

# EXTIRPACIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN COLON: EXTRAÑA LOCALIZACIÓN DE HUESO DE POLLO

V.M. Aguilar-Urbano, J. Gonzalo-Marín, C. Montes-Aragón, C.M. De Sola-Earle

Hospital Quirón Marbella, Marbella. Málaga.

## Resumen

La ingestión de cuerpos extraños es un problema frecuente en la infancia, aunque también puede presentarse a otras edades sobre todo en pacientes con patología neurológica o psiquiátrica. La mayor parte de ellos avanza por el tubo digestivo sin inconvenientes, siendo un número reducido los que requieren una conducta terapéutica activa<sup>1</sup>.

Existen localizaciones más habituales, dependiendo de las variaciones naturales del lumen del tracto gastrointestinal (músculo cricotiroides, cardias, píloro, íleon, sigma y recto). La presentación clínica es muy variada dependiendo de la localización y la sospecha de la misma. Dependiendo de la clínica y características del cuerpo extraño, la endoscopia será el método de elección para su extracción<sup>2</sup>.

A continuación presentamos el caso de un varón de 62 años con dolor en hipogástrico y leve sangrado rectal, que presentaba impactado en sigma un hueso de pollo que pudo ser extraído mediante endoscopia.

### CORRESPONDENCIA

Víctor Manuel Aguilar Urbano  
Hospital Quirón-Marbella, Endoscopias Digestivas  
Dirección: Avda. Severo Ochoa, 22, 29630-Marbella  
Tlf: 616282431 - Fax: 952774282

vmaurbano@hotmail.com

**Palabras clave:** Cuerpo extraño en colon, Dolor abdominal.

## Summary

The ingestion of foreign bodies is a common childhood problem, but it may also occur at other ages, especially in patients with neurological or psychiatric disease. Most of them move through the digestive tract without obstacles, and only a reduced number require an active therapeutic approach<sup>1</sup>.

The most common locations vary depending on the natural variations of the lumen of the gastrointestinal tract (cricothyroid muscle, cardia, pylorus, ileum, sigmoid and rectum). The clinical presentation is varied depending on the location and the suspicion of it. Depending on the clinical manifestations and on the characteristics of the foreign body, endoscopy is the method of choice for removal<sup>2</sup>.

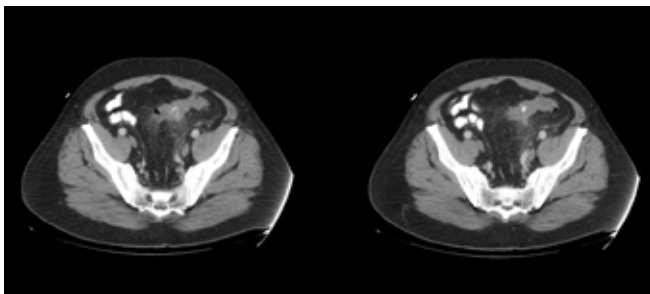
We present the case of a 62-year-old man with hypogastric pain and mild rectal bleeding, and a chicken bone impacted in the sigmoid that could be removed endoscopically.

**Keywords:** Foreign body in the colon, Abdominal pain.

**Caso clínico**

Varón de 62 años sin antecedentes quirúrgicos de interés, que acude a urgencias por dolor en hipogástrico intermitente que ha aumentado de intensidad en relación con estreñimiento y expulsión de mucosidad y sangrado rectal. A la exploración presenta abdomen doloroso a la palpación en hipogastrio, sin signos de peritonismo. En el estudio analítico presenta leucocitosis y aumento de la PCR. Se realiza ecografía abdominal que demuestra engrosamiento de pared de colon a nivel de sigma y recto, por lo que se decide realización de TAC abdomino-pélvico (Figura 1) en el que se identifica una imagen con forma de "V" y densidad calcio, de 3 cm de diámetro localizada en la luz de colon sigmoide. Dicha imagen se asocia a cambios inflamatorios y engrosamiento del segmento de colon afectado y mínima burbuja de aire extraluminal, sin líquido libre intraperitoneal.

