

## CASO RARO DE UN CUERPO EXTRAÑO INTRODUCIDO EN EL RECTO-SIGMOIDEO

*Dr. Joaquín L. Sarroca (Paysandú)*

**RELATOR: Dr. Armando M. Loubejac**

El Dr. Joaquín L. Sarroca, de Paysandú, envía a la consideración de esta Sociedad una observación de cuerpo extraño del recto que tiene muchos puntos interesantes. En primer lugar, se trata de un cuerpo extraño que rebasa la medida de lo que estamos acostumbrados a ver en esa clase de objetos en que la extravagancia de los sujetos hace "pendant" con el fin que quieren obtener con los mismos. En segundo lugar, se provocó una gravísima lesión del colon sigmoideo con la consiguiente peritonitis estercoral. En tercer lugar, debe destacarse la conducta seguida en el tratamiento por el distinguido colega comunicante, quien sorteó con habilidad las dificultades que el caso presentaba.

Considero conveniente dar lectura, primero a la comunicación del Dr. Sarroca. Es breve.

Estando de turno como Cirujano de Guardia del Hospital, soy llamado de urgencia en la noche del 19 de Noviembre de 1943, para atender a un enfermo que es traído en estado de gravedad con los caracteres clínicos de una peritonitis generalizada. Me encuentro en presencia de un joven de 23 años, alto, de contextura buena, muy morocho, oriental, soltero aunque vive en concubinato, y llamado J. M. Al examen presenta fascie angustiosa peritoneal, pulso 110 al minuto y con una temperatura 38°3 axilar y 39°5 rectal. El vientre presenta una contractura generalizada con predominancia en el bajo vientre, siendo esta contractura más intensa en el hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, como también el dolor. La fosa ilíaca derecha también presenta una contractura como en el resto del vientre, pero mucho menos intensa. Dolor intenso a la decompresión; y al tacto rectal acusa dolor el fondo de saco de Douglas, pero sin estar éste abombado, que indicara una gran colección. Pulmones y corazón nada de particular.

Interrogado sobre los antecedentes de su enfermedad, manifiesta que tres días antes había comido en abundancia "pitanga" y "uvajai" y que poco después sintió un fuerte dolor en la fosa iliaca derecha, para generalizarse luego a todo el vientre; desde ese momento no sintió mejoría y en cambio su cuadro doloroso fué en aumento. Como se sentía muy mal y "no iba de cuerpo", al segundo día tomó un purgante de sulfato de sodio que no le hizo mayor efecto. En la tarde del segundo día y en el tercero tiene arcadas e intensos vómitos. En vista que su mal se agravaba resuelve en la noche del tercer día ingresar en el Hospital Interrogado sobre sus antecedentes manifiesta haber sido siempre sano y que no tuvo nunca enfermedades venéreas.

Frente al cuadro evidente de una peritonitis, y careciendo a esa hora de Rayos X, resuelvo ir a la intervención con un diagnóstico etiológico dudoso, de una apendicitis perforada, o una diverticulitis por la predominancia del cuadro en el hipogastrio y fosa iliaca izquierda. Una vez sobre la mesa de operaciones y ante los preparativos de la intervención, manifiesta recién el enfermo que tres días antes, como tenía un grano en el ano, trató hacerlo reventar con una "ramita" y que ésta se le fué para adentro, quedándosele en el intestino sin poderla sacar. Ante tal antecedente pienso de inmediato que podría tratarse de un proceso rectal, fisura o desgarró, provocado por el cuerpo extraño y propagado a la cavidad peritoneal. Al practicársele nuevamente el tacto rectal, no se llega a palpar ningún cuerpo extraño en la ampolla rectal, pero ante la insistencia del enfermo de que la "ramita" no fué expulsada, y ante la relajación manifiesta del esfínter, introduje fácilmente dos dedos permitiéndome así palpar, profundamente en la ampolla rectal, la extremidad dura y filosa de un cuerpo extraño. Con un dilatador anal bi-valvo, sin anestesia y sin dolor, se puede impunemente realizar una dilatación completa, comprobándose la presencia de un grueso tronco cuya extremidad rectal se hallaba astillada. No imaginándome la magnitud del cuerpo extraño, y su profundidad, trato con una pinza de Faure de extraer el tronco; a pesar de la tracción ejercida no pude conseguirlo, arrancando tan sólo una astilla que se desprende del tronco. En ese entonces manifiesta el enfermo que toda tentativa para su extracción será difícil por cuanto hizo a la rama un gancho en forma de anzuelo "para evitar que se introdujera mucho". En vista de todo ello y ante la presencia de su peritonitis y la posible lesión del recto en su porción alta, o el sigmoideo, le practico la intervención.

