

ARTICULOS ORIGINALES

Conducta frente a la ingestión de cuerpos extraños

Nuestra experiencia

Dres. Raúl Laviña Risso, Hugo Maglione, Carlos Domínguez
José L. Badano, Alvaro Valenzuela y Manuel Albo

Los autores presentan una casuística de 18 casos de ingestión de cuerpos extraños provenientes del Hospital Penitenciario (Montevideo). Sólo 2 enfermos debieron ser laparotomizados por estar los C.E. atrapados; el resto de los pacientes expulsaron espontáneamente los C.E. en un plazo variable entre 1 y 26 días.

Se manifiestan partidarios del tratamiento médico espectante asociado al control clínico-radiológico.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Foreign bodies / Surgery.

INTRODUCCION

En el ambiente carcelario, el fenómeno de la ingestión de cuerpos extraños, tiene una incidencia muy superior al de la población común, superando ampliamente la de la población de los establecimientos para enfermos psiquiátricos la de nues ros hospitales de niños.

Este hecho se produce como un medio de resistencia o de denuncia del recluso que pretende focalizar la atención en su persona.

El interés de esta presentación estriba en presentar nues ra casuística que para nuestro medio resulta numerosa.

CASUISTICA

Comprende 18 casos observados en los últimos 5 años (de 1973 a 1978 inclusive) en el Hospital Penitenciario del Establecimiento de Reclusión de Punta Carretas.

Se trataba en todos los casos, de pacientes del sexo masculino, cuyas edades oscilaban entre los 21 y los 43 años.

En 14 casos, los pacientes ingresaron al Hospital en las primeras 24 horas, luego de la ingestión del cuerpo extraño. En 3, el ingreso se realizó entre las 48 y 72 horas y en un caso el ingreso se realizó 5 días con posterioridad a ésta.

Los cuerpos extraños ingeridos consistían: en 1 caso una cuchara de sopa entera, en 7 casos en trozos de cuchara de tamaño variable, en 6 casos en trozos de bombilla de diferente longitud; en 4 casos trozos de

Servicio de Cirugía del Hospital Penitenciario (Dr. M. Albo). Montevideo.

alambre de diferente calibre y longitud; en 1 caso el recluso ingirió numerosos tornillos y una bísagra; y en otro caso ingirió varios vidrios. Fueron asociados a éstos también: dos lapiceras de fibra, un cepillo de dientes y la punta de un tapón de termo.

En 11 casos, la ingestión comprendió un solo cuerpo extraño, mientras que en los restantes 7 casos, la ingestión fue múltiple.

Desde el punto de vista clínico, la mayoría de los pacientes no presentaron síntomas ni signos debidos a la ingestión del cuerpo extraño.

En dos casos se constató dolor cólico, abdominal y en un caso melenas de escasa entidad, sin repercusión hemodinámica.

Todos los pacientes, fueron estudiados radiológicamente, controlándose de este modo la progresión de los objetos ingeridos a lo largo del tubo digestivo.

En dos casos se realizaron estudios contrastados con el fin de localizar sin caer en error, el lugar donde se hallaba el objeto extraño ingerido. En tres casos éstos nos resultaron radiopocas lo que imposibilitó su localización radiológica.

El tratamiento fue primariamente médico en todos los casos. Este consistió en dar al paciente un régimen rico en residuos y en algunos casos, siguiendo lo preconizado por los cirujanos de niños en casos similares, se utilizó la ingestión de algodón con leche, a efectos de moldear el objeto, cuyas formas eran más peligrosas para la eventual perforación.

En un caso, la detención por más de 72 horas a nivel del arco duodenal de una bombilla, motivó la intervención quirúrgica. Esta se justificó ante el riesgo de una perforación duodenal, al no poder progresar el cuerpo extraño. Se realizó laparotomía exploradora y gastrostomía mínima, por la que se extrajo el objeto ingerido.

En el otro caso operado de esta serie, el paciente presentaba intensos dolores de tipo cólico, y ante la no progresión del cuerpo extraño se laparotomizó. Este se hallaba atrapado, sin poder progresar, en una asa delgada, bridada por adherencias postoperatorias (se trataba de un paciente multioperado). Se debió realizar en esta oportunidad la enterotomía a los efectos de extraer un voluminoso mango de cuchara.

Todos los pacientes de esta serie, fueron tratados por Psiquiatra.

