

Ingestión de cuerpos extraños alojados en el estómago y el duodeno

A propósito de 6 observaciones solucionadas quirúrgicamente

*Dres. ALBERTO ESTEFAN y JUAN CHIFFLET **

La ingestión de cuerpos extraños es una entidad conocida desde hace años por el cirujano, pero la necesidad de acción quirúrgica para el tratamiento de los mismos es poco frecuente. Desde la primer gastrotomía realizada en el hombre, para la extracción de un C.E., efectuada por Mathis en 1602, se han reportado numerosos casos en la literatura mundial, entre los cuales deben ser resaltados las series de Henderson y Gaston sobre 800 casos, y la de Wolfler y Lieblein sobre 1.184 casos.

Clásicamente se reconocen 3 tipos de C.E.: 1) C.E. deglutidos; 2) C.E. introducidos a través de la pared; y 3) Bezoares (tricobezoares, fitobezoares y concreciones).

Esta comunicación tiene por objeto presentar 5 casos de C.E. deglutidos, localizados en el gastroduodeno, que requirieron su extracción quirúrgica.

Los objetos que se hallan en el tracto gastrointestinal son aquellos que han sido deglutidos accidental, deliberada o compulsivamente. Esquemáticamente pueden reconocerse 2 tipos de pacientes que deliberadamente tragan C.E.: 1) aquellos que adolecen de desequilibrios síquicos de naturaleza e intensidad variable y 2) aquellos que lo hacen con la finalidad de autoeliminación. En la literatura mundial pueden encontrarse numerosos casos al respecto, pero tal vez el más notable es el referido por Chalk y Foucar de un paciente maniacodepresivo a quien se le extrajeron por laparotomía 2.533 C.E.

La naturaleza de los objetos deglutidos es tan variada que es imposible su clasificación, pero no obstante, es de gran importancia resaltar la rigidez y su forma, si son largos o cortos y si tienen uno o varios extremos agudos.

Genéricamente si un C.E. franquea el cardias se considera que puede transitar por todo el tracto gastrointestinal sin complicaciones. De la serie de Henderson y Gaston se desprende que el tiempo necesario para la eliminación por vías naturales del C.E. varía porcentualmente entre 5 y 11 días, con extremos de 1 día y 10 meses. No obstante, en aproximadamente un 5 % de los casos pueden quedar retenidos en cualquier sector del tubo digestivo, pero principalmente a nivel del píloro, duodeno, ángulo duodenoyeyunal y ángulo ileocecal.

El atrapamiento es más fácil que se presente cuando existe una patología previa que lo favorece (alteraciones inflamatorias o estenosis de etiología variable), u objetos largos, rígidos y/o de extremidades agudas. Aún en ausencia de toda patología estenosante gástrica, los C.E. pequeños pueden permanecer indefinidamente en este órgano o avanzar luego de un período de tiempo variable. Una vez que han sorteado el píloro, el próximo obstáculo está representado por los ángulos duodenales y sobre todo el duodenoyeyunal (De Backey y Cooley). A posteriori el mayor obstáculo es el ángulo ileocólico, que es el último stop previsible para su eliminación. Según Veau que estudió 31 C.E. de duodeno, de los cuales fueron operados el 67.6 % (21 casos), la topografía de la detención fue: ángulo D2-D3 76.6 %; D1 17.6 % y D3 5.8 %.

Las complicaciones que se pueden suscitar en el tránsito de los C.E. por el tracto gastrointestinal son: la perforación, la hemorragia y la obstrucción.

En la serie de 800 casos de Henderson y Gaston, la perforación se produjo en el 1 % de los casos, encontrando que el 50 % de ellas se localizaron en el estómago y duodeno (36.6 % y 13.9 % respectivamente), siendo en este último la topografía más frecuente el ángulo D2-D3 (Veau); y el resto en partes iguales en intestino delgado (16.6 %), ciego (15.3 %) y colon (16.6 %). No siempre la perforación es ruidosa y así se han descrito 2 casos en que los C.E. fueron hallados uno en retroperitoneo y otro en pared abdominal, años luego de su ingestión. El cuadro agudo de peritonitis se veía en el 25 %, mientras que el resto lo haría de forma más o menos solapada (Henderson y Gaston).

