

INGESTA VOLUNTARIA DE CUERPOS EXTRAÑOS EN PACIENTE CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

DELIBERATE FOREIGN BODIES INGESTION IN A PATIENT WITH PSYCHIATRIC PATHOLOGY

J.P. Roldán-Aviña, S. Merlo-Molina, J. Ceballos-López, B. Cañas-Ortega, F. Muñoz-Pozo

Hospital de Alta Resolución de Écija. Écija. Sevilla.

Resumen

Comúnmente se aceptan tres grandes grupos de pacientes en los que es más frecuente la ingesta de cuerpos extraños: en la edad pediátrica, en reclusos y en pacientes con patología psiquiátrica. Existen algoritmos para su manejo dependiendo de la localización, el tamaño, la forma y el tipo de material ingerido, con particularidades en caso de pacientes psiquiátricos (encaminadas a evitar que la conducta se perpetúe).

Presentamos el caso de una paciente con trastorno de personalidad histriónico y demencia postraumática que condicionaban conductas autolíticas que en un período de tres meses tuvo varias asistencias en Urgencias por ingesta voluntaria de cuerpos extraños (IVCE).

Palabras clave: cuerpo extraño gastrointestinal, ingesta voluntaria, patología psiquiátrica.

Abstract

Commonly three large groups of patients are accepted where foreign bodies ingestion is usually seen: in the pediatric age, in inmates and in patients with psychiatric pathology. There are algorithms for its management depending on the location, size, shape and type of material ingested, with particularities in the case of psychiatric patients (aimed at preventing the behavior from being perpetuated).

We present the case of a patient with histrionic personality disorder and post-traumatic dementia that conditioned autolytic behaviors that had several assists in the Emergency Department for a voluntary intake of foreign bodies over a period of three months.

Keywords: gastrointestinal foreign body, deliberate ingestion, psychiatric pathology.

Introducción

La ingesta intencional de cuerpos extraños es relativamente frecuente en pacientes con discapacidad intelectual, desórdenes mentales, abuso de drogas, patología psiquiátrica o por existencia de motivaciones externas como en los presos encarcelados. Cuando la ingesta es repetida, puede formar parte de un síndrome de

CORRESPONDENCIA

Juan Pastor Roldán Aviña
Hospital de Alta Resolución de Écija
41400 Écija (Sevilla)
jproldan@aecirujanos.es

Fecha de envío: 05/08/2019

Fecha de aceptación: 27/08/2019

automutilación y/o de comportamientos de búsqueda de atención. El tratamiento dependerá de las características de los objetos ingeridos, su localización y de la de complicaciones, y deberá incluir la valoración del estado de la salud mental de los pacientes.

Caso clínico

Mujer de 50 años de edad, con trastorno histriónico de la personalidad, demencia postraumática de predominio fronto-parietal (traumatismo craneoencefálico severo trece años antes) con varios intentos de autolisis previos. Es traída a Urgencias por haberse tragado una piedra tras una discusión familiar, no presentando síntomas digestivos ni respiratorios y con exploración física sin alteraciones. En la radiografía (Rx) se apreciaba un cuerpo extraño de densidad calcio a nivel del estómago (**Figura 1**). Tanto Digestivo como Cirugía coinciden en que se puede realizar tratamiento conservador con observación domiciliar y controles radiológicos.



Figura 1
Radiografía simple de abdomen (día 0): ingesta de piedra (única).

El mismo día que tenía previsto el primer control, es traída a Urgencias por haber ingerido tres piedras tras otra discusión familiar la noche anterior, encontrándose asintomática y con exploración física normal. En la Rx ya no se ve la primera piedra, y se apreciaban tres imágenes de densidad calcio a nivel de la fosa ilíaca derecha (**Figura 2**). Tras consultar con equipo de Cirugía de guardia se opta nuevamente por tratamiento conservador y se le indica a la familia que contacten con el equipo de salud mental de distrito (ESMD) por si fuese necesario modificar la medicación (quetiapina 200 mg cada 12 horas, lorazepam 2,5 mg cada 8 horas, fluoxetina 40 mg cada 12 horas, haloperidol 3 mg + clorazepato dipotásico 15 mg si presenta agitación). A las 48 horas las piedras aparecen en las heces por lo que no precisó control radiológico.



