

## LESIONES COLORRECTALES POR CUERPOS EXTRAÑOS INGERIDOS

*Dres. HUGO BOGETTI, ANTONIO F. R. PIETRAVALLO  
y ARNALDO PAGANI*

Las lesiones producidas en la flexura sigmoidea o en el canal anorrectal por cuerpos extraños, suscita interés por su frecuencia mayor que aquella señalada en la bibliografía, así como por la variedad de mecanismos por los cuales el cuerpo extraño llega a esa región y la diversidad de complicaciones que produce.

Cuando se trata de cuerpos extraños digeridos, la sintomatología derivada de su enclavamiento colónico o rectal, puede ser la primera manifestación de su presencia. En otros casos, en cambio, pudo haber producido síntomas en otros sectores del tracto digestivo. Pero los mismos recién conforman un cuadro patológico completo cuando el cuerpo extraño se detiene, lesiona la pared y comienza el proceso inflamatorio.

La flexura sigmoidea, la unión sigmoidorrectal y el segmento distal de la ampolla rectal, ofrecen disposiciones propicias para que el elemento sólido del cuerpo extraño, de forma casi siempre irregular, tenga un contacto más enérgico con la pared, pudiendo llegar a lesionarla; en cambio, cuando el objeto es muy pequeño, tales como tachuelas, trozos de alfileres, el sitio más frecuente de su detención en esta región son las criptas de Morgagni.

Siguiendo a Bacon recordamos que los cuerpos extraños llegados al canal colorrectal pueden hacerlo siguiendo cuatro vías importantes: 1º) por ingestión y paso a todo lo largo del tubo digestivo; 2º) cuerpos extraños desarrollados en el propio aparato digestivo a partir de núcleos calcáreos o de cálculos biliares; 3º) por penetración desde un órgano vecino; 4º) por introducción a través del ano.

La ingestión de cuerpos extraños es prácticamente siempre accidental. La mayoría de los casos ocurre en niños, en viejos y en psicópatas. En otras épocas solía verse en artistas de circo que tragaban objetos como parte de su trabajo. Se han citado casos de ingestión de objetos con fines de ocultamiento. No obs-

tante, también suele verse en personas normales que en un momento de distracción o en un acto instintivo, degluten un bolo alimenticio voluminoso sin darse cuenta que en él va incluido un trozo de hueso, o una espina, o carozos de algunas frutas, etc.

Cuando el paciente no se ha dado cuenta de la ingestión del cuerpo extraño, el diagnóstico suele ser muy difícil; primero, porque recién concurren a la consulta al padecer los primeros síntomas y éstos serán tanto más tardíos cuanto más distalmente se ha efectuado la detención y enclavamiento, y segundo, porque ignorando la causa poco pueden ayudar al médico en la anamnesis.

Como bien observa Goodsall, la mayoría de las veces ocurre en pacientes de 40 años o en la otra edad opuesta, es decir, en los niños. Los objetos pueden ser de los más diversos: botones, alfileres, agujas, tachuelas, monedas, carozos, dientes postizos, trozos de huesos, etc.

Es evidente que el tiempo de contacto del objeto en un sitio determinado de la pared digestiva, tiene importancia en relación al grado de la lesión producida. Cuanto mayor es el tiempo de contacto, mayores son las lesiones que sufren los tejidos y mayores los componentes inflamatorios regionales. Los casos con lesiones más importantes y complicaciones más numerosas han sido, en general, aquellos en que se ignoraba el antecedente de la ingesta del cuerpo extraño, porque su desconocimiento llevó a interpretaciones diversas, especialmente problemas inflamatorios, sigmoiditis, diverticulitis, etc., que han retardado las maniobras quirúrgicas correspondientes.

Los casos que referimos a continuación son ejemplos del primer grupo, es decir, aquellos cuerpos extraños que son ingeridos y se detienen en la flexura sigmoidea o en el canal rectal.

**CASO 1.**— Se trata del enfermo S. J. A., de 54 años, argentino. Antecedentes personales: a los 33 años es operado de colecistitis y apendicitis. Enfermedad actual: comenzó el día 4 de setiembre de 1966, con dolor intenso en el extremo inferior del canal rectal y margen anal. El comienzo fue brusco, manteniéndose el dolor con intensidad acentuada y exacerbações ante el paso de las heces. Antes de consultar al médico y dado que el paciente sentía que el paso de la materia fecal empujaba "algo que lo lastimaba", él mismo introdujo sus dedos y consiguió extraer un trozo de hueso de gallina que, según refiere el enfermo, estaba fijado en la pared izquierda del recto a dos o tres centímetros del margen anal.

No obstante, el dolor continuó y también la exacerbação con la evacuación intestinal. Es medicado con analgésicos, antibióticos, dieta blanda sin residuos y evacuantes por contacto. El cuadro clínico no se modificó. Fue

internado a los quince días del comienzo de su enfermedad actual, en el Servicio de Cirugía "B" del Hospital Italiano de Buenos Aires, que dirige el Dr. Hugo Bogetti.

El examen físico a su internación no revela hallazgos patológicos excepto en el examen proctológico. Análisis de rutina y complementarios normales, excepto ligera leucocitosis con desviación a la izquierda.

