

# ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A ESPINA DE PESCADO: PAPEL DE LA IMAGEN EN EL ESTUDIO DE CUERPOS EXTRAÑOS.

ACUTE ABDOMEN DUE TO FISH BONE: ROLE OF THE IMAGING IN THE STUDY OF FOREIGN BODIES.

Garrido Márquez I, Fernández Navarro L, Moya Sánchez E

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

### Resumen

Los cuadros de abdomen agudo como consecuencia de la presencia de cuerpos extraños pueden tener diversas manifestaciones clínicas, la mayoría inespecíficas, por lo que las pruebas de imagen, sobretodo la tomografía computarizada (TC), cobran un papel fundamental en su diagnóstico.

Presentamos el caso de un paciente con sospecha clínica inicial de apendicitis aguda, donde gracias al estudio radiológico se detecta la presencia de una espina de pescado en un asa de íleon distal, consiguiendo realizar un diagnóstico temprano y evitar así las complicaciones derivadas de una eventual perforación intestinal.

**Palabras clave:** cuerpo extraño, espina de pescado, íleon, intraluminal, imagen.

### Abstract

The condition of acute abdomen as a consequence of existing foreign bodies may have diverse clinical manifestations, most of them non-specific. For this reason, imaging tests, especially computed tomography (CT), play a major role in its diagnosis.

We present the case of a patient with clinical suspicion of acute appendicitis, in which thanks to the radiologic study, the presence of a fishbone in the distal ileum was detected. This allowed an early diagnosis and prevented the complications from an eventual intestinal perforation.

**Keywords:** foreign body, fish bone, ileum, intraluminal, imaging.

### Introducción

Presentamos el caso de un varón de 38 años sin antecedentes de interés, que consulta por dolor abdominal de unas 12 horas de evolución, de inicio periumbilical y desplazado hacia fosa ilíaca derecha (FID), con sensación distérmica.

A la exploración presenta abdomen doloroso a la palpación profunda en FID, con cierta defensa voluntaria. Analíticamente destaca PCR de 14 mg/L, 13,6x10<sup>3</sup>/microL leucocitos, con 81,6% de neutrófilos.

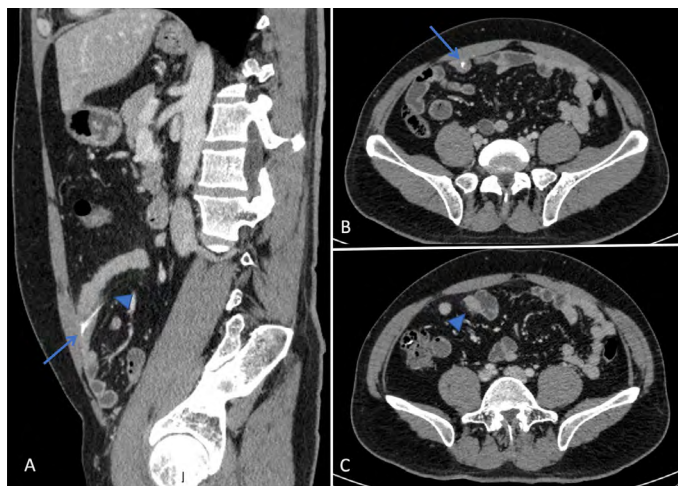
#### CORRESPONDENCIA

Laura Fernández Navarro  
Hospital Universitario Clínico San Cecilio  
18016 Granada  
[laurafnrx@gmail.com](mailto:laurafnrx@gmail.com)

Fecha de envío: 20/01/2021

Fecha de aceptación: 18/04/2021

Se solicita una ecografía para despistaje de apendicitis aguda, que se descarta, si bien se visualiza asa de íleon en hemiabdomen derecho ligeramente distendida y con peristaltismo disminuido, por lo que se completa con TC abdominopélvico con contraste intravenoso(iv), donde se observa cuerpo extraño hiperdenso lineal intraluminal, con apariencia de espina de pescado, a nivel de un asa de íleon distal (flecha en **Figura 1A y 1B**), que se enclava y parece atravesar la pared intestinal (cabeza de flecha **Figura 1A**). Se asocian discretos cambios inflamatorios de la grasa del meso adyacente (cabeza de flecha **Figura 1A y 1C**), sin evidencia de gas extraluminal, líquido libre, ni colecciones asociadas.



**Figura 1**

TC de abdomen y pelvis con contraste iv, en plano sagital, donde se identifica en íleon distal un cuerpo extraño hiperdenso lineal intraluminal sugerente de espina de pescado (flecha), que se enclava y parece atravesar la pared intestinal, con discreta hiperdensidad de la grasa del meso adyacente (cabeza de flecha). 1B y 1C: TC de abdomen y pelvis con contraste iv, en plano axial, donde se visualiza el cuerpo extraño intraluminal (flecha en B) y los cambios inflamatorios asociados en la grasa del meso adyacente (cabeza de flecha en C).

El paciente fue intervenido de enterostomía de íleon medio-distal, donde se encuentra alojado cuerpo extraño compatible con espina de pescado, que no produce perforación intestinal, con área de fibrina e inflamación en el borde mesentérico del asa, donde posiblemente se hubiera enclavado.

