

**Medicent Electrón. 2021 jul.-sept.;25(3)**

Informe de Caso

Perforación del recto por espina de pescado

Rectal perforation caused by a fish bone

Jorge Abel Aparicio Sánchez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4669-2650>Roberto Fernández González¹ <https://orcid.org/0000-0002-6041-987X>Miguel Alejandro Lorenzo Juvier¹ <https://orcid.org/0000-0002-7141-6658>

¹Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: jaas890815@nauta.cu

RESUMEN

La ingestión de cuerpos extraños (en su mayoría espinas de pescado y huesos de pollo) durante la alimentación es frecuente. En gran parte de los casos ocurre accidentalmente, de manera inadvertida, habitualmente silente, en personas alcohólicas, con enfermedad mental o que usan prótesis dental. Generalmente pasan a través del tubo digestivo sin causar daño, y son expulsadas cerca de los siete días después de la ingestión. En cambio, en algunos pacientes puede ocasionar oclusión o perforación del tubo digestivo. Entre las zonas más afectadas están: la región ileocecal y la rectosigmoidea, por su angulación. Se presenta un paciente de 54 años de edad, bebedor habitual y fumador, con perforación del recto por espina de pescado, la cual fue ingerida de forma inadvertida días anteriores. Se le realizó



una transversostomía para descompresión; posteriormente desarrolló una gangrena de Fournier en la región genital, y se le realizó una necrectomía y orquiectomía derecha.

DeCS: perforación intestinal/complicaciones; cuerpos extraños/etiología; gangrena de Fournier; orquiectomía.

ABSTRACT

Foreign body ingestion (mostly fish bones and chicken bones) during feeding is common. In most cases, it occurs accidentally, inadvertently, usually silently, in people who are alcoholics, mentally ill, or who wear dental prostheses. They generally pass through the digestive tract without causing damage, and are expelled about seven days after ingestion. On the other hand, in some patients it can cause occlusion or perforation of the digestive tract. The ileocecal and rectosigmoid regions are the most affected areas, due to their angulation. We present a 54-year-old male patient, a habitual drinker and smoker, with a rectal perforation caused by a fish bone, which was inadvertently ingested days before. A decompressing transversostomy was performed; later he developed Fournier's gangrene in the genital region, and a necrosectomy and right orchiectomy were performed.

MeSH: intestinal perforation/complications; foreign bodies/etiology; Fournier gangrene; orchiectomy.

Recibido: 15/05/2020

Aprobado: 4/03/2021

La ingestión de cuerpos extraños (CE) que provocan perforación del recto es poco frecuente. La mayoría de estas ingestas pasan inadvertidas por el tracto digestivo alto y generalmente son expulsados en aproximadamente una semana, sin producir afección o enfermedad intestinal; sin embargo, hay ciertas localizaciones que por su anatomía, representan puntos de impacto como es el caso de: la orofaringe, el esófago, el píloro, el ángulo duodeno-yeyunal o de Treitz, la válvula ileocecal y la región colosigmoidea o colorectal.^(1,2)



Existen algunos factores predisponentes para la ingesta silente de cuerpos extraños como son: las edades extremas, tanto niños como adultos mayores, el uso de prótesis dental, enfermedades mentales, alcoholismo y el mayor porcentaje de manera accidental.⁽¹⁾

La mayoría de las ingestiones de CE transcurren sin complicaciones, solo el 1% de los pacientes presentan complicaciones asociadas. Entre las complicaciones más frecuentes se pueden mencionar: laceración, perforación, impactación y obstrucción, las cuales requieren un diagnóstico rápido, preciso y completo, porque de ello depende el tratamiento a seguir.^(2,3)

El lugar más habitual de impacto es la válvula ileocecal seguida de la región colorrectal. La espina de pescado es el objeto más frecuente encontrado en relación proporcional con estos alimentos incorporados a la dieta, como agente causal de perforación.⁽⁴⁾ Es útil la anamnesis y un adecuado examen clínico apoyado en estudios imagenológicos, en especial una radiografía y ultrasonido abdominal.⁽⁵⁾ Las manifestaciones clínicas son inespecíficas e incluyen: fiebre, dolor abdominal, localizado o difuso, y afectación del estado general.⁽⁶⁾ En algunos casos se dificulta la visualización o identificación de los CE, pero orientan mediante sus hallazgos radiológicos la existencia de una perforación.⁽⁵⁾ Otro estudio de gran utilidad es la tomografía axial computarizada (TAC), la cual permite identificar la región afectada por la inflamación que la envuelve, y visualizar el origen de la enfermedad, el absceso localizado y la presencia de aire libre. También son importantes los estudios endoscópicos de región colorrectal donde se puede realizar extracción del cuerpo extraño y diagnóstico certero.^(4,7,8) El diagnóstico se realiza mayoritariamente transoperatorio y requiere: suturas intestinales, resecciones intestinales, ostomías y lavados de la cavidad abdominal.^(5,6,7)

