

Manejo oportuno en ingesta de objeto punzo cortante

Tomy Henry Aguilar Borja^{1,2}, **Juan Enrique Chachi Villaizan**^{3,4}

1. Médico Residente de Cirugía General

2. Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

3. Médico con especialidad en Cirugía General

4. Servicio de Cirugía Hepatobiliar del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Correspondencia: tomyhenryaguilarborja@gmail.com

RESUMEN

La ingesta de cuerpos extraños constituye una causa frecuente en los ingresos por emergencia en pacientes adultos con algún trastorno psiquiátrico. La mayoría de los objetos ingeridos son expulsados espontáneamente y solo un 1% requiere manejo quirúrgico. Las complicaciones están asociadas al tiempo de exposición y características del objeto. El presente caso hace referencia a una paciente mujer de 27 años de edad, con antecedente de esquizofrenia, que ingresa por emergencia refiriendo ingesta de múltiples objetos punzocortantes, cuyo manejo definitivo fue quirúrgico dentro de las primeras 24 horas, resultando oportuno para evitar complicaciones severas asociadas a la ingesta de cuerpos extraños punzocortantes.

Palabras claves: Ingesta de cuerpo extraño, objetos punzocortantes

ABSTRACT

Foreign body ingestion is a frequent cause of emergency admissions in adult patients with a psychiatric disorder. Most ingested objects are expelled spontaneously and only 1% require surgical management. Complications are associated with exposure time and object characteristics. The present case refers to a 27-year-old female patient, with a history of schizophrenia, who was admitted as an emergency, referring to the ingestion of multiple sharp objects, whose definitive management was surgical within the first 24 hours, proving timely to avoid severe associated complications to the ingestion of sharp foreign bodies.

Keywords: Foreign body ingestion, sharp objects.

INTRODUCCIÓN

Las ingestas de cuerpos extraños constituyen causas de ingresos frecuentes en los servicios de emergencia y si no se tratan de manera oportuna y adecuada pueden provocar una morbilidad significativa. Un 80 a 90% de los cuerpos ingeridos son expulsados espontáneamente por el tracto gastrointestinal^{1,5}. La perforación intestinal asociada a la ingesta de cuerpo extraño es rara (1%), siendo más frecuente si el cuerpo extraño es alargado

y afilado. La perforación intestinal asociada con la ingestión de cuerpos extraños tiende a ocurrir en las regiones anguladas y estrechas del tracto gastrointestinal, como en la región pilórica, la unión ileocecal y rectosigmoidea².

Las ingestas de cuerpos extraños en los adultos se ven con mayor frecuencia en pacientes con antecedentes psiquiátricos, pacientes con retrasos en el desarrollo y en aquellos con intoxicación por alcohol^{3,4}.

Las complicaciones y la gravedad están relacionadas con las características del objeto ingerido, ubicación en el tracto gastrointestinal y el tiempo de exposición. El diagnóstico temprano, manejo oportuno y adecuado de estos pacientes puede prevenir complicaciones severas e incluso la muerte de estos pacientes⁴.

En cuanto al manejo de la ingesta de cuerpos extraños, el 80 a 90% son expulsados espontáneamente, el 10 a 20% requieren una extracción por vía endoscópica y un porcentaje menor (1%) requieren una intervención quirúrgica para resolver el cuadro^{5, 6, 12, 13}.

Presentamos el siguiente caso con un escenario clínico desafiante de una paciente con trastorno psiquiátrico con ingesta de objetos punzo cortantes, en la que el diagnóstico rápido, manejo oportuno y adecuado pudo prevenir complicaciones graves.

REPORTE DEL CASO

Mujer de 27 años de edad, raza mestiza, con antecedente de Esquizofrenia con tratamiento regular, ingresa por el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins el día 03-09-21 a horas de la tarde, en compañía de madre de familia. Familiar refiere que paciente escapó de casa y estuvo perdida por dos días. Tras hallazgo, paciente refiere ingesta de cuerpos extraños: "alfileres y vidrios", hace cuatro horas aproximadamente; motivo por el cual, el familiar la trae por emergencia. Al ingreso por emergencia paciente quejumbrosa presenta episodios de agitación y somnolencia. Al examen físico paciente con funciones vitales conservadas, ventilando espontáneamente. Abdomen plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, dolor a la palpación profunda en epigastrio, no impresiona signos peritoneales (poco evaluable por condición clínica de paciente). Dentro de los exámenes de laboratorio de importancia: Leucocitos 22 mil, Hemoglobina 11.8 g/dl, PCR: 0.51 mg/dl, glucosa 84 mg/dl, creatinina 1.21 mg/dl.