Figura 2
Radiografía simple de abdomen (día 7): ingesta de piedras (tres).

Unas tres semanas después del primer episodio es traída nuevamente a Urgencias por haber ingerido una piedra sin ningún desencadenante previo. En la Rx se apreciaba una imagen de densidad calcio a nivel de la cámara gástrica (**Figura 3**). Tras revisar episodios previos, y atendiendo al menor tamaño de la piedra ingerida respecto a ocasiones anteriores, Cirugía y Digestivo recomiendan una vez más tratamiento conservador insistiendo a la familia en la absoluta necesidad de que sea revisada en su ESMD.



Figura 3
Radiografía de abdomen en bipedestación en proyecciones AP y L (día 23): ingesta de piedra (única).

Poco más de un mes después, volvió a Urgencias por haberse tragado una moneda tras una discusión familiar. En esta ocasión presentó sensación nauseosa con un vómito de aspecto alimentario. En la Rx se visualizaba un cuerpo extraño metálico a nivel gástrico distal o duodenal proximal (**Figura 4**). La misma paciente realizaba crítica de lo sucedido y comentando que no se estaba tomando todo el tratamiento prescrito. Se dio de alta para observación domiciliaria y en Rx a los tres días ya no se veía la moneda.



Figura 4 Radiografía simple de abdomen (día 62): ingesta de moneda (única).

En la actualidad, tras nueve meses desde el primer episodio la paciente no ha vuelto a ingerir cuerpos extraños. Tras el último episodio la paciente ingresó en una residencia asistida.

Discusión

La ingesta de cuerpos extraños (CE) se produce sobre todo en la edad pediátrica (80% de todos los casos)¹. En los adultos las causas se pueden agrupar en accidentales o voluntarias, presentando una proporción de 3:2². En este último grupo encontramos a pacientes con trastorno límite de la personalidad, esquizofrenia, psicosis, trastorno obsesivo-compulsivo y conductas suicidas/parasuicidas²⁻⁴. Cuanto mayor es el número de episodios de IVCE, mayor es el porcentaje de pacientes que presentan trastornos psiquiátricos³, y al estudiar los factores de riesgo el patrón más común es el de un paciente de sexo masculino, encarcelado o con alguna enfermedad psiquiátrica⁵. En numerosas ocasiones estos factores etiológicos y de riesgo no son únicos, y pueden presentarse varios de forma simultánea.

Ante un paciente con una IVCE se deben valorar cinco aspectos: localización, número y tipo del CE, motivación para su ingesta y la existencia de diagnósticos psiquiátricos previos³. Así mismo deben recogerse si existen factores desencadenantes como los conflictos

interpersonales, económicos, de pareja y/o familiares, que además deben considerarse también como factores de vulnerabilidad³. El cuadro clínico dependerá de la naturaleza, localización y progresión del CE, y de la existencia o no de lesiones asociadas⁶. En la mayoría de los casos los pacientes se encuentran asintomáticos⁷⁻¹⁰.

En Urgencias la primera prueba diagnóstica que suele pedirse es la Rx de abdomen (sensibilidad 32% y especificidad 91%)¹⁰, donde hasta un tercio de los CE no son visibles⁸ y cuya indicación principal será para CE metálicos, huesos, raspas/espinas de pescado o cuando se desconozca el tipo de CE⁷. Cuando se trate de CE pequeños o ante la sospecha de perforación intestinal la prueba de elección será un TAC de abdomen^{7,10}. Específicamente se desaconseja la utilización de contraste baritado vía oral tanto por el riesgo de aspiración como por empeorar la visibilidad en caso de que se precise la realización de una endoscopia^{7,10}.