Un objeto filoso o puntiagudo puede desgarrar la mucosa y producir una hemorragia (0.1 %), que se manifiesta por una melena y más raramente por una hematemesis (caso de Bende de hemorragia aguda por perforación de la mesentérica superior por espina de pescado).

La obstrucción se veía en los que tienen gran cantidad de C.E. y sobre todo en los bezoares.

Diagnóstico.— El diagnóstico debe efectuarse por los antecedentes y sobre todo por los estudios radiológicos que son imprescindibles, ya que confirman el diagnóstico y dan la topografía exacta de los C.E. La radiografía contrastada puede precisar el diagnóstico to-

* Adjunto y Auxiliar de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "2", presentado el 27 de octubre de 1971.

pográfico y ayuda a diagnosticar y topografiar los C.E. radiotransparentes. El estudio radiológico tiene un papel importante en el diagnóstico de las complicaciones.

Tratamiento.— Contrasta nítidamente la unanimidad de criterios que existe para el tratamiento de los C.E. del esófago con la disparidad de conductas cuando los mismos se hallan en el estómago o duodeno.

No hay ni pueden darse reglas absolutas para su tratamiento, cada caso debe ser encarado y tratado de acuerdo a sus propias características.

En el tratamiento de los C.E. gastroduodenales se impone la necesidad de un equipo de trabajo constituido por radiólogo, endoscopista y cirujano, asumiendo cada uno su papel de acuerdo a la localización, características y/o presencia o no de complicaciones de los C.E.

El tratamiento de los C.E. ingeridos depende de: naturaleza, tipo y número de objetos, y de la presencia o no de complicaciones. Dado que en la mayoría de los casos los C.E. atraviesan el tracto digestivo sin complicaciones, lo aconsejable es el tratamiento conservador con vigilancia clínica y radiológica del enfermo.

Las indicaciones quirúrgicas incluyen: 1) falta de avance o signos de enclavamiento del C.E. en estudios radiológicos sucesivos; 2) objetos muy largos, filosos o de extremidades agudas; 3) número elevado de C.E.; 4) presencia de complicaciones.

Previo al acto operatorio debe realizarse una radiografía simple de abdomen con el fin de constatar que no ha habido modificaciones en la topografía del C.E.

La táctica que se aconseja seguir es la siguiente: 1) en los C.E. de estómago: gastrostomía, que bien efectuada es un procedimiento que no ofrece riesgos adicionales y soluciona el problema en forma definitiva; 2) en los C.E. de duodeno: de preferencia debe efectuarse el traslado al estómago por maniobras suaves, atraumáticas y su extracción por gastrostomía, en caso de que esto sea imposible se hará duodenotomía longitudinal, extracción del C.E. y cierre transversal del órgano.

Obs. 1.— L. V. 18 años. Sexo masculino. Hace 24 horas ingestión de C.E. (mango de cuchara de aproximadamente 12-14 cms.) con sensación de desgarramiento a la orofaringe. Desde hace 12 horas dolor sordo de epigastrio. Al examen s/p. Estudio radiológico: Rx. simple: objeto radiopaco de 14 cms. de extremidad filosa superior situada a nivel de D12-L1. Gastroduodeno: objeto encastrado en ángulo D1-D2 con extremidad posterior en estómago. Estudios Rx. y radioscópicos seriados, demuestran objeto en situación invariable por lo que se decide su intervención 6 días después de la ingestión.

Operación: Anestesia general. Incisión mediana supraumbilical. Mango de cuchara enclavado en ángulo D1-D2 y extremidad posterior filosa emergiendo en el antro gástrico. Gastrostomía y extracción del C.E. Buena evolución posoperatoria, alta al 5º día.



Fig. 1.— Radiografía simple del primer caso.