Examen proctológico: en margen anal, hora tres, se observan signos inflamatorios. Al tacto: calor, dolor y fluctuación en la piel vecina al borde anal izquierdo. El tacto rectal es muy doloroso, percibiéndose en pared rectal izquierda empastamiento tenso, sensible y fluctuante. Con diagnóstico de absceso isquiorrectal se interviene al enfermo el día 19 de setiembre, con anestesia general. Incisión tres centímetros a la izquierda de borde anal, sobre zona inflamatoria de la piel. Inmediatamente de efectuada la diéresis de los planos dérmicos sale pus cremoso y maloliente, en cantidad total de 750 cm. cúbicos. Se deja un drenaje y se aproximan los bordes dérmicos. Postoperatorio normal. Alta, curado, a los 12 días.

**CASO 2.** Se trata de la enferma R. P., de 56 años, argentina. Sin antecedentes personales de importancia. Enfermedad actual: el día 9 de noviembre de 1965, mientras comía, notó que un objeto rugoso raspó su garganta al tragar, produciéndole dolor. Inmediatamente comprobó que se trataba de parte de su dentadura postiza que se había fragmentado, desprendiéndose un sector que fue deglutido con el bolo alimenticio. La enferma, por temor a las maniobras quirúrgicas que pudiera necesitar, no consultó a ningún médico. Pasó la primera semana sin novedades. Pero al cabo de la misma comenzó a presentar dolor y cólicos en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda. Se le efectúa entonces un estudio radiográfico que demuestra la detención del segmento de prótesis dentaria a la altura de la unión rectosigmoidea. La enferma no acepta ningún tratamiento quirúrgico convencida que expulsaría espontáneamente el cuerpo extraño. Transcurre otra semana con tratamiento médico, incluidos antibióticos, en cuyo curso además del dolor localizado en la región referida anteriormente, aparecen náuseas, vómitos, pujo, tenesmo, fiebre axilar y rectal. Entonces es internada y sometida a nuevos estudios radiográficos, en los cuales se comprueba la fijeza del cuerpo extraño en el mismo sitio determinado en los estudios anteriores. El dolor en aumento, la leucocitosis y eritrosedimentación acelerada, así como el desmejoramiento del estado general, determinó que nuevamente se le propusiera la intervención quirúrgica, a la cual volvió a negarse terminantemente la enferma. Por su propia iniciativa sale del medio asistencial donde estaba internada, pero ante el aumento del dolor, del pujo y tenesmo, la distensión abdominal y el empeoramiento del estado general, se interna nuevamente, esta vez en nuestro Servicio de Cirugía, a los 18 días de haber ingerido el cuerpo extraño.

La enferma ingresa con un cuadro de obstrucción intestinal de tres días de evolución, además de un proceso inflamatorio en fosa ilíaca izquierda que determina dolor intenso y defensa en esa zona. Los análisis de rutina y com-

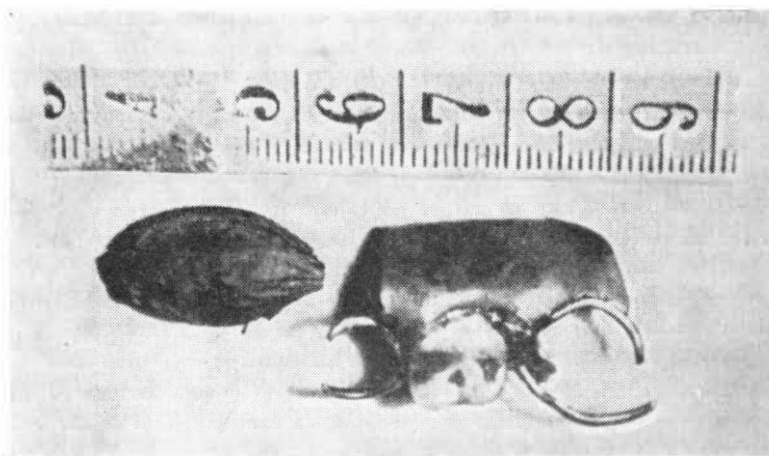


Fig. 1.



Fig. 2.

plementarios informan de un proceso inflamatorio de magnitud. La enferma es operada ese mismo día. Anestesia general. Cirujano: Dr. H. Bogetti. Incisión paramediana transrectal izquierda infraumbilical. Abierto peritoneo se comprueba colon sigmoideo y transverso dilatados. En la unión rectosigmoidea

se encuentra un gran proceso inflamatorio con epiplón y ansas adheridas. A través de la pared del colon, a ese nivel y emergiendo del absceso pericólico, se visualiza el segmento de dentadura que se encuentra cabalgando en la perforación producida, con un extremo aún en la luz colónica. Por rara coincidencia, y tal como se muestra en las fotos adjuntas al lado de la prótesis y en la zona perforada, se encuentra un carozo de durazno. Se extraen ambos cuerpos extraños. Se cierra la perforación con doble plano. Se efectúa una transversostomía y se drena ampliamente el absceso localizado. Cierre de la pared por planos. Postoperatorio normal. A los dos meses, previo control radiográfico, se cierra el ano temporario.

En resumen, se presentan dos casos de cuerpos extraños ingeridos que determinaron complicaciones. En un caso un absceso isquiorrectal. En el otro, provocó la perforación del sigmoide, un absceso localizado y obstrucción intestinal por tumor inflamatorio. En el segundo caso había dos cuerpos extraños en la zona de la perforación.