

# Abdomen agudo e ingesta de cuerpos extraños: revisión de seis casos

*Acute abdomen secondary to foreign body ingestion:  
an analysis of 6 patients*

Miguel Ángel Nuñez Viejo<sup>1</sup>, Ana Arnaiz García<sup>2</sup>, Ana Fernández Montes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Ourense. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander

**KeyWords:** Abdomen agudo. Ingesta de cuerpos extraños

La ingestión de cuerpos extraños es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias hospitalarios. Si excluimos la población infantil (80% de los casos)<sup>1,2</sup> cuya principal causa es la accidental, la ingesta con fines autolíticos es la que más frecuentemente tiene lugar en adultos,<sup>3</sup> sobre todo en pacientes psiquiátricos y reclusos. Por suerte, la mayor parte pasan al tracto digestivo sin producir síntomas ni requerir tratamiento, pero en algunos casos se debe recurrir a su extracción

mediante endoscopia o incluso cirugía, indicada sobre todo en casos de abdomen agudo. La perforación, complicación más temida, ocurre hasta en el 1% de los casos de ingestión accidental, mientras que el porcentaje se eleva al 5-6% cuando la ingesta es deliberada. Para el diagnóstico, en la mayoría de las ocasiones sólo es necesaria la anamnesis, que incluya una buena investigación alimentaria retrospectiva, y un estudio radiológico simple, éste último sobre todo cuando se trate

Tabla 1. Descripción de 6 casos de abdomen agudo tras ingesta de cuerpos extraños

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
<b>Edad (años)</b>	35	46	29	54	60	37
<b>Sexo</b>	Hombre	Mujer	Mujer	Hombre	Hombre	Hombre
<b>Motivo</b>	Intento autolítico (recluso)	Accidental	Accidental	Intento autolítico (depresión mayor)	Accidental	Accidental
<b>Objeto ingerido</b>	Pilas	Hueso de pollo	Hueso de conejo	Tornillo	Hueso de albaricoque	Espina de pescado
<b>Clínica al ingreso</b>	Dolor abdominal, peritonismo	Dolor abdominal, vómitos	Dolor abdominal, vómitos, fiebre	Dolor abdominal, peritonismo, fiebre	Dolor abdominal, peritonismo	Dolor abdominal, peritonismo
<b>Localización del dolor</b>	Difuso	Difuso	Difuso	Epigastrio	Fosa ilíaca izda.	Hipogastrio
<b>Leucocitosis / PCR</b>	23.400 / 19,8	15.700 / 21,4	16.800 / 13,2	31.700 / 28,7	12.400 / 10,5	29.450 / 18,4
<b>Nivel de la perforación/ obstrucción</b>	Yeyuno	Yeyuno (obstrucción)	Íleon terminal (obstrucción)	Duodeno	Yeyuno	Colon ascendente
<b>Diagnóstico</b>	Rx. abdomen	TC abdominal	TC abdominal	Rx. abdomen	TC abdominal	TC abdominal
<b>Rx. abdomen* patológica</b>	Sí, neumoperitoneo	No	No	Sí, neumoperitoneo	No	No
<b>Cuerpo extraño visualizado en Rx. abdomen</b>	Sí	No	No	Sí	No	No

Leucocitosis (cél./mm<sup>3</sup>). PCR: proteína C reactiva (UI). \*Proyecciones radiológicas: simple de abdomen y bipedestación con cúpulas diafragmáticas.



