

Perforación sigmoidea por baritoma

Dres. Juan A. Lorenzelli y Héctor García Pierce

Se presenta un caso de interés por su baja frecuencia, pero sobre el que debemos estar siempre prevenidos.

El baritoma detenido por mucho tiempo en el recto-sigmoides va a producir una perforación por úlcera de decúbito al apoyar sobre tejidos vecinos inextensibles como lo es la pared pelviana.

La peritonitis fecaloides que sobreviene, mata rápidamente al paciente.

Este caso fue resuelto favorablemente, resecaando un segmento de recto-sigmoides que incluye el baritoma, cierre del cabo distal y colostomía iliaca izquierda.

Los casos similares publicados en la literatura mundial son muy escasos, lo que motiva la presentación de este nuevo caso, el primero conocido en nuestro país.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Colon / Colonic diseases.

INTRODUCCION

Traemos a consideración el caso que nos ha tocado vivir, de una perforación sigmoidea por baritoma.

El interés de la presentación radica por un lado, en la rareza del caso; por otro, en la vinculación etiopatogénica del baritoma, ya que la paciente tiene antecedentes de "contacto" con sulfato de bario en dos oportunidades. Las dos veces en forma de ingestión para estudio radiológico contrastado del esófago-gastroduodeno. Uno remoto que data de 15 años, el otro reciente, que data de 10 días.

Sin embargo, resulta más coherente correlacionar la clínica y la anatomía patológica macroscópica que expondremos, con un baritoma largamente retenido.

OBSERVACION CLINICA

C. V. 59 años. Fem. Procedente del Interior. Ingresa el 1-X-76 al Servicio de Urgencia del Hospital Maciel. M.I. Dolor abdominal.

E. A. En la tarde del ingreso, luego de enema evacuador de dos litros de agua, no expulsa ni siquiera ésta, y comienza con dolor abdominal generalizado de

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 24 de agosto de 1977.

Residentes del Hospital Maciel. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: P. Campbell 1507 ap. 7. Montevideo. (Dr. J. A. Lorenzelli).

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "2" (Prof. L. Mérola). Hospital Maciel. Montevideo.

gran intensidad. Concomitantemente distensión abdominal y vómitos en dos oportunidades.

A. P. Constipación pertinaz de larga data. Desde hace 15 años recurre diariamente a enema evacuador para movilizar el intestino. Dispepsia intrincada desde hace años, estudiada con colecistografía y E.G.D. hace 15 años. Refiere que a partir de esa fecha se agrava su constipación. Fue estudiada con nuevo E.G.D. hace 10 días.

Examen: Paciente dolorida. Excitada. Apirética. Palidez cutánea intensa. Taquicardia de 120 p.m. con pulso fino y ruidos apagados. Presión arterial de 70 mmHg de máxima. Abdomen distendido en forma difusa. Dolor difuso espontáneo y a la movilización, como así también a la compresión y decompresión. Defensa generalizada. Hipersonoridad central con sonoridad prehepática. Matidez de declive. Silencio abdominal a la auscultación. Tacto rectal, Douglas bombante y doloroso.

El diagnóstico no ofrece dificultades. El cuadro clínico y la correlación de hechos es clara. No cabe duda que se está frente a una peritonitis generalizada por perforación colónica.

Clínicamente se planteó la posibilidad de un neumoperitoneo de origen colónico, probablemente a tensión, por lo que luego de reanimado se le pide una placa simple de abdomen de pie y acostado, para documentarlo. En la radiografía no se observa neumoperitoneo y si se encuentra: 1) importante distensión colónica; 2) abundante exudado peritoneal; 3) imagen redondeada, radioopaca, con caracteres de sustancia de contraste baritada, proyectada en el estrecho superior pelviano, que no se moviliza con los cambios de posición de la enferma (Fig. 1).

En este momento no sabíamos exactamente qué papel podría estar jugando este baritoma en el cuadro actual.