**Operador** el suscrito, ayudante Pte. Bertoni. Anestesia general éter (es importante hacer notar que fué sumamente difícil hacerlo dormir, requiriendo una gran dosis de éter y cerca de una hora para conseguirlo). Laparotomía media sub-umbilical. Líquido purulento en la cavidad abdominal sin tendencia a localización y con materia fecal. Se comprueba la presencia de una "horqueta" de madera en que su rama lateral, que hacía de gancho, había perforado el sigmoideo, existiendo a su alrededor una zona de esfacelo. Esta perforación estaba hecha sobre la cara anterior del

intestino, estando por consiguiente esta rama en posición anterior (oblicuo de arriba abajo y de atrás adelante) viniendo su extremidad libre a chocar contra el cuerpo del pubis, haciendo imposible su extracción y presionando a su vez contra la vejiga, lesionándola; pudieron verse zonas equimóticas en ella y explicarse así el tenesmo vesical y la polakiuria que presentaba el enfermo. La cabeza de la horqueta se continuaba unos 7 cms. en la luz del sigmoideo, lo que hacía imposible su extracción, por lo que tuvimos que incidir longitudinalmente para poder extraer el palo. Por la brecha intestinal se introduce un tubo de goma en el interior del recto-sigmoideo



FIG. 1. — Cuerpo extraño extraído del sigmoideo, habiendo provocado la perforación del mismo

comunicando con el exterior por el orificio anal. Como la perforación intestinal se hallaba en la cavidad pelviana y no podía ser exteriorizada sin tracción para que sirviera como ano iliaco, se practica una sutura en dos planos de la perforación y de la incisión realizada y efectuando más arriba un ano iliaco. Limpieza de la cavidad con éter y sulfamidás, se coloca un grueso tubo de drenaje y mechas en la cavidad. Cierre de la pared en un plano. Crines en la piel.

La pieza extirpada (fig. 1) es un tronco de rama de árbol en forma de una horqueta, como ilustra la fotografía, teniendo una longitud total de 20 cms.; presenta la cabeza un ensanchamiento y teniendo ésta una lon-

gitud de 7 cms. Del tronco principal se desprende oblicuamente otro tronco menos grueso que servía de gancho o anzuelo de 7 cms. de longitud. La abertura de la horqueta en su parte máxima mide también 7 cms. El tronco principal tiene un diámetro de 2 cms. y su extremidad inferior se encuentra astillada. La superficie del tronco es áspera y rugosa.

La gran profundidad en que se hallaba la extremidad de la horqueta, haciéndose casi inaccesible al tacto, hace suponer que el tronco principal de la horqueta en un principio sería mucho más largo y con los movimientos de tracción y rotación que se hiciera — por él o por un cómplice — provocó la rotura en astillas dentro de la ampolla rectal; por este mecanismo se explicaría también así la contusión y lesión de la vejiga que comprobamos, provocando hematuria franca según manifestación del enfermo y que pudimos también luego comprobar en los días sucesivos, para aclarar finalmente.

Hasta el momento de la presente publicación, la evolución se efectúa satisfactoriamente, negándose el enfermo en absoluto a dar mayores explicaciones y detalles de lo ya expresado y negando complicidad.

Por todo lo expuesto, por la forma como se presentó el caso, por los caracteres y forma del cuerpo extraño, y por las graves lesiones producidas, lo presento como rareza y novedad.

La evolución ulterior del operado se efectúa normalmente dentro del cuadro grave de su peritonitis, persistiendo su ano iliaco, por lo que se resuelve su cierre extra-peritoneal el 22 de diciembre. Al cuarto día de esta intervención, se abre un pequeño absceso de la pared, drenando pus y un poco de materias fecales. Desde el sexto día obra espontáneamente por su ano y su fístula estercoral está totalmente cerrada al 14 de febrero, fecha en que es dado de alta el enfermo.