Figura 1. Imagen de TAC: hueso de conejo



Figura 2. Intervención y extracción de hueso de conejo



Figura 3. Hueso de conejo extraído

de cuerpos extraños radiopacos. El tratamiento en muchas ocasiones requiere tan sólo una actitud conservadora. Presentamos todos los casos atendidos en el Hospital Marqués de Valdecilla de Santander durante el año 2.007 con un cuadro de abdomen agudo secundario a la ingesta de cuerpos extraños. Se trata de un total de seis pacientes, cuatro varones y dos mujeres, con unas edades comprendidas entre los 29 y 60 años. En dos de los seis casos (33,3%) la ingesta fue autoprovocada, con fines autolíticos, mientras que en los otros cuatro casos (66,7%) fue accidental, y ninguno de los pacientes recordó con claridad el momento de la misma. Los cuerpos extraños ingeridos fueron de diversa etiología y diferentes en cada caso y, como puede comprobarse en la tabla 1, en los pacientes con ingesta accidental el 100% de ellos fue de origen alimentario. El dolor abdominal fue el síntoma más frecuente junto con la presencia de peritonismo, apareciendo en el 100% de los casos, aunque varió en su localización: difuso (tres casos), hipogástrico (un caso), a nivel epigástrico (un caso) y en fosa ilíaca izquierda (un caso). Las pruebas de laboratorio al ingreso mostraron leucocitosis (12.000 – 32.000 céls./mm<sup>3</sup>) y elevación de la proteína C reactiva (>10UI) en todos los pacientes. En los cuatro casos de ingestión involuntaria no se pudo determinar con precisión el tiempo transcurrido entre la ingesta y la aparición de la clínica, puesto que ninguno de los cuatro pacientes era consciente de haber ingerido el cuerpo extraño, mientras que en los dos intentos autolíticos la perforación ocurrió entre 24 (caso 4) y 48 horas tras la ingesta (caso 1). La radiografía simple de abdomen, complementada con una proyección en bipedestación, encontró datos patológicos solamente en los casos 1 y 4, mostrando no sólo la presencia del cuerpo extraño sino también de aire libre en la cavidad abdominal. En ninguno de los otros pacientes se consiguió visualizar el cuerpo extraño con la radiografía simple de abdomen. Debido a esto se recurrió a la realización de un estudio radiológico abdominal más amplio mediante TC, lo que también ayudó a localizar el nivel de la perforación. El diagnóstico finalmente fue sugerido por la TC y confirmado por la cirugía. Aunque en todos los pacientes fue necesario el tratamiento quirúrgico, la indicación del mismo no fue siempre la perforación, puesto que los casos 2 y 3 desarrollaron un cuadro suboclusivo intestinal. El intestino delgado se vio afecto en el 83,3% de los casos, y en todos sus tramos (duodeno -un caso-, yeyuno -tres casos- e íleon terminal -un caso-), pero también se encontró una microperforación a nivel de colon ascendente (caso 6). En el caso 1 se visualizó además una escara secundaria a la quemadura química ocasionada por las pilas. A diferencia de lo ocurrido en los casos expuestos, hasta el 80% de los cuerpos extraños son