No debemos olvidar que el 80-90% de los CE terminan pasando de forma espontánea a lo largo de todo el tubo digestivo, necesitando sólo un 10% de extracción endoscópica y menos de un 1% de tratamiento quirúrgico^{1,2,7,9}. Por lo tanto, en la gran mayoría de los casos se recomendará tratamiento conservador con observación domiciliaria (pacientes asintomáticos, con CE <2 cm de diámetro o >5-6 cm de largo y que sean romos), excepto en la ingesta de pilas de botón o de imanes^{7,10}, siempre y cuando el estado de salud mental del paciente lo permita⁹. Se deberán revisar las heces en busca del CE, realizando controles radiológicos semanales^{7,10}. Pasadas 3-4 semanas si el CE permanece a nivel gástrico está indicada la realización de una endoscopia^{7,10}. En pacientes reincidentes con IVCE la evaluación psiquiátrica especializada es mandatoria, y en pacientes que precisen ingreso hospitalario es imprescindible^{4,9,10}. Como es lógico el tratamiento quirúrgico queda reservado ante la aparición de complicaciones o por fracaso en la extracción endoscópica en pacientes sintomáticos o en pacientes con CE que presenten riesgo de perforación^{1,8,11}.

Mediante el análisis de diversas variables se puede determinar desde el punto de vista del pronóstico la necesidad de: ingreso hospitalario (número de CE ingeridos y aumento leucocitos); tratamiento endoscópico (múltiples CE, aumento leucocitos y tamaño >5 cm); y tratamiento quirúrgico (número de CE ingeridos, localización postpilórica, fallo tratamiento endoscópico y aumento leucocitos)⁸. Respecto a la posibilidad de perforación intestinal las variables pronósticas son: la existencia de un CE alargado y afilado (espina de pescado, hueso de pollo o mondadientes) localizado en angulaciones del intestino delgado (generalmente asas de íleon)¹¹.

En pacientes con IVCE, se deberán tener en cuenta la existencia de antecedentes psiquiátricos y/o de factores desencadenantes modificables, solicitando cuando se considere necesario valoración por parte de psiquiatría.

Bibliografía

1. Banse C, Gorrón R, Cardemil D, Riquelme V, Cardemil P, Birrer AM. Ingestión de cuerpo extraño asociado a trastorno psiquiátrico. Cuad Cir 2003; 17: 47-51.
2. Qureshi A, Cunningham J, Naz S. Common etiology of foreign body ingestion. Surg Med Open Acc J 2018; 1: 1-5.

3. Dadá MS, Rodríguez-Baeza A. Caso inusual de ingesta voluntaria de cuerpo extraño en paciente con comportamiento parasuicida. *Rev ORL* 2018; 9: 89-91.
4. Poynter BA, Hunter JJ, Coverdale JH, Kempinsky CA. Hard to swallow: a systematic review of deliberate foreign body ingestion. *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33: 518-524.
5. Grimes IC, Spier BJ, Swize LR, Lindstrom MJ, Pfau PR. Predictors of recurrent ingestion of gastrointestinal foreign bodies. *Can J Gastroenterol* 2013; 27: e1-e4.
6. Palomeque A, el Adel M, González C, García JM. Ingesta masiva de cuerpos extraños. *Cir Andal* 2009; 20: 196-198.
7. Caballero-Mateos AM, Martínez-Cara JG, Jiménez-Rosales R, Redondo-Cerezo E. Manejo de cuerpos extraños en el tracto digestivo superior. *RAPD Online* 2018; 41: 73-77.
8. Dalal PP, Otey AJ, McGonagle EA, Withmill ML, Levine EJ, McKimmie RL et al. Intentional foreign object ingestions: need for endoscopy and surgery. *J Surg Res* 2013; 184: 145-149.
9. Palese C, Al-Kawas FH. Repeat intentional foreign body ingestion: the importance of multidisciplinary approach. *Gastroenterol Hepatol (NY)* 2012; 8: 485-486.
10. Chhabra T, Dalal S, Singh M, Bhatia C, Beniwal JP. Foreign body ingestion in a patient with psychiatric illness. *JCR* 2018; 8: 91-94.
11. Nicolodi GC, Trippia CR, Cabodio MF, Gomes de Castro F, Miller WP, Rodrigues de Lima R et al. Intestinal perforation by ingested foreign body. *Radiol Bras* 2016; 49: 295-299.