**Comentario del Relator:** Los cuerpos extraños del recto introducidos por el mismo enfermo son relativamente frecuentes y de una extraordinaria variedad en el tipo, forma y dimensiones. Todos los libros de Patología y los tratados de Medicina Legal son pródigos en ejemplos. Todos los que han hecho guardias en los Servicios de Urgencia y en la Puerta de los Hospitales han tenido oportunidad de tratar cuerpos extraños rectales. Por ello no insistiré en una enumeración de objetos que sería fatigosa por lo conocida. Pero debe destacarse que en todos ellos, casi sin excepción, prima un carácter definido, en relación con la finalidad placentera que persigue el enfermo: su forma alargada y su con-

torno redondeado, liso y pulido en todo su perímetro, ya sean objetos destinados a otros usos como botellas, frascos, bombitas, perillas, etc., o fabricados o modificados para el destino particular que se le da eventualmente.

El instrumento empleado por el enfermo del Dr. Sarroca salva todas las vallas. Es de una rusticidad tan grosera que hace difícil admitir un psiquismo normal en tal sujeto. Por más que se acepta, en general, que estas personas que se introducen cuerpos extraños en el recto son psicópatas, el hecho de su convivencia casi normal con la comunidad los aleja de la catalogación de alienación parcial en que quieren colocarlos algunos autores franceses.

Sin embargo, en el caso que relatamos era difícil concebir semejante aberración sin una falla mental apreciable. Por eso escribí al Dr. Sarroca pidiéndole algunos datos ampliatorios al respecto. Su contestación está de acuerdo con lo que se ha escrito sobre el tema: *tales sujetos no tienen estigmas marcados de degeneración y cuando se les insiste en puntos relacionados con el accidente se cierran en un mutismo del que nada los saca.*

La lesión producida con semejante cuerpo extraño fué de las graves, comparable únicamente a los *empalamientos* por caída sobre un objeto más o menos puntiagudo o a los producidos intencionalmente en el curso de las estúpidas bromas de que se hace víctima a estos desgraciados sujetos cuando son sorprendidos en ambientes propicios a estas manifestaciones.

En estos casos, lo frecuente es ver heridas del recto pelviano o del periné y del recto, con la consiguiente celulitis peri-rectal o peritonitis pelviana. En la observación que comentamos todo hace pensar que el instrumento era mucho más largo, con una extremidad que salía por el ano y que el enfermo manejaba a voluntad, introduciéndolo con suavidad. El accidente de perforación de la cara anterior del colon sigmoideo se produjo en el curso de las maniobras de extracción del cuerpo extraño, por un mecanismo distinto — pero comparable, desde luego — al del empalamiento.

La conducta observada por el cirujano tratante fué, a mi juicio, inobjetable. Seguida en sus etapas, encontramos:

1º) Peritonitis difusa por perforación de cara anterior de sigmoideo, con materias fecales en el vientre.

2º) Cuerpo extraño en la luz del colon sigmoideo, cuya forma y disposición no permitía su extracción por el recto.

3º) Colotomía longitudinal de ampliación, siguiendo la brecha ya provocada por la horqueta.

4º) Tubo grueso de goma en la luz del intestino, saliendo por el ano, y cierre de la colotomía y de la perforación en 2 planos.

5º) Secado de la cavidad peritoneal, sulfamida, drenaje y mechas a la manera de un Mickulitz.

6º) Ano ilíaco de derivación.

La derivación al exterior del contenido del intestino grueso es una maniobra siempre recomendable cuando hay herida del recto sub-peritoneal. Con más razón lo es cuando la lesión corresponde a una porción del colon recubierta por el peritoneo. En el caso del Dr. Sarroca ha sido una maniobra salvadora, como lo es en todas las heridas del colon, cualquiera sea la altura de la misma.

7º) Aproximadamente al mes se intenta el cierre extraperitoneal del ano ilíaco, persistiendo una pequeña fístula esterco-ral que cierra espontáneamente 40 días después.

---

Evidentemente, la grave complicación de la observación que tengo de honor de relatar ha tenido una evolución muy feliz. Es, además, poco común y sumamente instructiva. Por todo ello propongo que se agradezca al Dr. Sarroca su comunicación y que se publique en los Boletines de la Sociedad.