Queremos destacar que en el Hospital Penitenciario no se dispone de Fibroscopía, lo que imposibilita la extracción del cuerpo extraño con este método. Creemos que cuando el objeto ingerido no posee aristas o gan-

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 25 de abril de 1979.

Médicos Cirujanos del Hospital Penitenciario.

Dirección: San Martín 3100, Montevideo (Dr. R. Laviña).

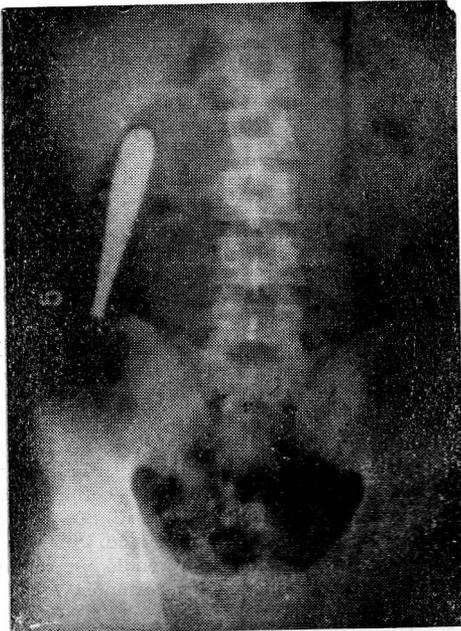


FIG. 1.— Rx. simple de abdomen. Ingestión de mango de cuchara.

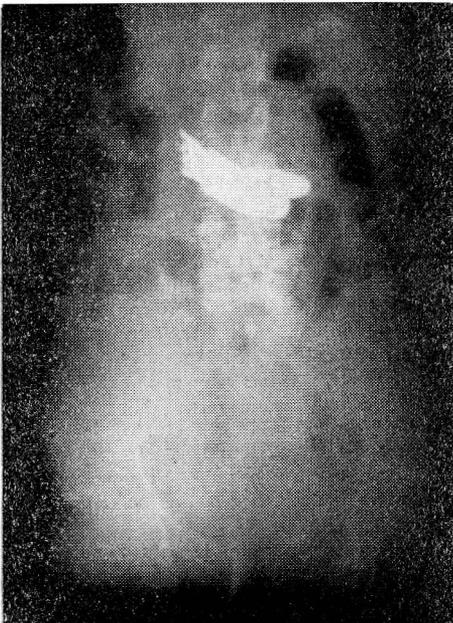


FIG. 2.— Rx. simple de abdomen. Ingestión de alambres.

chos, puede ser extraído por fibroscopio, como lo indican diferentes autores, ya sea por fibrogastroscopía los que se hallan en el esófago, estómago y primera porción duodenal, o por fibrocolonoscopia los que se hallan en el colon y se han detenido en algún nivel de éste. Se debe ser cuidadoso, en todos los casos, de no efectuar maniobras traumáticas que puedan causar mucho

más daño que la simple espera a que el objeto se expulse.

En todos los casos en que el tratamiento fue médico, el o los objetos ingeridos fueron expulsados en un lapso que osciló entre 1 y 26 días siendo la mayoría de ellos expulsados entre los 4 y 10 días.

Los pacientes en los que se realizó la laparotomía, evolucionaron sin complicaciones con posterioridad a ésta.

COMENTARIOS

El interés de esta presentación, radica en mostrar nuestra casuística y la conducta ante la ingestión de un cuerpo extraño, con las siguientes características: voluminoso, metálico, con aristas filosas o puntiagudos (7). Este hecho diferencia nuestra serie de otras citadas en la literatura, que incluyen todo tipo de cuerpo extraño, como por ejemplo mondadientes, llaves, denaduras etc. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 13).

No os referimos en este trabajo a cuerpos extraños localizados en el esófago.

Hemos observado en otros centros hospitalarios que el tipo de pacientes a que nos referimos, son sistemáticamente laparotomizados, practicándoseles la extracción del cuerpo extraño por gastrostomía o enterotomía, con el consiguiente riesgo que implica todo acto quirúrgico anestesiológico, con apertura de vísceras huecas y a la consiguiente posibilidad de falla de sutura, peritonitis, oclusión, infección de la herida, etc.

