

PERFORACIÓN GÁSTRICA CONTENIDA SECUNDARIA A PECULIAR CUERPO EXTRAÑO

E. Cañete-Celestino, P. Gómez Angulo-Montero, Y. Núñez-Delgado, G. López-Martín, A. García-Galera

Agencia Publica Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente

Resumen

La ingestión de cuerpos extraños es un problema clínico común. La mayor parte de las espinas de pescado pasan a través del tracto digestivo en un periodo aproximado de una semana, siendo inusual la perforación del tracto gastrointestinal (en un 1% de los casos)¹⁻³.

Se presenta el caso de una paciente que tras 2 meses de dolor epigástrico larvado e inespecífico, fue diagnosticada en nuestro centro de perforación gástrica contenida secundaria a ingestión de espinas de pescado, con posterior reacción a cuerpo extraño y abscesificación, diagnóstico inesperado y confirmado posteriormente mediante cirugía.

Palabras clave: Perforación gástrica, cuerpo extraño, espina de pescado.

Presentación del caso

Presentamos el caso de una mujer de 61 años con los siguientes antecedentes personales: Histerectomía, HTA, IRC por Fibrosis retroperitoneal idiopática, Enfermedad de Still con brotes en 2009 y 2010 y diagnosticada de Síndrome depresivo y Fibromialgia. Niega hábitos tóxicos.

La paciente acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por presentar dolor abdominal centrado en cuadrantes superiores de 2 meses de evolución. El dolor emperora tras la ingesta y los movimientos, pero es continuo y no respeta el sueño. Se acompaña de sensación febril sin termometrar, náuseas aunque no ha tenido vómitos, diarreas ni síndrome constitucional.

A la exploración física se encuentra un abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación difusa aunque más intenso a nivel epigástrico, sin signos de irritación peritoneal.

En el hemograma únicamente se aprecia discreta neutrofilia (76%) y en la bioquímica destaca un aumento de reactantes de fase aguda (PCR de 8,97 mg/dL).

La radiología convencional (RX de tórax y abdomen) no muestra alteraciones significativas.

Se realizó ecografía (Figura 1) y posterior TC abdominopélvica sin y con contraste intravenoso (Figura 2), en los que se evidenció una masa abdominal en íntima relación con

CORRESPONDENCIA

Esther Cañete Celestino
vecannete@gmail.com



Figura 1

Estudio de ecografía abdominal en la que aprecia masa de unos 42x30 mm de diámetros aproximados, situada por debajo y en íntima relación con músculos rectos anteriores, heterogénea, con infiltración inflamatoria de la grasa adyacente, si bien no se identifica hiperflujo vascular significativo en el estudio Doppler. Llama la atención la presencia de 2 imágenes muy ecogénicas y lineales (flecha blanca).

la curvatura menor del estómago, con cambios inflamatorios en la grasa adyacente e imágenes lineales radiodensas en su interior compatibles con cuerpos extraños.

Por lo tanto, tras los estudios de imagen realizados, el diagnóstico de presunción fue de perforación de estómago contenida y evolucionada secundaria a cuerpo extraño, probables espinas de pescado.

Se decide intervención quirúrgica donde se confirma la sospecha diagnóstica con el hallazgo de una tumoración abscesificada en ligamento gastrohepático, con comida digerida en su interior entre la que se identifica una estructura sugestiva de espina de pescado.

La Anatomía Patológica de la pieza quirúrgica concluyó que se trataba de inflamación aguda abscesificada, fibrosis y ulceración, descartándose la presencia de células neoplásicas.

La paciente fue dada de alta tras evolución satisfactoria con el diagnóstico final de absceso intraabdominal secundario a perforación contenida por cuerpo extraño (espinas de pescado).

Discusión

Las perforaciones del intestino por cuerpo extraño son poco frecuentes, ya que la mayoría son expulsados sin complicaciones. Sin embargo, hay ciertas localizaciones que por sus características constituyen puntos de riesgo: píloro, ángulo de Treitz, válvula ileocecal o unión de rectosigma².

También puede producirse perforación a nivel de un sacro herniario, divertículo de Meckel y apéndice^{1, 3}.