Ante los hallazgos reinterrogamos al paciente y refiere masticación mínima de los alimentos de forma habitual e ingesta de pollo en los días previos al cuadro. Se realiza control mediante TAC y al observarse la no modificación de la localización del hueso, se decide su extracción mediante endoscopia (Figuras 2 y 3). Se realiza colonoscopia visualizándose hueso en forma de "V" con vértice distal impactado en la mucosa y procedemos a su retirada con asa de polipectomía (Figura 4), colocándolo con el vértice hacia la zona distal del colon para evitar lesiones de la mucosa.



**Figura 1** Imagen de TAC abdominal con visualización de imagen densidad calcio en la luz colónica.



**Figura 3** Misma imagen anterior tras insuflación y visualización de no enclavamiento en mucosa de colon.



**Figura 4** Extracción con asa de polipectomía del hueso de pollo.



**Figura 2** Visión endoscópica de hueso de pollo en colon sin insuflación.

**Discusión**

La ingestión de cuerpos extraños supone una consulta frecuente en los servicios de urgencias y constituye la segunda causa de realización de endoscopia digestiva alta urgente. La localización más frecuente es la esofágica y aunque hasta el 90% de los cuerpos extraños se eliminan espontáneamente se recomienda su extracción endoscópica precoz una vez identificados para evitar complicaciones (perforación, hemorragia, aspiración, neumomediastino, mediastinitis). Sólo el 1% de los cuerpos extraños ingeridos pueden producir perforación, pero como de éstas el 35% son producidas por objetos agudos o cortantes, en lo posible deberán extraerse antes de franquear el píloro<sup>3,4</sup>.

Nuestro paciente se presentó con dolor abdominal y sólo tras el hallazgo radiológico, el paciente nos informó sobre la posibilidad de ingesta accidental de hueso de pollo. La falta de deglución del paciente y lo inadvertido de su ingesta, no hizo posible el diagnóstico temprano ni el intento de extracción desde cavidad gástrica del mismo.



**Figura 5** Imagen comparativa de tamaño del hueso de pollo con aguja de inyección intramuscular.

Los cuerpos extraños en el colon y recto se encuentran en dos situaciones: cuerpos extraños que hayan sido ingeridos y progresado, o cuerpos extraños que han sido introducidos a través del canal anal. Los cuerpos extraños ubicados a nivel de la válvula ileocecal y del colon se extraen con el colonoscopio, previa preparación del colon para asegurar una visualización adecuada<sup>5</sup>.

La localización de un hueso es extraña en colon, ya que si es capaz de pasar por ileon sin dificultad, normalmente saldrá por vía natural. En nuestro caso, debido a la forma peculiar del hueso, paso por ileon y quedo enclavado en sigma. Es importante la valoración endoscópica en estos casos, si la situación clínica del paciente lo permite, pues los hallazgos radiológicos pueden supraestimar las lesiones. En nuestro caso, en la imagen de TAC había signos de una posible microperforación contenida, aunque clínicamente el paciente se encontraba asintomático. La retirada cuidadosa con adecuación de la postura del hueso, nos permitió su extracción sin daños para el paciente y evitando una eventual cirugía (Figura 5).

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Johnson D, Condon V. Foreign bodies in the pediatric patient. *Curr Probl Surg* 1998; 35: 332-364.
- 2.- Henderson CT, Engel J, Schlesinger P. Foreign body ingestion: Review and suggested guidelines for management. *Endoscopy* 1987;19:68-71
3. Llompart A, Reyes J, Ginard D, Barranco L, Riera J, Gayá J, et al. Abordaje endoscópico de los cuerpos extraños esofágicos. Resultados de una serie retrospectiva de 501 casos. *Gastroenterol Hepatol* 2002; 25 (7): 448-51.

4.- Gonuguntla V, Joshi DD. Rapunzel Syndrome: A Comprehensive Review of an Unusual Case of Trichobezoar. *Clin Med Res* 2009; 7 (3): 99-102.

5.- Clarkston WK. Gastrointestinal foreign bodies. When to remove them, when to watch and wait. *Postgrad Med* 1992; 92: 468.