

Perforación esofágica tras ingestión de un comprimido en blíster

Esophageal perforation after ingestion of a blister-wrapped tablet

Sr. Director:

La ingestión de cuerpos extraños es relativamente frecuente en determinados grupos de pacientes (niños de corta edad, ancianos o individuos con trastornos de la deglución, población penitenciaria, enfermos psiquiátricos y disminuidos psíquicos) causando el 80% de las perforaciones esofágicas cervicales^{1,2}. Sin embargo, la ingestión de comprimidos encapsulados (dentro del blíster) es poco frecuente³⁻¹⁰. Presentamos un caso de perforación esofágica tras la ingestión accidental de un comprimido encapsulado.

Varón de 68 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, fibrilación auricular y alcoholismo crónico que acudió a urgencias por disfagia y disnea. Le había sido dada el alta 24 h antes tras un ingreso por un síndrome de abstinencia alcohólica. Previamente al alta había sufrido un episodio de atragantamiento con un comprimido, aparentemente resuelto. Tras llegar a su domicilio e intentar ingerir alimentos el paciente presentó odinofagia, tos y, progresivamente, disnea y malestar general, por lo que acudió nuevamente a urgencias. A su llegada presentaba fiebre, disminución del murmullo vesicular y ronus en el hemitórax derecho. Las exploraciones complementarias realizadas (analítica, gasometría arterial y radiografía de tórax) demostraron leucocitosis con neutrofilia, insuficiencia respiratoria y una radiopacidad pulmonar en la base derecha compatible con neumonía por aspiración. Una TC urgente de cuello y tórax reveló un cuerpo extraño de densidad calcio en el esófago (fig. 1 A, corte axial, flecha; fig. 1 B, corte coronal, flecha), asociado a una pequeña perforación en la pared esofágica (fig. 1 A, asterisco). La endoscopia digestiva alta demostró la presencia en boca de Killian de restos alimentarios que al ser removidos revelaron un comprimido en blíster enclavado en la pared esofágica. Tras valoración por el servicio de Otorrinolaringología se realizó una esofagoscopia e hipofaringoscopia rígidas lográndose la extracción del comprimido. Un esofagograma

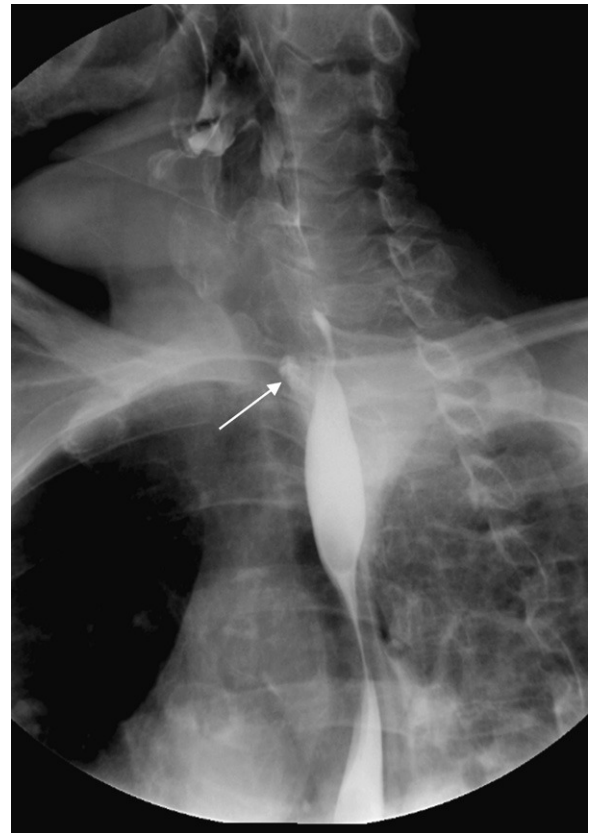


Figura 2 Perforación esofágica.

con contraste hidrosoluble confirmó la existencia de una perforación esofágica de unos 2 cm (fig. 2, flecha). Se decidió realizar un tratamiento conservador, iniciando nutrición enteral por sonda nasogástrica y cobertura antibiótica de amplio espectro. El paciente evolucionó favorablemente y un esofagograma de control a las 3 semanas confirmó la desaparición de la perforación. Actualmente se encuentra asintomático.

La ingestión de comprimidos encapsulados es rara pero puede ser causa de perforación a diferentes niveles del tubo digestivo⁷⁻¹⁰. Una vez ingerido el comprimido, la motilidad esofágica y el edema resultante del traumatismo local

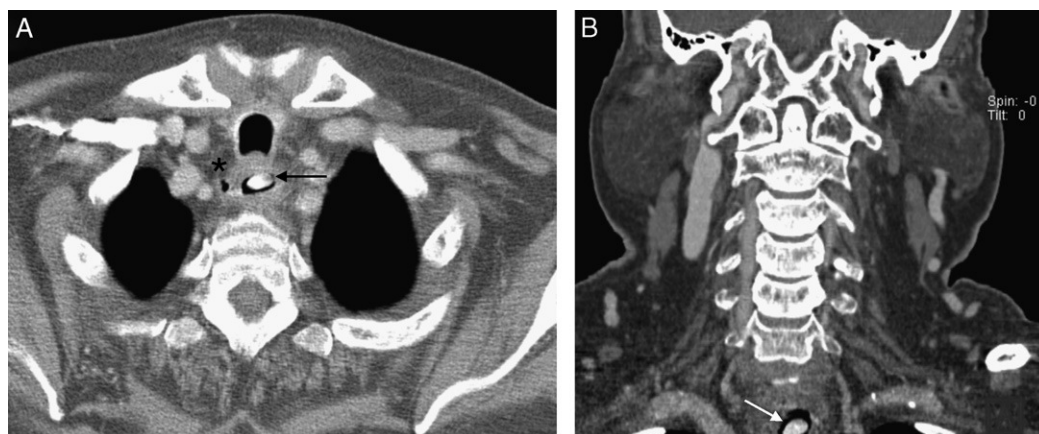


Figura 1 A) TC de cuello y tórax con cuerpo extraño de densidad calcio en el esófago (corte axial). B) Corte coronal.