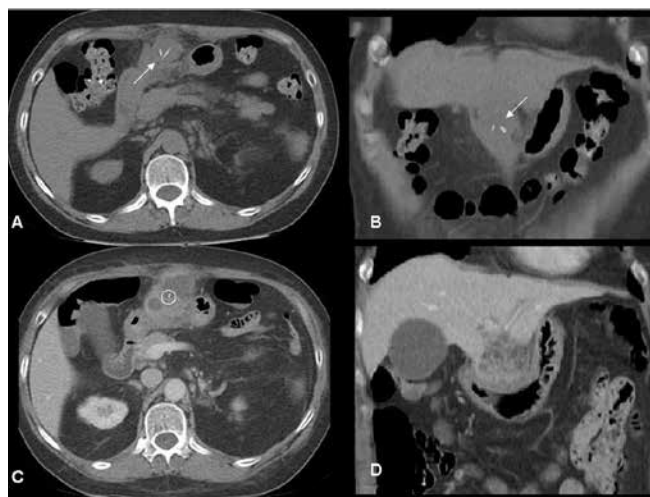


Figura 2

Imagen de TC en planos axial (A) y coronal (B) sin CIV donde se confirma la presencia de masa intraabdominal en ligamento gastrohepático, en íntima relación con la curvatura menor del estómago, asociada a marcados cambios inflamatorios en la grasa adyacente y con 2 imágenes radiopacas lineales en el interior compatibles con cuerpos extraños, probables espinas de pescado (flechas blancas). Imagen de TC en planos axial (C) y coronal (D) tras la administración de CIV, donde se aprecia el realce de la lesión de predominio periférico, heterogéneo, que asociado a los cambios inflamatorios sugiere absceso. Se visualiza también extremo de cuerpo extraño (círculo blanco).

Esta patología tiene una gran variedad de manifestaciones clínicas, inespecíficas en muchas ocasiones, y puede ser aguda o crónica³.

Existen varios factores predisponentes como el uso de dentaduras, la existencia de una patología mental o el alcoholismo.

En la mayor parte de los casos la ingestión es debida a objetos propios de la dieta del paciente, por lo que en muchas ocasiones el antecedente no es referido por el paciente en la anamnesis. El cuerpo extraño queda "atascado" al recorrer una zona estrecha o angulada y produce una reacción inflamatoria local con disrupción de la barrera mucosa, lo que facilita la traslocación de bacterias del tracto intestinal y la producción de un foco de infección que origina la perforación de la pared².

Para su correcto diagnóstico las técnicas de imagen se consideran indispensables. La radiología convencional es poco útil debido a la baja densidad de las espinas de pescado que no se detectan³. La ecografía y fundamentalmente la TC permiten localizar el segmento afecto y además posibilitan la visualización del cuerpo extraño. A pesar de ello, la TC tiene sus limitaciones y existe un amplio porcentaje de diagnósticos intraoperatorios debido a la ausencia de orientación clínica y a la dificultad de detectar una pequeña imagen radiodensa (en ausencia de sospecha diagnóstica el cuerpo extraño puede pasar desapercibido o puede incluso ser confundido con otras estructuras como vasos sanguíneos)^{2, 3}.

No obstante, los nuevos aparatos de TC que permiten cortes más finos y reconstrucciones multiplanares de alta calidad son de gran utilidad en el diagnóstico de este cuadro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goh B, Tan YM, Lin SE, Chow P, Cheah FK, Ooi L and Wong WK. CT in the Preoperative Diagnosis of Fish Bone Perforation of the Gastrointestinal Tract. *AJR* 2006; 187:710–714.
2. Guillén-Paredes MP, Lirón-Ruiz R, Torralba-Martínez JA, Martín-Lorenzo JM y Aguayo-Albasini, JL. Perforación intestinal por ingesta de espina de pescado. Importancia del diagnóstico por imagen. *Rev Esp Enferm Dig.* 2010. Vol. 102 (9): 569-570.
3. Choi Y, Kim G, Shim C and Kim D. Peritonitis with small bowel perforation caused by a fish bone in a healthy patient. *World J Gastroenterol.* 2014 Feb 14; 20(6): 1626–1629.