Obs. 2.— L.P. 28 años. Sexo masculino. Hace 6 horas ingestión de C.E. (mango de cuchara). Examen: s/p. La Rx. simple de abdomen muestra el C.E. con forma de mango de cuchara de aprox. 15 cms., en situación paravertebral, extendiéndose desde L1 a L4, con extremidad redondeada inferior. Gastroduodeno (al día siguiente), que muestra al C.E. en la misma situación que correspondía al objeto encastrado en ángulo D2-D3. El estudio Rx. y radioscópico seriado demuestra C.E. en situación incambiada por lo que se decide operar 1 día después.

Operación: Anestesia general. Incisión mediana supraumbilical. Mango de cuchara encastrado en ángulo D2-D3, que con maniobras suaves se logra ascender hasta el estómago de donde se extrae por gastrostomía. Posoperatorio bueno, alta al 6º día.

Obs. 3.— L.G. 19 años. Sexo masculino. Hace 6 horas ingestión de mango de cuchara. Refiere dolor sordo en epigastrio. Examen s/p. Rx. simple a las 24 horas muestra el C.E. de 14 cms. a nivel de L2-L3. Al día siguiente gastroduodeno, en el cual se comprueba que el C.E. se encuentra en estómago. Estudio Rx. y radioscópico seriado muestra objeto en situación incambiada, por lo que se decide la intervención 7 días después.



FIG. 2.—Estudio radiológico de gastroduodeno del caso 2

Operación: Anestesia general. Mediana supraumbilical. Mango de cuchara en estómago que se extrae por gastrotomía. Posoperatorio: corticopleuritis de base pulmonar izq. que retrocede rápidamente. Alta al 8º día.

Obs. 4.—E.E. 43 años. Sexo masculino. Antecedentes de haber sido operado en 2 oportunidades por C.E. de estómago y colon. Desde hace 25 días refiere ingerir C.E. (mango de cuchara, alambres y trozos de hojalata). Estudios radiológicos demuestran que los C.E. se hallan situados en estómago, duodeno y ciego.

Operación: Anestesia general. Incisión mediana supraumbilical reseca cicatriz anterior. Se comprueba múltiples C.E. en estómago, duodeno (D1 y D2) y 1 en ciego. Gastrotomía extrayéndose 6 alambres y 1 mango de cuchara. Duodenotomía con extracción de 14 alambres con longitud entre 6 y 10 cms. de largo. Cecotomía y extracción de 1 alambre en forma de espiral de 6 cms. de longitud. Posoperatorio bueno; alta al 15º día.

Obs. 5.—N.R. 20 años. Sexo femenino. Durante un coma de origen neurológico, se le coloca sonda Levin nasogástrica, que a posteriori es ingerida en su totalidad. Rx.: se comprueba sonda arrollada en su totalidad en la cavidad gástrica. A los 7 días, luego de recuperarse del coma se decide su intervención.

Operación: Anestesia general. Paramediana izquierda. Gastrotomía y extracción de la sonda. Postoperatorio bueno.

Obs. 6.—A.B. 28 años. Sexo masculino. Ingestión de alambres (2), hace 2 días.

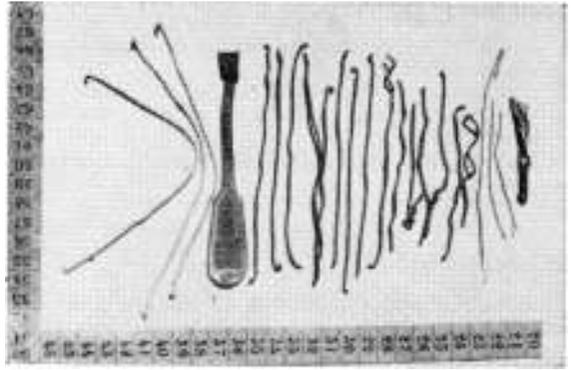


FIG. 3.—Cuerpos extraños; mango de cuchara y alambres extraídos del estómago del 4º paciente.

Desde hace 24 horas dolor sordo, continuo en epigastrio e hipocondrio izquierdo. Dolor discreto a la compresión en hipocondrio izquierdo.

Radiografía simple de abdomen: cuerpo extraño paravertebral derecho a nivel de L1 y otro paravertebral izquierdo sobre L1-L2.