Paciente con antecedente de ingesta de objetos punzo cortantes, leucocitosis marcada y abdomen poco evaluable, impresiona probable abdomen agudo a descartar perforación de víscera hueca. Se solicita radiografía de abdomen evidenciándose opacidad de densidad metálica irregular inespecífico que se proyecta en cavidad abdominal.

Ante la sospecha de un abdomen agudo quirúrgico por probable perforación de víscera hueca se programa para sala de operaciones por emergencia a las 02 horas aproximadamente desde su ingreso a emergencia. En sala de operaciones se solicita la evaluación urgente

de gastroenterología ante la posibilidad de lesión y/o perforación esofágica y ante la posibilidad de poder resolver el cuadro por vía endoscópica. Dentro de los hallazgos a la endoscopia digestiva alta no evidencia de lesión esofágica y evidencia múltiples alfileres metálicos y restos de vidrio en antro y cuerpo gástrico. Teniendo en cuenta las características de los objetos punzocortantes ingeridos, la cantidad y ante la posibilidad de ocasionar mayor daño al intentar extraer los objetos por vía endoscópica, se descarta resolver el cuadro por este método.

Figura 1

Radiografía de abdomen: opacidad de densidad metálica en cavidad abdominal



Figura 2

224 alfileres metálicos y 36 restos de vidrio extraídos del estómago



Se procede a la cirugía. A la laparotomía no impresionada neumoperitoneo, se realiza gastrotomía a nivel de cara anterior de cuerpo gástrico, se ingresa a cavidad gástrica evidenciándose a nivel de antro y cuerpo gástrico múltiples alfileres metálicos de 4 cm de longitud aproximadamente cada alfiler y múltiples restos de vidrio. Se extrajeron un total de 224 alfileres metálicos y 36 restos de vidrios. No se evidencia perforación gástrica, intestinal, ni colónica. No líquido libre dentro de cavidad peritoneal. Se rafia pared gástrica y cierre de pared abdominal por planos. Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a recuperación.

Paciente con evolución favorable, tolera dieta progresiva, con controles de imágenes sin evidenciar cuerpo extraño en tracto gastrointestinal ni signos de perforación intestinal, con marcadores inflamatorios en disminución hasta rangos aceptables. Se da de alta y control por consultorio externo.

Figura 3
TAC post operatorio: No evidencia de cuerpos extraños, no neumoperitoneo, no obstrucción intestinal



Figura 4
Herida operatoria mediana



DISCUSIÓN

La ingesta de cuerpo extraño en la población adulta ocurre con mayor frecuencia en aquellos que presentan algún trastorno psiquiátrico, retraso en el desarrollo y en personas con intoxicación alcohólica^{3, 4, 15}, constituyendo una causa frecuente de ingresos por el servicio de emergencia en la población adulta con las características mencionadas¹.

Cerca al 90% de los objetos ingeridos son expulsados espontáneamente por el tracto gastrointestinal y solo un pequeño porcentaje (1%) está asociado a complicaciones severas como perforación intestinal, peritonitis y muerte del paciente^{1,2,9}. La mayoría de las complicaciones está asociado a la ingesta de cuerpos extraños afilados y alargados¹.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente a las dos horas de su ingreso a emergencia pudiendo prevenir las complicaciones descritas asociadas a la ingesta de cuerpos extraños punzocortantes como perforación intestinal, peritonitis y/o muerte de la paciente^{1, 2}. El manejo oportuno dentro de las 12 a 24 horas evita mayores complicaciones y menor tiempo de hospitalización en el postoperatorio^{8, 10, 11}.