Descubierta venosa y reposición rápida tendiente a sacarla del estado de shock y ponerla en condiciones para una laparotomía.

Operación: Mediana supra e infra-umbilical. Se comprueba abundante cantidad de líquido fecaloideo intra peritoneal. Marcada distensión gaseosa colónica hasta la unión recto-sigmoidea, donde se observa grueso cuerpo endoluminal impactado, presentando a ese nivel, sobre la cara lateral izquierda de la pared intestinal, una perforación de dos centímetros de diámetro.

Dicha perforación asienta sobre una pared intestinal sumamente adelgazada, no teniendo más de un milímetro de espesor junto al borde de la perforación, presentando por consiguiente todo el aspecto de una úlcera por decúbito.

Se realiza resección segmentaria recto-sigmoidea con cierre del cabo distal y abocamiento del proximal a la F.I. izquierda. Lavado peritoneal y drenaje del Douglas.

La pieza de resección (Fig. 2), muestra el segmento recto-sigmoideo con impactación e incarceration del cuerpo extraño. Perforación de dos centímetros de diámetro con bordes adelgazados, típico de la perforación por decúbito. Seccionada la pieza y retirado el baritoma se comprueba atrofia de la mucosa que estaba en su contacto, contrastando con la hipertrofia muscular del intestino proximal. El cuerpo extraño es de forma esférica, liso, de 6 cm de diámetro, con caracteres físicos y radiológicos que lo identifican con el sulfato de bario.

En la evolución postoperatoria inmediata presentó un flemón perinefrítico derecho que fue drenado a los 20 días. Por lo demás fue buena, siendo dada de alta al mes y medio de su ingreso en buenas condiciones.

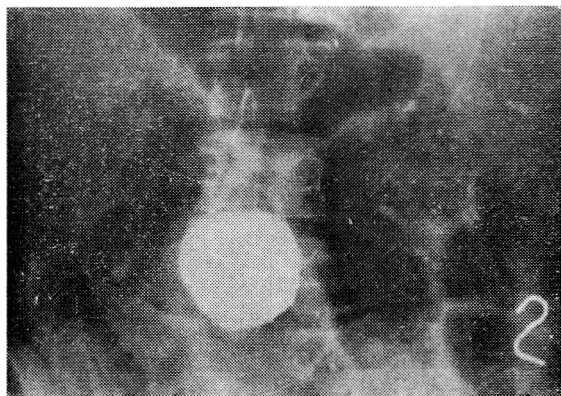


Fig. 1.—Radiografía simple de abdomen de pie que se observa importante distensión colónica, exudado abundante entre las asas y restos de sulfato de bario formando el baritoma que se proyecta en el estrecho superior de la pelvis.



Fig. 2.—La pieza de resección abierta, con el baritoma a un costado. En el sigmoideo resecado se ve la perforación, y la atrofia de la mucosa en contraste con mucosa sana proximal.

La evolución alejada es excelente. Aumentó 10 kilos de peso. Se acostumbró y maneja muy bien su colostomía, al punto que se niega a la reconstrucción del tránsito. Ha quedado atrás la constipación, y sobre todo los procesos fluxivos hemorroidales, anitis y síndromes fisurarios secundarios a los enemas repetidos.

COMENTARIO

De lo anteriormente expuesto concluimos que nuestro paciente presentaba un cuerpo extraño intracolónico, que se identifica como un baritoma, que provocó por un lado, la oclusión obturación crónica incompleta de su luz. Por el otro, actuando mecánicamente, sobre la pared colónica, por decúbito (2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11) lo lleva a la atrofia progresiva, actuando el enema como factor desencadenante de la perforación (4, 12, 13).

A propósito de los cuerpos extraños intestinales Bacon (1) señala que la unión rectosigmoidea es uno de los sitios de elección para su detención y retención, fundamentalmente por razones anatómicas, como es la agudeza de la flexura sigmoideo-rectal. Se pueden detener también a nivel de las válvulas de Houston o en las criptas de Morgagni.