Gastroduodeno: cuerpo extraño fijo en ángulo D3-D4. El estudio radioscópico seriado demuestra la situación incambiada de los cuerpos extraños, por lo cual al 5º día se decide su extracción quirúrgica.

Operación: Anestesia general. Mediana supraumbilical. Cuerpo extraño en estómago (alambre de 10 cm.) que se extrae por gastrotomía.

Cuerpo extraño (alambre de 7 cm.) enclavado en ángulo D3-D4, que se extrae por duodenotomía longitudinal y cierre transversal.

Alta al 6º día.

COMENTARIO

De las 6 observaciones de cuerpos extraños, 5 pertenecen al Hospital Penitenciario y fueron ingeridas voluntariamente por pacientes que presentaban disturbios síquicos de diversa entidad.

En ninguno de los casos hubieron complicaciones imputables a los cuerpos extraños, surgiendo la indicación quirúrgica por el atrapamiento y/o detención de los mismos, demostrada por el estudio radiológico seriado.

La detención se produjo a nivel del estómago en 4 casos, y en el duodeno en 4 (2 en ángulo D1-D2, 1 en D2-D3 y 1 en D3-D4).

En 4 casos, los objetos fueron extraídos por gastrotomía (2 gástricos y 2 duodenales), y 2 por duodenotomía; en 1 caso adicional se extrajo por cecostomía otro cuerpo metálico.

En ninguno de los pacientes se presentaron complicaciones posoperatorias imputables al procedimiento quirúrgico.

RESUMEN

Se delimita el tema al estudio de los C.E. ingeridos y a topografía gastroduodenal, señalando las características más importantes y sus posibles complicaciones en vistas a su tratamiento quirúrgico.

Se establecen las indicaciones operatorias.

Se relatan 6 casos operados.

RESUMÉ

Etude des corps étrangers ingérés, avec une topographie gastroduodénale.

Description des caractéristiques les plus importantes et des complications possibles en vue du traitement chirurgical.

Six cas sont présentés et les indications opératoires sont posées.

SUMMARY

Extraneous bodies swallowed by patients and their gastroduodenal topography constitute the subject of this paper. Their most important characteristics and possible complications are described from the point of view of their surgical treatment; operatory indications are set forth. Case material includes 6 patients.

BIBLIOGRAFIA

1. CHALK, S. C. and FOUCARD, H. Q. Foreign bodies in the stomach. *Arch. Surg.*, 16: 494, 1928.
2. CLERK, L. H. Foreign bodies in the gastro-intestinal tract. *Surg. Clin. N. Amer.*, 14: 77, 1934.
3. EITEL, C. D. Ingested foreign bodies in the gastro-intestinal tract requiring surgical removal. *Minnesota Med.*, 18: 52, 1935.
4. HENDERSON, F. F. and GASTON, E. E. Ingested foreign body in the gastro-intestinal tract. *Arch. Surg.*, 36: 66, 1938.
5. KELLOGG, E. The duodenum. Hoeber's Surgical Monographs. New York, 1933.
6. LAMAS POUHEY, E. y SUAREZ SEITONE, R. Oclusión intestinal. Perforaciones por múltiples cuerpos extraños ingeridos. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 9: 433, 1938.
7. LANGON, A. B. Peritonitis por perforación de intestino, producidas por ingestión de un cuerpo extraño. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 2: 163, 1931.
8. MAINGOT, R. Operaciones abdominales, 4ª edición. 1: 75-86, 1966.
9. MANGES, W. The roentgenology of foreign bodies in the esophagus and gastro-intestinal tract. *Surg. Clin. N. Amer.*, 14: 88, 1934.
10. SHALLOW, T. A. The treatment of foreign bodies in the gastrointestinal tract from the surgeon's view point. *Surg. Clin. N. Amer.*, 14: 57, 1934.
11. WOLFLER, A. and LIEBLEIN, V. Die fremdkörper des magendarmkanals des menschen, in von Billroth, T., and Leucke, G. A. *Deut. Chir.*, Stuttgart, Ferdinand Encke, 1909.