Al intervenirla quirúrgicamente se encontró los objetos punzocortantes aún localizados en la cámara gástrica y estos no habían traspasado la válvula ileocecal; siendo éste uno de los lugares donde se localizan con mayor frecuencia los cuerpos extraños ingeridos, después del esófago^{5,7}.

Como se describe la mayor incidencia de perforación se da a nivel de zonas de angulación y estrechez del tracto gastrointestinal como región pilórica, la unión

ileocecal y rectosigmoidea². En esta paciente se logró intervenir oportunamente aun cuando los objetos punzocortantes estaban localizados en el estómago y no habían traspasado la región pilórica pudiendo prevenir posibles complicaciones descritas; ya que las paredes del intestino delgado e intestino grueso en comparación al estómago son de menor grosor y éstos segmentos son más susceptibles de lesiones por objetos punzocortantes ingeridos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Libanio D, Garrido M, Jacome F, Dinis-Ribeiro M, Pedoto I, Marcos-Pinto R. Foreign body ingestion and food impaction in adults: better to scope than to wait. *United European Gastroenterology Journal* 2018, Vol. 6(7) 974–980.
2. Cleve G, Rodrigo C, Caboclo M et al. Intestinal perforation by an ingested foreign body. *Radiol Bras* 2016;49(5):295–299.
3. Xinping Li, Bujun Ge, Hongmei Zhao et al. Intestinal Perforation by Ingested Foreign Bodies. *Int Surg* 2021; 105:171–177.
4. Okan I, Akbaş A, Küpeli M et al. Management of foreign body ingestion and food impaction in adults: A cross-sectional study. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2019, Vol. 25, No. 2.
5. Chung-Ying Leea, Bi-Zhen Koa, Chia-shin Wua et al. Retrospective analysis of endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract of adults. *J Chin Med Assoc.* 2019; 82: 105-109.
6. Chih-Chien Yao, yo-ting wu, Pulmón-Sheng Lu et al. Endoscopic Management of Foreign Bodies in the Upper Gastrointestinal Tract of Adults. *Biomed Res Int* .2015;2015:658602.
7. Yen-Ting Lu, Hung Wen Chen, Yao Ying Tseng, Chia-Hsi Chen, Ying Chou Lu. Factors associated with the true location of ingested Fishbones. *Eur J Emerg Med* .2019 junio; 26 (3): 224-227.
8. Xiaowen Zhang, Yan Jiang, Tao Fu, Xiaoheng Zhang, Na Li, Chunmei Tu. Esophageal foreign bodies in adults with different durations of time from ingestion to effective treatment. *J Int Med Res.* 2017 agosto;45(4):1386-1393.
9. Zamarly K, Davis J, Ament E, Dirks R, Garry J. This too shall pass: A study of ingested sharp foreign bodies. *J Trauma Acute Care Surg.* 2016, Volume 82, Number 1.
10. Kyong Hee Hong, Yoon Jae Kim, Jae Hak Kim, Song Wook Chun, Hee Man Kim, Jae Hee Cho. Risk factors for complications associated with upper gastrointestinal foreign bodies. *World J Gastroenterol.* 2015 Jul 14;21(26):8125-31.
11. Hudhaifah Shaker, Hany Elsayed, Ian Whittle. Syed Hussein, Michael Shackcloth. The influence of the 'golden 24-h rule' on the prognosis of oesophageal perforation in the modern era. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery.* 2010, 38: 216-222
12. Remzi Kızıltan, Özkan Yılmaz, Abbas Aras et al. Ingested intraabdominal foreign bodies that require surgical intervention. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2016, Vol. 22, No. 3
13. Birk M, Bauerfeind P, Deprez PH et al. Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults. *European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Endoscopy.* 2016 May;48(5):489-96.
14. Ambe P, Weber S, Schauer M, Knoefel W. Swallowed Foreign Bodies in Adults. *Dtsch Arztebl Int.* 2012 diciembre; 109(50): 869–875.
15. Tromans S, Chester V, Wells H, Alexander R. Deliberate ingestion of foreign bodies as a form of self-harm among inpatients within forensic mental health and intellectual disability services. *The Journal of Forensic Psychiatry y Psychology.* 2019, 30:2, 189 -202.