Nosotros en estos casos, cualesquiera sean las características del objeto ingerido, nos limita-

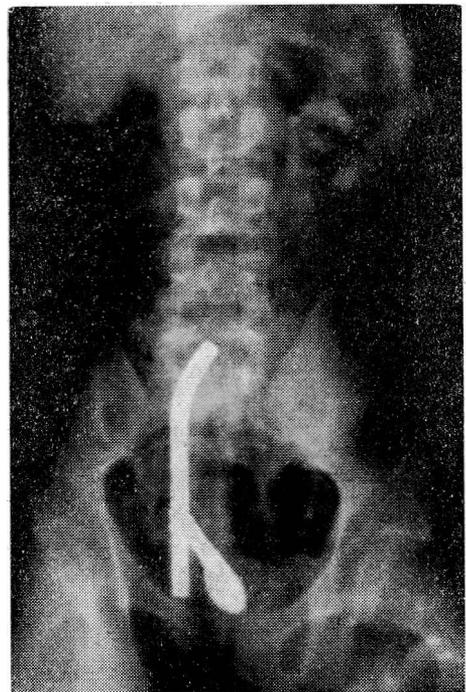


FIG. 3.— Mango de cuchara extraído por enterotomía.

mos a efectuar un estricto seguimiento clínico radiológico y reservamos el tratamiento quirúrgico para los casos que se complican o aquellos en que la expulsión espontánea no se produce.

De la documentación radiológica presentada interesa señalar que cuerpos extraños voluminosos progresan sin dificultad a través de sectores anatómicamente fijos del tubo digestivo, como el arco duodenal y los ángulos del colon, así como también a través del piloro y la válvula íleo-cecal (11).

Destacamos que deben ser más estrictamente controlados aquellos pacientes laparotomizados, que pueden presentar bridas que pueden impedir la progresión del objeto ingerido. Un ejemplo de esto es el caso 9 18 que debió ser intervenido quirúrgicamente.

Cuerpos extraños, cuya forma evoca la posibilidad de perforación del tubo digestivo (tornillos, clavos, vidrios etc.) merecen una observación clínica más ajustada, pero no indican de por sí, la necesidad de laparotomizar al paciente (6, 12).

En lo que tiene que ver con el período que demoran los cuerpos extraños en ser eliminados, estamos de acuerdo con lo visto por otros autores que han tratado el tema (8).

En nuestra serie no registramos perforaciones traumáticas. Pensamos que esto se debe a que el número de casos no es suficiente y permanecemos expectantes ante la eventualidad de la presentación de un caso de perforación.

El riesgo en nuestros enfermos no es importante porque se trata de una población joven, con escaso número de obesos, en general sin taras asociadas. Esto lo diferencia de la población general, en que la ingestión puede ocurrir sobre todo en edades extremas (niños, ancianos desdentados) con las consiguientes afecciones orgánicas o metabólicas propias de esa edad, que aumentan notoriamente el riesgo de la intervención quirúrgica.

Creemos firmemente que siguiendo la conducta abstencionista aún en los casos límites, se obtienen mejores resultados que con la laparotomía y enterotomía sistemática.

NOTA: Al momento de la presente publicación los autores han reunido 4 nuevos casos de ingestión de objetos voluminosos que no necesitaron tratamiento quirúrgico, siendo expulsados por vía anai en un plazo que osciló entre los 3 y los 43 días de ingeridos.

RES IE

onduite a suivre dans les cas d'ingestion de corps étranges. Notre experience

Le auteur présente l'étude d'une série de 18 cas d'ingestion de corps étrangers traités à l'Hôpital Pénitencier (Montevideo). Deux malades seulement furent être soumis à une laparotomie, les corps étrangers étant bloqués. Le res e des patients expulsèrent spontanément les corps étrangers dans un délai de 1 à 26 jours.

Les auteurs se déclarent favorables à un traitement médical d'expectation avec contrôle clinico-radiologique.

SUMMARY

Conduct to be followed in cases of ingestion of foreign bodies. Our experience.

The case material, consisting of 18 patients who had ingested alien bodies, is from the Penitentiary Hospital of Montevideo. Of these patients, only two had to be laparotomized since the alien body had become stuck; in the remainder of cases it was spontaneously expelled within a period which ranged between one and 26 days.