## Discusión

La ingesta de cuerpos extraños es un problema común en urgencias, que en determinadas ocasiones requiere una intervención debido a sus posibles complicaciones, sea endoscópica (20%) o quirúrgica (1%), si bien la mayoría de los mismos (80-90%) pueden eliminarse sin necesidad de tratamiento hospitalario<sup>1</sup>.

Existen clasificaciones de los cuerpos extraños basadas en la ubicación del objeto dentro del tracto gastrointestinal (esofágicos, gástricos, intestinales o colorrectales), otras que utilizan el mecanismo de entrada como criterio de clasificación (ingeridos, aspirados o insertados) y otras según las características del objeto en sí (contundentes, puntiagudos, largos, etc)<sup>2</sup>.

La presentación clínica de estos pacientes usualmente es asintomática. Alternativamente, pueden presentarse con una amplia gama de síntomas, que varían según la ubicación, las características físicas y el contenido del objeto. Sin embargo, el área de la incomodidad no siempre se correlaciona con precisión con el sitio de impactación. La presencia de dolor abdominal intenso y que aumenta con el movimiento junto con fiebre y/o escalofríos y el antecedente de ingesta, hace que el diagnóstico de perforación gástrica o de intestino delgado sea más probable. Por último, los síntomas comunes de cuerpos extraños localizados en región colorrectal incluyen el dolor abdominal o rectal asociado o no a estreñimiento, rectorragia o incontinencia<sup>2</sup>.

La mayoría de cuerpos extraños ingeridos pasan sin problemas a las heces, sin embargo objetos largos, duros o afilados, como espinas de pescado, huesos de pollo o palillos de dientes, pueden causar perforaciones<sup>3</sup>.

Para su diagnóstico, las pruebas de imagen juegan un papel fundamental y un desafío debido a que muchos objetos son radiolucentes<sup>4</sup>. Normalmente se comenzará con una radiografía simple de la región sospechosa, aunque casi siempre será necesaria la realización de una TC para obtener la localización exacta y para el diagnóstico de posibles complicaciones asociadas, debido a su mayor sensibilidad y especificidad. Las indicaciones para la radiografía pueden ser subdivididos de acuerdo con los propósitos de diagnóstico inicial o eliminación. Para el propósito del diagnóstico inicial, las radiografías pueden confirmar la ubicación, el tamaño, la forma y el número de cuerpos extraños ingeridos y puede ayudar para excluir objetos aspirados. Estas pruebas de imagen pueden identificar la mayoría de los cuerpos extraños, especialmente si es probable que el objeto sea radiopaco. Sin embargo, como se ha comentado anteriormente, los cuerpos extraños no radiopacos son comunes, lo cual limita la confiabilidad de las radiografías para la evaluación inicial. Ejemplos de objetos radiolucentes son las espinas de pescado, huesos de pollo, madera, plástico y metal fino<sup>1</sup>.

La TC se considera una herramienta sensible para la detección de cuerpos extraños, sobre todo en la región orofacial, donde llega al 100%, con una especificidad de entre el 81 y el 100%<sup>4</sup>. Hallazgos extraluminales como neumoperitoneo localizado y rarefacción de la grasa adyacente a un segmento intestinal engrosado sugieren la posibilidad de que un cuerpo extraño haya causado una perforación focal, por lo que se debe llevar a cabo un rápido análisis específico en busca del cuerpo extraño<sup>3</sup>.

El uso de medios de contraste intravenoso no está claramente definido en la literatura, pero es cierto que está bien establecido para el diagnóstico de procesos inflamatorios abdominales y complicaciones tales como abscesos, peritonitis o formación de fístulas<sup>1</sup>. Más controvertido es el uso de agentes de contraste oral debido al riesgo potencial de aspiración, a que pueden ocultar al propio cuerpo extraño y además comprometer la endoscopia posterior.

Como conclusión, es relativamente frecuente encontrar en la TC del abdomen y pelvis cuerpos extraños ingeridos accidentalmente. Una historia clínica bien dirigida es muy importante para orientar el diagnóstico, si bien en la mayoría de las situaciones será necesaria una prueba de imagen. El radiólogo necesitará caracterizar con precisión

la naturaleza exacta y ubicación de cualquier cuerpo extraño que se detecte para dirigir adecuadamente al médico responsable ante un posible tratamiento quirúrgico o endoscópico.

## Bibliografía

1. Gueifguat M, Kaplinskiy V, Reddy SH, DiPoce J. Clinical Guidelines for Imaging and Reporting Ingested Foreign Bodies. *American Journal of Roentgenology*. 2014;203(1):37-53. doi:10.2214/AJR.13.12185.
2. Obinwa O, Cooper D, O'Riordan JM, Neary P. Gastrointestinal Foreign Bodies. *Actual Problems of Emergency Abdominal Surgery*. Published online September 21, 2016. doi:10.5772/63464.
3. 'Gayer G, Petrovitch I, Jeffrey RB. Foreign Objects Encountered in the Abdominal Cavity at CT. *RadioGraphics*. 2011;31(2):409-428. doi:10.1148/rg.312105123.
4. 'Tseng H-J, Hanna TN, Shuaib W, Aized M, Khosa F, Linnau KF. Imaging Foreign Bodies: Ingested, Aspirated, and Inserted. *Annals of Emergency Medicine*. 2015;66(6):570-582.e5. doi:10.1016/j.annemergmed.2015.07.499.