Presentación del paciente

Paciente masculino de 54 años de edad, piel blanca, con antecedentes de fumador inveterado y alcohólico desde hace aproximadamente 25 años. Acudió al Cuerpo de Guardia de Urgencias del Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico «Arnaldo Milián Castro» por presentar aumento de volumen en ambos testículos y cambios ligeros en su coloración, con dolor difuso en hemiabdomen inferior. Al interrogatorio refirió que los síntomas comenzaron el día anterior. Fue valorado por el especialista de Urología e interconsultado con el servicio de Cirugía General.



En el examen físico se constató abdomen suave y depresible, con enfisema celular subcutáneo en fosa lumbar derecha, flanco derecho, fosa iliaca derecha e izquierda y bolsa escrotal (Figura 1), así como pérdida de la matidez hepática. Al tacto rectal se detectó una perforación de aproximadamente 2 cm de diámetro a 6 cm de las márgenes del ano.



Figura 1. Enfisema testicular a la llegada del paciente al Cuerpo de Guardia.

Se le realizaron varios exámenes complementarios con los siguientes resultados: hematocrito 55 vol/%, leucograma 13×10^9 %, polimorfonucleares 88 %, linfocitos 12 %, coagulación 6 minutos, sangramiento 1 minuto, plaquetas 240×10^9 , glicemia 5,7 mmol/l y creatinina 90 mmol/l.

En la radiografía de tórax se observó neumoperitoneo bilateral (Figura 2), y en la radiografía de abdomen simple se observó enfisema celular subcutáneo.



Figura 2. Neumoperitoneo bilateral.

En la rectosigmoidoscopia flexible, se introdujo el rectosigmoidoscopio flexible hasta los 10 cm (margen interno del ano) y a los 6 cm se observó una perforación en la cara interior del recto, de aproximadamente 2 cm de diámetro de bordes irregulares. Se constató la presencia de un cuerpo extraño (espina de pescado) a nivel de la perforación (Figuras 3 y 4), la cual se extirpó por vía endoscópica.



Figura 3. Rectoscopia a 6 cm de las márgenes del ano. Se puede observar la presencia de una espina de pescado en la mucosa rectal.



Figura 4. Rectoscopia a 6 cm de las márgenes del ano.

Se puede observar la perforación del recto.

Se realizó una laparotomía exploratoria, con enjuague amplio de la cavidad y transversostomía en asa, para desfuncionalizar el resto del intestino. Se indicó tratamiento antibiótico con: metronidazol 0,5 cada 8 horas, gentamicina 80 mg 2 ámpulas endovenosas diarias, y claforan 1 gramo endovenoso cada 8 horas. Al séptimo día del post operatorio se diagnosticó gangrena de Fournier (Figura 5), y el paciente fue intervenido quirúrgicamente.



Figura 5. Gangrena de Fournier desarrollada por el paciente tras la perforación del recto.

Se realizaron varios procedimientos: una necrectomía, el enjuague abundante con peróxido de hidrógeno y suero fisiológico, y orquitectomía derecha. Pasadas 24 horas, se decidió pasar a otro esquema de tratamiento antibiótico con: meropenem 1g 2 bulbos endovenosos cada 8 horas y vancomicina (500 mg) 2 bulbos endovenosos cada 12 horas. El paciente evolucionó de manera satisfactoria y egresó a los 11 días. Se le dio seguimiento por consulta externa hasta constatar, mediante el examen rectal, el cierre espontáneo de la perforación. En ese momento se realizó una tercera intervención quirúrgica, en este caso electiva, para el cierre de la colostomía y restitución del tránsito intestinal.

Comentario

Trebol López J, y colaboradores⁽¹⁾ describen la perforación del recto por una espina de pescado, de manera homóloga a lo descrito en el presente artículo, pero asociado a una neoplasia subyacente. La presencia de un cuerpo extraño en el recto por ingestión es infrecuente, la principal puerta de entrada es la vía anal. ⁽⁷⁾ Se debe realizar la extracción de urgencia, por vía transanal una vez diagnosticado. El tiempo es un factor importante para evitar complicaciones mayores como pueden ser: la lesión de la pared del recto, infecciones como abscesos superficiales y profundos de los espacios pararrectales, lesiones esfinterianas, fístulas y gangrena de Fournier.⁽⁶⁾

Con relación a la localización, en el informe de Ponce R. y colaboradores, ⁽⁵⁾ la perforación por la espina de pescado fue en el yeyuno, por lo que difiere con el caso en cuestión.