The authors favour an expectant medical treatment, associated with clinical and radiologic control.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BORTAGARAY CA y DE FINO A. Perforación sigmoidea por cuerpo extraño ingerido. *Bol Soc Cir Uruguay*, 20: 236, 1949.
- CHALK SC and FOUCARD HQ. Foreign bodies in the stomach. *Arch Surg*, 16: 494, 1928.
- CLERK LH. Foreign bodies in the gastro-intestinal tract. *Surg Clin North Am*, 14: 77, 1934.
- DEVANESAN J. Metallic foreign bodies in the stomach. *Arch Surg*, 112: 664, 1977.
- EFTAIHA M. Principles of managements of colorectal foreign bodies. *Arch Surg*, 112: 691, 1977.
- EITEL CD. Ingested foreign bodies in the gastrointestinal tract requiring surgical removal. *Minnesota Med*, 18: 52, 1935.
- ESTEFAN A y CHIFFLET J. Ingestión de cuerpos extraños alojados en estómago y duodeno. *Cir Uruguay*, 42: 403, 1972.
- HENDERSON FF and GASTON EE. Ingested foreign bodies in the gastrointestinal tract. *Arch Surg*, 36: 66, 1938.
- LAMAS POUHEY, E y SUAREZ SEITONE, R. Oclusión intestinal. Perforaciones por múltiples cuerpos extraños ingeridos. *Bol Soc Cir Uruguay*, 9: 433, 1938.
- LANGON AB. Peritonitis por perforación del intestino, por ingestión de un cuerpo extraño. *Bol Soc Cir Uruguay*, 2: 163, 1931.
- MANGES W. The roentgenology of foreign bodies in the esophagus and in the gastrointestinal tract. *Surg Clin North Am*, 14: 88, 1934.
- SHALLOW TA. The treatment of foreign bodies in the gastrointestinal tract from the surgeon view point. *Surg Clin North Am*, 14: 57, 1934.
- WOLFLER A and LIEBLIN V. Die fremdkörper des magendarmkanals des menschen. in von Billroth. T. and Leuke, C. A. *Deut. Chir: Stutgat, Ferdinand Encke*, 1909.

DISCUSION

DR. BADANO REPETTO.— En primer término deseo agradecer a los autores, por haber traído a la Sociedad de Cirugía un tema tan interesante y sobre el cual seguramente muchos de los que estamos aquí, no hemos tenido la oportunidad de actuar. En segundo lugar deseo felicitar a los autores por la posición adoptada en los diferentes casos expuestos.

Mi curiosidad científica frente al tema a tratarse hizo que investigara mi bibliografía, y confieso que lo que más me llamó la atención fue el confusionismo que existe en eso de llamarlos "Cuerpos extraños". Los casos presentados corresponden a lo que nuestro rico idioma puede específicamente denominar: Objetofagia (objeto del latín *objetus* y fagia del griego ingestión).

Existe una objetofagia primaria, común en los niños y en ciertos animales, y una objetofagia secundaria que corresponde a la patología siquiátrica (esquizofrenia por ej.) y otra objetofagia reaccional o reactiva frente a situaciones sociales, que sin duda es a la que se han referido los autores. Con esto pretendo decir que si al tema se le pusiera el título "Objetofagia" facilitaría su búsqueda en la bibliografía. Personalmente confieso que me dio bastante trabajo revisar la bibliografía refiriéndome específicamente al tema tratado por los autores. Dentro de "Foreign bodies" entran multitud de situaciones y corresponden a cualquier tipo de objeto, forma, tamaño, vías y causales (desde yatrogénicas, involuntarias, etc.). Insisto que la denominación que propongo respeta la semántica y es de beneficio para todos. Muchas gracias.

DR. SUIFFET.— Consideramos que el trabajo presentado es de suma importancia. El problema que crean en la práctica operatoria los cuerpos extraños ingeridos es tremendamente difícil. Aparentemente, es sencillo expresar que uno tiene que seguir al paciente con estudios radiológicos, pero hay una serie de matices en su manejo y lo importante es tomar la determinación de la extracción por medios quirúrgicos en el momento oportuno. Es precisamente lo más difícil. Hay que distinguir que hay distintos tipos de cuerpos extraños; algunos de los presentados no podrían punzar el tubo digestivo en ningún sector, pero pueden quedar apoyados en distintos lugares de ángulos o de esfínteres del tubo digestivo y pueden llevar a la necrosis de la zona.

El comunicante se refirió a estómago, duodeno, intestino delgado y colon, pero no hay que olvidar que el primer paso es el esófago. Eso crea ya un problema distinto a los otros sectores. Por tanto, cada sector del tubo digestivo tiene propia patología por la presencia de un cuerpo extraño.