facilitarían su impactación, dificultando cualquier manipulación o extracción y finalmente provocando la rotura de la pared y la perforación. En otros casos, el comprimido atraviesa el esófago sin complicaciones, alcanzando el estómago o el intestino⁸⁻¹⁰. La fina hoja de aluminio que sirve de cierre tiene una baja radiodensidad por lo que el blíster escaparía a la detección mediante exploraciones radiológicas convencionales⁶.

Las causas de los errores de medicación son multifactoriales y generalmente son resultado de una concatenación de errores en diferentes niveles del sistema de utilización de medicamentos. Los envases tipo blíster han aportado indudables ventajas, garantizando la conservación de los fármacos y facilitando su manipulación y dispensación, pero su utilización en el medio hospitalario requiere algunas precauciones. La lámina plástica que constituye el blíster no debería recortarse para separar los comprimidos ya que al cortarla se exponen sus bordes afilados y angulosos que resultarían más dañinos en caso de ingestión, como han señalado otros autores⁶. Por último, los comprimidos o cápsulas siempre deberían ser extraídos del blíster antes de su dispensación al paciente.

La aplicación de estas sencillas medidas ayudaría a mejorar la seguridad del paciente y a evitar la posibilidad de una ingestión accidental con graves consecuencias.

Bibliografía

1. Digoy GP. Diagnosis and management of upper aerodigestive tract foreign bodies. *Otolaryngol Clin North Am*. 2008;41:485-96.
2. Brinster CJ, Singhal S, Lee L, Marshall MB, Kaiser LR, Kucharczuk JC. Evolving options in the management of esophageal perforation. *Ann Thorac Surg*. 2004;77:1475-83.
3. Gelfand MD, Durning Jr RB. Esophageal dysphagia from ingestion of foil packaging of tablet. *Ann Intern Med*. 1978;89:940.
4. Wecksell A, Lane E, Greenfield E. Odynophagia caused by inadvertent blister pack ingestion: a case report. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1995;112:747-9.
5. Bour B, Blanchi A. [Unpackaging drugs: a necessity for elderly people. 3 cases of esophageal impaction]. *Presse Med*. 1993;22:131.
6. Yip LW, Goh FS, Sim RS. "I've got a UFO stuck in my throat!" - an interesting case of foreign body impaction in the oesophagus. *Singapore Med J*. 1998;39:121-3.
7. Gupta NM, Gupta V, Gupta R, Sudhakar V. Esophageal perforation caused by a blister-wrapped tablet. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*. 2002;10:87-8.
8. Lurton A, Ntiruhungwa J, Saillant H, Surugue J. Stomach perforation by a blister-wrapped capsule. *N Engl J Med*. 1996;335:754.
9. Norstein J, Krajci P, Bergan A, Geiran O. Intestinal perforation after ingestion of a blister-wrapped tablet. *Lancet*. 1995;346:1308.
10. Tadic M, Kujundzic M, Babic Z, Banic M, Vukelic-Markovic M, Curic J. Acute lower gastrointestinal bleeding after ingestion of blister-wrapped tablet. *Am J Gastroenterol*. 2007;102:2863-5.

Joaquín Campos Franco^{a,*}, Raimundo López Rodríguez^a, Anxo Martínez De Alegría^b, Cristina Dios Loureiro^c, Rosario Alende Sixto^a y Arturo González Quintela^a

^a Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España

^b Servicio de Radiología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España

^c Servicio de Otorrinolaringología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: xkamos@hotmail.com (J. Campos Franco).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.03.027

Apendicitis aguda posterior a colonoscopia: ¿casualidad o causalidad?

Acute appendicitis after colonoscopy: coincidence or cause?

Sr. Director:

A pesar de los grandes avances en las últimas décadas en el diseño del endoscopio, la instrumentación y la preparación intestinal, los efectos adversos y complicaciones de las colonoscopias todavía ocurren, aunque sean poco frecuentes y se considere una de las técnicas invasivas más seguras¹. Las complicaciones más frecuentes y graves son las perforaciones y la hemorragia, sin embargo hay otras mucho menos frecuentes, con solo comunicaciones de casos, como el de apendicitis aguda posterior a colonoscopia.

Mujer de 50 años sin antecedentes patológicos de interés a la que se realiza fibrocolonoscopia de control por ade-

noma tubulovelloso ubicado a 20 cm del margen anal que fue resecado endoscópicamente 3 meses antes, observándose tumoración en zona de poliplectomía previa la cual se biopsia y es negativa para malignidad, siendo la exploración completa, de una duración de 20 min, sin hallarse otras alteraciones en el resto del colon y se le da el alta sin complicaciones inmediatas a la exploración.

A las 6 horas de la prueba, refiere molestias abdominales que van en aumento por lo que consulta a urgencias refiriendo dolor abdominal hipogástrico. En la exploración física destaca defensa en hemiabdomen inferior, predominantemente derecho y sin signos de irritación peritoneal. Se le realiza analítica sanguínea presentando leucocitosis de 15 mil U/L con neutrofilia y radiografías de tórax y abdomen que no muestran anomalías significativas.

Dada la sospecha de perforación por la prueba diagnóstico-terapéutica realizada, se decide realización de TC abdominal en la que se observa (fig. 1) la presencia del apéndice cecal aumentado de tamaño, hasta un diámetro