El paciente, a los siete días de la extracción del cuerpo extraño por vía endoscópica, y después de realizada una colostomía derivativa, presentó una gangrena de Fournier, que afectó los genitales externos, en especial el área perineal con un enfisema subcutáneo. Se realizaron varios procedimientos en su tratamiento: necrectomía, enjuague, orquitectomía derecha, y cura local diaria con desbridamiento de tejido necrótico.^(9,10)



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Trébol López J, Cecilia Mercado MC, Sánchez Jiménez R, Blanco Álvarez CA, Rojo Conejo E, Borrego Galán M, *et al.* Perforación rectal por cuerpo extraño impactado en paciente con neoplasia subyacente no conocida. Rev Acircal [internet]. 2015 [citado 15 mar. 2019];2(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://www.evento.es/revistaACIRCAL/04/08.Caso3_CpoExtrano_AVILA-C.pdf
2. Martínez CE, Mateus L, Ibáñez H, Senejoa N, Medellín A, Obando A, *et al.* Enfoque del manejo de cuerpos extraños colorrectales: revisión de la literatura. Rev Colomb Gastroenterol [internet]. 2018 [citado 15 mar. 2019];33(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcgv/v33n1/0120-9957-rcg-33-01-00049.pdf>
3. Palazón P, Juliá V, Amado V, Saura L, Tarrado X, Ribó JM. Manejo del traumatismo rectal en la edad pediátrica. Cir Pediatr [internet]. 2012 [citado 15 mar. 2019];25(4):[aprox. 4 p.]. Disponible en: https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2012_25-4_173-176.pdf
4. Magadán C, Fidalgo M, Toledo E, Olmos JM, Terán Á, Rodríguez-Sanjuan JC, *et al.* Perforación del colon sigmoides por espina de pescado: tratamiento combinado laparoscópico y endoscópico. Rev Colomb Cir [internet]. 2018 [citado 4 jul. 2020];3(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3555/355558415013/html/index.html>
5. Sardiñas Ponce R, Hernández Torres L, Pinza Jojoa JM. Perforación intestinal por espina de pescado: a propósito de un caso. Correo Cient Méd Holguín [internet]. 2016 [citado 15 mar. 2019];20(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://scieloprueba.sld.cu/pdf/ccm/v20n2/ccm18216.pdf>
6. Beecher SM, O'Leary DP, McLaughlin R. Diagnostic dilemmas due to fish bone ingestion: Case report and literature review. Int J Surg Case Rep [internet]. 2015 [citado 1 jul. 2020];13:[aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4529669/>



7. Rodríguez C. TR, Mora P. C. Tratamiento del cuerpo extraño rectal en un Servicio de Urgencia. Rev Cir [internet]. dic. 2019 [citado 3 feb. 2020];71(6):[aprox. 8 p.]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S2452-45492019000600518&script=sci_arttext&tlng=p
- 8- Rivadulla López S, Araujo Acuña IK. Manejo endoscópico de la extracción de cuerpos extraños en el tracto digestivo. Enferm Endosc Dig [internet]. 2018 [citado 3 nov. 2019];5(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: [https://aeed.com/documentos/publicos/revista/octubre2018/Enferm%20Endosc%20Dig.%202018;5\(2\)29-32-FC.pdf](https://aeed.com/documentos/publicos/revista/octubre2018/Enferm%20Endosc%20Dig.%202018;5(2)29-32-FC.pdf)
- 9- Vargas Rubio T. Mora Agüero SA. Zeledón Aguilera AS. Gangrena de Fournier: Generalidades. Rev Méd Sinergia [internet]. jun. 2019 [citado 3 mayo 2020];4(6): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms196k.pdf>
- 10- Larsson JC, Pires R, Fioravanti A, Beolchi MP, Gradel J, Oliveira M. Abordaje quirúrgico combinado como alternativa mínimamente invasiva en el tratamiento de la Gangrena de Fournier. Cir Plást Iberolatinoam [internet]. ene.-mar. 2017 [citado 18 mar. 2019];43(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922017000100012&lng=es

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