Según la puerta de entrada de los cuerpos extraños intestinales pueden ser:

- Ingeridos con diversos fines.
- Formados en el tracto intestinal, llamándolos *estercolitos* si se reconoce su origen en delgado, o *coprolitos* si su origen es colónico.
- Provenientes de vísceras vecinas.
- Introducidos por el ano.

El nuestro corresponde pues, a un cuerpo extraño ingerido con fines diagnósticos, tratándose de sulfato de bario, sustancia que no es absorbida por el tubo digestivo, que presenta además, propiedades astringentes, lo que favorece su retención a nivel colónico, dando la complicación que nos ocupa.

No encontramos antecedentes de casos similares en la literatura consultada.

RESUME

Perforation du sigmoide par barytome

Présentation d'un cas très peu fréquent, mais sur lequel nous devons être toujours avertis.

Le barytome qui demeure longtemps dans la portion rectum-côlon sigmoïde produira une perforation par ulcère décubitus, en appuyant sur les tissus voisins inextensibles tels que la paroi pelvienne.

Le malade meurt rapidement par suite de la péritonite fécaloïde qui se produit.

Dans ce cas, la résection d'un segment rectum-côlon sigmoïde où se trouve le barytome, la fermeture du bout distal et la colostomie iliaque gauche ont donné un résultat positif.

Très peu de cas similaires figurent dans la littérature mondiale, ce qui suscite la présentation de ce cas, qui est le premier connu dans notre pays.

SUMMARY

Sigmoid perforation due to barium fecaloma

The authors report on a case which is interesting because of its rare occurrence, although it is advisable to be on the alert for its presence.

Barium fecaloma which is retained for a long time in the recto-sigmoid will eventually be the cause of perforation due to decubitus ulcer as it rests on non-extensible surrounding tissues such as the pelvic wall.

Fecaloid peritonitis develops and rapidly kills the patient.

This case was favourably resolved by resection of a recto-sigmoid segment which included the barium fecaloma, closure of distal end and left iliac colostomy.

Similar cases published in world literature are rare and this has led its authors to publish this new case, the first to be known in this country.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BACON HE. Enfermedades del ano, recto y colon sigmoideo. Argentina. Labor, 1942, c. 15, p. 802.
2. BAUER JJ, WEIS M and DREITING DA. Stercoraceous perforation of the colon. *Surg Clin North Am*, 52: 1047, 1972.
3. BERGER PL and SHAE RE. Spontaneous rupture of the colon. *Br Med J*, 1: 1422, 1961.
4. BLOTNER C. Trapped fecalith in cecal haustration with local necrosis. *Am J Surg*, 76: 446, 1948.
5. BREARLEY R. Spontaneous perforation of the colon due to alkaline medication. *Br Med J*, 1: 743, 1954.
6. GRINVALSKY HT and BOWERMAN CI. Stercoraceous ulcers of the colon. *JAMA*, 171: 1941, 1959.
7. HENDERSON RG. Spontaneous perforation of the pelvic colon. *Br J Surg*, 44: 383, 1956.
8. LAL S and BROWN GN. Some unusual complication of fecal impaction. *Am J Proctol*, 18: 226, 1967.
9. O'REILLY JJ and BELF AM. Death following perforation of stercoraceous ulcer. *Lancet*, 2: 1175, 1935.
10. ROBINS SL. Textbook of pathology with clinical application. Philadelphia, W.B. Saunders, 1957, p. 792.
11. RUSSELL WL. Stercoraceous ulcer. *Am Surg*, 42: 416, 1976.
12. TEDESCHI D. Perforazioni intestinali da corpi estranei cibalei. *Minerva Med*, 66: 3581, 1975.
13. THOMPSON MA and SUMMERS R. Barium impaction as a complication of gastrointestinal scleroderma. *JAMA*, 235: 1715, 1976.