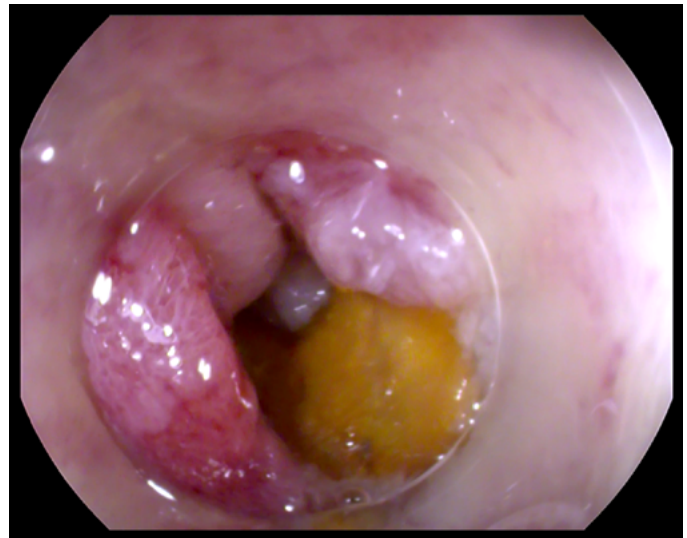
Ante los hallazgos del TAC, se decide el ingreso hospitalario de la paciente. Se inicia hidratación iv intensiva, antibioterapia empírica con Piperacilina/Tazobactam y, una vez normalizada la función renal, se administró preparación anterógrada para realización de colonoscopia.

Se realiza la exploración con CO₂, y se observa a unos 45 cm de margen anal externo una zona con divertículos de boca estrecha, mucosa con cambios inflamatorios y fruncimiento de la luz que impiden la progresión. Mediante técnica de inmersión con agua se consigue identificar un cuerpo extraño amarillento pero por el calibre del colonoscopia no



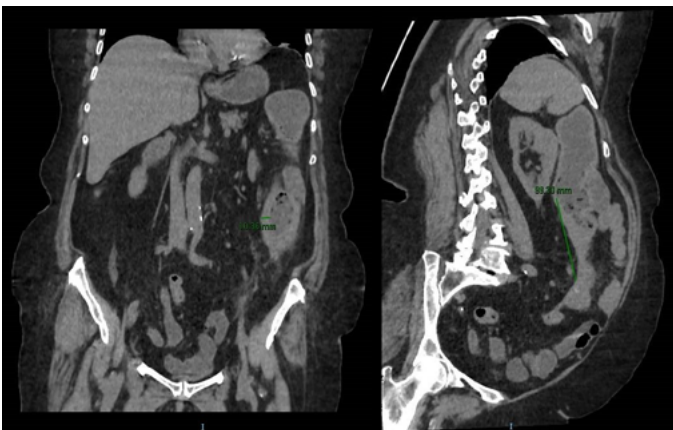
Cuerpo extraño en colon izquierdo con morfología en V.

Figura 1



Cuerpo extraño amarillento a 45 cm de MAE. Visión con gastroscopio y capuchón.

Figura 3



Engrosamiento de colon izquierdo de aspecto inflamatorio.

Figura 2



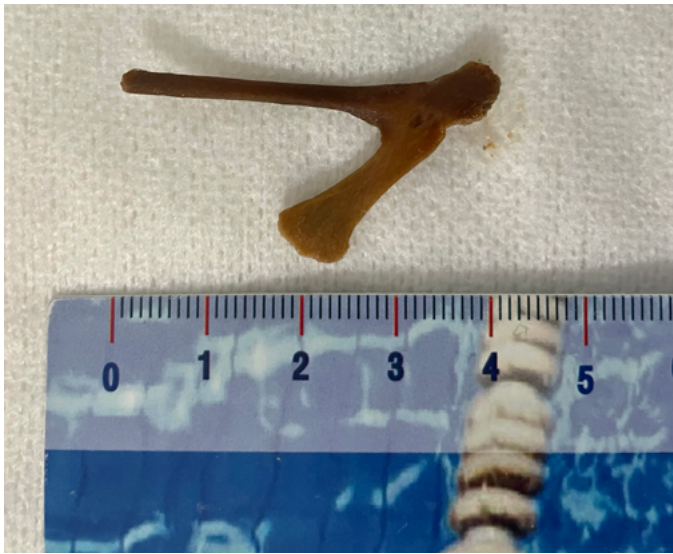
Extracción de cuerpo extraño con ayuda de tripode e inmersión con agua.

Figura 4

se conseguía valorarlo bien. Cambiamos a un gastroscopio convencional al que se le colocó un capuchón blando y accedimos de nuevo, consiguiendo una mejor visualización del cuerpo extraño (Figura 3). Con ayuda de una pinza de ratón y asa se consiguió movilizarlo y desimpactarlo, orientándolo en el eje longitudinal de la luz colónica, atrapándolo con un tripode por el extremo (por la imagen radiológica tiene forma de V) y extrayéndolo con suavidad y bajo visión directa (Figura 4). Se trataba de un hueso con morfología triangular y un tamaño total de 3x4 cm (Figura 5).