Figura 4. Rx simple de abdomen: tornillo

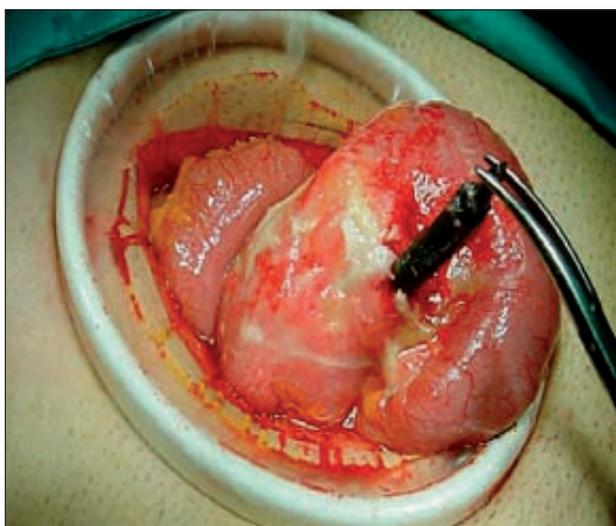


Figura 5. Intervencion y extraccion del tornillo

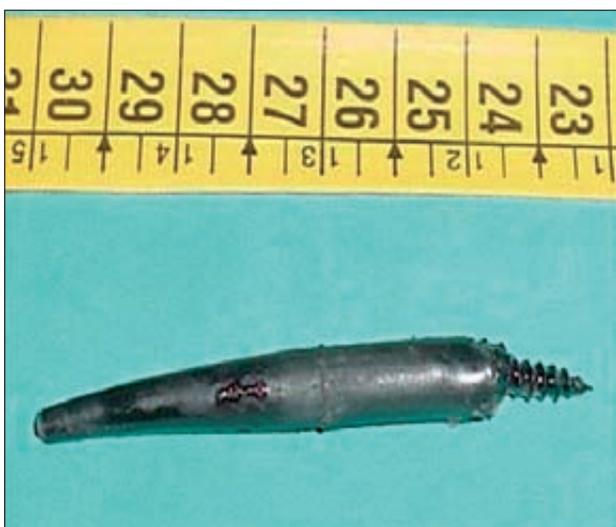


Figura 6. Tornillo extraido

eliminados espontáneamente con las heces al pasar sin dificultad por el tracto digestivo. La extracción endoscópica se realiza en alrededor del 20% de los casos<sup>4,5</sup> y solamente sería necesaria la extracción quirúrgica en el 1% de las ocasiones.<sup>6</sup> El riesgo asociado a la ingestión de un cuerpo extraño depende de su tamaño y forma y de dónde quede localizado, así como de su composición.<sup>3,6</sup> Cuando es cortante o puntiagudo, circunstancia por la que su extracción puede plantear problemas añadidos, tiene un riesgo mayor de producir perforación del tubo digestivo. Si quedan alojados en el esófago (hasta el 20% de los casos) existe un riesgo adicional de aspiración a la vía aérea. La localización más frecuente es el estómago (60%), donde se recomienda extraer mediante endoscopia aquéllos que tengan un tamaño mayor de 2x5 cm, y los que sean punzantes o cortantes. En el 11% de los casos se alojan en el intestino delgado, donde es raro que produzcan obstrucción salvo cuando tienen mayor tamaño o cuando se trata de cuerpos extraños de naturaleza orgánica o bezoares. En cuanto a la etiología<sup>7</sup>, los cuerpos más frecuentemente ingeridos son monedas, agujas, alfileres, huesos, espinas, carne, prótesis dentales y pilas, aunque esto dependerá de la edad del sujeto, siendo más habituales en los niños los juguetes pequeños o piezas de los mismos. Las pilas son un elemento habitual y dado que contienen componentes tóxicos o muy corrosivos (mercurio, cinc, óxido de plata, litio e hidróxido sódico o potásico), cuando éstos se liberan pueden ocasionar necrosis de la mucosa, lesiones por decúbito o quemaduras eléctricas de bajo voltaje y secundariamente perforación, como presumimos ocurrió en el caso 1. Según algunos autores<sup>4,5</sup> en estos pacientes siempre estaría indicada la extracción endoscópica independientemente de la localización. Cuando los cuerpos extraños son metálicos, en ocasiones la extracción es posible mediante imanes. También pueden verse casos de sujetos que ingieren heroína o cocaína en bolsas con el fin de pasar controles policiales, en cuyo caso la rotura puede producir intoxicaciones e incluso la muerte. En estos pacientes está indicada la extracción urgente mediante cirugía. La sintomatología puede ser variada: dolor retroesternal, disfagia aguda, odinofagia, estridor, tos, regurgitación o sialorrea a nivel esofágico, e incluso enfisema subcutáneo, fiebre y mediastinitis caso de existir perforación; asintomáticos, salvo perforación o erosión, cuando se localizan en cavidad gástrica, y cuadros oclusivos o subocclusivos si se alojan en duodeno o yeyuno. A nivel de intestino grueso tampoco suelen originar clínica alguna. Habitualmente hasta el 80-90% de los cuerpos extraños deglutidos progresan espontáneamente a través del tubo digestivo en los siguientes ocho días, por lo que la actitud conservadora suele ser en la mayoría de los casos

un tratamiento acertado. En cuanto al diagnóstico, según los síntomas del paciente y el tiempo de evolución, los estudios que deberían hacerse comprenderían una Rx de cuello con técnica de partes blandas, y otras dos de tórax y abdomen (éstas últimas también durante el seguimiento posterior), aunque algunos autores<sup>6</sup> plantean la realización de una TC de entrada, y en función de la localización, el tipo de cuerpo extraño y la accesibilidad al mismo, se debería indicar la extracción, que será inmediata en los casos de obstrucción o perforación. Si pasadas un máximo de cuatro semanas no se ha producido la eliminación espontánea, debería plantearse igualmente su extracción. En resumen, ante un caso de ingestión de un cuerpo extraño hemos de tener en cuenta aspectos como la edad del paciente, tamaño, forma y composición del cuerpo extraño, así como la sintomatología y su localización. En las situaciones en que no esté indicada la extracción endoscópica llevaremos a cabo un seguimiento radiológico periódico para así poder comprobar la progresión del cuerpo extraño y adoptar una actitud terapéutica adecuada para cada paciente. Como hemos podido ver en nuestra serie, el abdomen agudo debido a la ingestión de cuerpos extraños es aún hoy día un reto diagnóstico para los

médicos clínicos y radiólogos. Siempre debemos sospecharlo en los pacientes ancianos, psiquiátricos o con antecedentes de abuso de drogas. El diagnóstico definitivo se basa en la demostración del cuerpo extraño responsable, lo que se consigue lograr de manera óptima mediante la tomografía computarizada y sus posibilidades de reconstrucción multicorte, puesto que la seguridad de un diagnóstico específico y preciso permite una gestión rápida y adecuada de estos pacientes.

## Bibliografía

1. Cheng W, Tam PK. Foreign body ingestion in children: experience with 1265 cases. *J Pediatr Surg* 1999;34:1472-6.
2. Chen MK, Beierle EA. Gastrointestinal foreign bodies. *Pediatr Ann* 2001;31:736-42.
3. Ferres Romero JL. Intento de autólisis por ingestión de diversos cuerpos extraños. *Emergencias* 2004;16:167-168.
4. Mosca S. Management and endoscopic techniques in cases of ingestion of foreign bodies. *Endoscopy* 2000;32:272-3.
5. Llompart A, Reyes J, Ginard D, Barranco L, Riera J, Galla J, et al. Abordaje endoscópico de los cuerpos extraños esofágicos. Resultados de una serie retrospectiva de 501 casos. *Gastroenterol Hepatol* 2002;25:448-51.
6. Henderson CT, Engel J, Schlesinger P. Foreign body ingestion: Review and suggested guidelines for management. *Endoscopy* 1987;19:68-71.
7. Schwartz GF, Polsky HS. Ingested foreign bodies of the gastrointestinal tract. *Am Surg* 1976;42:236-8.