Hemos vivido numerosos casos de cuerpos extraños del tubo digestivo, desde el esófago hasta el canal anal. Tenemos la impresión de que es uno de los puntos más difíciles a manejar y que las derivaciones que pueden provocar, son incluso en algunos casos, de alta morbilidad. Por eso consideramos muy importante esta presentación y todos los cirujanos tienen que estar al tanto de lo que se debe hacer.

La otra consideración que queremos hacer, es respecto a los métodos más modernos en el manejo de la intubación del tubo digestivo. En lo que respecta al esófago y al recto colon, que pueden ser abordados por la endoscopia, el endoscopista tiene que tener un profundo conocimiento sobre esta patología, porque la agresión a la viscera puede producirla la maniobra endoscópica de extracción del cuerpo extraño.

Hemos visto perforaciones esofágicas por cuerpos extraños que han sido tomados por la pinza de extracción, se ha maniobrado para extraerlos, no se ha podido hacerlo y el enfermo ha tenido que ser intervenido después de varias horas con una patología más importante de la que tenía. Por eso hay que distinguir los distintos cuerpos extraños. El principal problema lo crean las prótesis parciales dentarias, con puntas afinadas se im-

pactan; al tomarlas con la pinza se produce una verdadera sección donde se ha impactado el cuerpo extraño; sobre todo cuando se impactan en el esófago. Los cambios fisiológicos del delgado pueden darle al cirujano la impresión de que el cuerpo extraño progresa y el cuerpo extraño está impactado y ha perforado el intestino en uno o más puntos.

El último caso que hemos vivido operado por el Dr. Puig, visto en consulta; una prótesis anterior con los dos garfios laterales; cuando se operó estaba con los dos garfios impactados en la última asa ileal. Por eso, creo que es muy importante el trabajo presentado. Hay que estar muy atento con estos enfermos y una observación progresiva varias veces durante 24 horas, porque pueden llegar a situaciones tremendamente graves. Sinceramente lo felicitamos al comunicante.

DR. ALBO.— En primer lugar quiero insistir en la aptitud del tubo digestivo para expulsar cualquier cosa. Tenemos algún ejemplo, hasta inverosímil, de individuos que han repetido el ciclo; o sea que han ingerido un cuerpo extraño, lo han expulsado y se lo han vuelto a comer. A tal punto de que se me mostraba la progresión radiológica y veía que una placa lo mostraba en la unión rectosigmoidea y en la siguiente estaba en el estómago y pensé que se equivocaron de secuencia. No, no hubo equivocación de fecha, la secuencia era correcta, lo que pasa es que se lo había vuelto a comer.

Hay un paciente que no pertenece a esta serie porque por razones de fecha estaba excluido; ese paciente ingirió en determinado momento un cuerpo extraño y no se contaba en ese momento con el equipo de Rayos y entonces ahí se enfrenta un problema que normalmente no tenemos en la práctica civil y es el de la simulación, o sea que el individuo cuando sabe que hay un equipo que está en falta como en este caso el de Rayos X a veces dice que ha ingerido un cuerpo extraño cuando en realidad no lo ha hecho. A mí me pareció extraño que el paciente se quejara de un dolor abdominal muy intenso, aparentemente podía tener una reacción peritoneal y ordenamos la intervención. La intervención no encontró el cuerpo extraño y a las 24 horas con el enfermo ya laparotomizado el radiólogo reparó el aparato, le hizo una placa y ahí apareció el cuerpo extraño que era un enorme trozo de hierro, y el individuo dándonos razón lo expulsó a pesar de la laparotomía y del ileo. De modo que ese caso para nosotros fue muy ilustrativo, y estoy convencido de que cualquier cosa puede ser eliminada por vía natural por el tubo digestivo y que lo importante es estar alerta en cuanto a la complicación.

En cuanto al interrogatorio, lamentablemente por lo que recién dije, a nosotros en la mayoría de los casos no nos sirve. Lo que nos sirve es exclusivamente el estudio radiológico que es el que nos da la certeza o no de que el hombre ingirió el cuerpo extraño y es el que nos puede plantear el problema en los casos de cuerpos extraños no radio-opacos como ser la ingestión de bolígrafos o madera o cualquier otra cosa similar, que sí nos puede dar un grave problema, pero ese es otro punto.