Reinterrogamos a la paciente acerca de la ingesta de pollo en días previos al inicio de los síntomas, refiriendo haber comido “puchero con pringá” como único posible origen de la deglución inadvertida del hueso.

Tras realización de colonoscopia y extracción del cuerpo extraño, la paciente presentó mejoría clínica y analítica progresiva, pudiendo ser dada de alta a las 72h sin presentar complicaciones durante el ingreso.



Hueso de pollo de 4x3 cm.

Figura 5

Discusión

La ingesta e impactación de cuerpos extraños en el aparato digestivo constituye un motivo de consulta frecuente dentro de las urgencias digestivas. Afortunadamente, la mayor parte de ellos atraviesan del tubo digestivo sin causar complicaciones. Sin embargo, el 10-20% requieren extracción endoscópica y el 1% intervención quirúrgica³. Los cuerpos extraños pueden ser ingeridos de manera accidental (niños, falta de piezas dentales o pacientes intoxicados) o de manera intencionada (intentos autolíticos o pacientes psiquiátricos) Dichos cuerpos extraños pueden impactarse en distintos tramos del aparato digestivo, siendo el más frecuente el esófago⁴.

En el caso de los cuerpos extraños en colon, éstos pueden haber sido ingeridos y haber progresado hasta tramos distales o pueden haber sido introducidos por vía rectal, siendo ésta última la situación más habitual⁴.

La extracción del cuerpo extraño dependerá de las características de este y de la localización dentro del colon. En caso de encontrarse en recto, ser palpable y si la morfología del cuerpo extraño lo permite, se puede plantear la extracción manual, pero si por contra el objeto se encuentra en la válvula

cecal o en colon, se recomienda la extracción mediante colonoscopia bajo visión directa².

Se han reportado casos similares al nuestro en los que el paciente ingiere de manera no intencionada o inadvertida un cuerpo extraño y acude a urgencias días después por cuadro inespecífico de dolor abdominal o diarrea^{5,6}. En los casos encontrados en la bibliografía se realizó igualmente la extracción del cuerpo extraño mediante colonoscopia.

La insuflación con CO₂ y la inmersión con agua ayudan a disminuir el riesgo de complicaciones, y el uso de capuchones blandos mejoran la visualización en áreas de escaso calibre como el sigma. Es recomendable la realización de pruebas de imagen previas a la valoración endoscópica que puedan, no sólo identificar la localización del cuerpo extraño, sino aportar datos sobre la morfología de este que puedan ser útiles para su posterior extracción, como ocurrió en nuestro caso.

Bibliografía

1. ASGE Standards of Practice Committee; Ikenberry SO, Jue TL, Anderson MA, Appalaneeni V, Banerjee S, Ben-Menachem T et al. Management of ingested foreign bodies and food impactions Disponible en: URL: https://www.asge.org/docs/default-source/education/practice_guidelines/doc-management-of-ingested-foreign-bodies-and-food-impactions.pdf?sfvrsn=ecfc4951_6 DOI: 10.1016/j.gie.2010.11.010.
2. Zubair Malik MD. Cuerpos extraños rectales. Disponible en: URL: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-gastrointestinales/bezoares-y-cuerpos-extra%C3%B1os/cuerpos-extra%C3%B1os-rectales?query=Cuerpos%20extra%C3%B1os%20en%20el%20tubo%20digestivo>.
3. Jurado García J, Ruiz Cuesta P, Hervás Molina AJ, Rodríguez Perálvarez ML, García Sánchez V. Extracción endoscópica de cuerpo extraño enclavado en sigma. Disponible en: URL: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-extraccion-endoscopica-cuerpo-extrano-enclavado-S0210570513001659>.
4. Zubair Malik MD. Cuerpos extraños en el tubo digestivo. Disponible en: URL: <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-gastrointestinales/bezoares-y-cuerpos-extra%C3%B1os-en-el-tubo-digestivo/cuerpos-extra%C3%B1os-en-el-tubo-digestivo>.

5. Aguilar-Urbano VM, Gonzalo-Marín J, Montes-Aragón C, De Sola-Earle CM. Extirpación endoscópica de cuerpo extraño en colon: extraña localización de hueso de pollo. Disponible en: URL: <https://www.sapd.es/revista/2013/36/5/09>.

6. Hui Ye MD, Shujuan Huang MB, Qichang Zhou MB, Jie Yu MD, Changlei Xi MM, Longlei Cao MM, Peiyun Wang MM, Zhilin Gong MB. Migration of a foreign body to the rectum. Disponible en: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6076194/>.