

CASOS CLÍNICOS

Cuerpo extraño perineal: aguja retenida tras el parto más de 25 años

J. López-Olmos

Servicio de Ginecología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

ABSTRACT

We present a case of a perineal foreign body, a retained surgical needle for more than 25 years after delivery, in a 55-year-old woman. The patient was asymptomatic and twice considered extraction but desisted. We review this problem and discuss its appropriate management.

INTRODUCCIÓN

Encontrar una aguja rota o perdida es una empresa difícil, a veces requiere una exploración quirúrgica extensa¹. La fluoroscopia biplana localiza y marca el cuerpo extraño (CE), y la exploración quirúrgica puede ser posible sin ser extensa.

Hay agujas retenidas en toda clase de circunstancias: en la autoinyección intracavernosa para tratar la disfunción eréctil²; en la inyección de papaverina para la disfunción eréctil³, la retención de fragmento de aguja intracavernosa requiere extracción quirúrgica; en el paciente diabético con neuropatía diabética, la aguja de insulina⁴ penetra silenciosamente en los tejidos blandos y es causa de infección o lesión; en las biopsias de mama, con arpón para localización de la zona sospechosa de microcalcificaciones, también se puede quedar retenida⁵. En un caso, el fragmento retenido estuvo 11 años, y no hubo cambios. Se hace seguimiento mamográfico cada 3 y 6 meses, para ver la estabilidad en la paciente asintomática, si hay síntomas se procede a la extirpación del fragmento.

Otro paso más, es cuando la aguja rota y retenida emboliza al ventrículo derecho. Esto ocurrió en una drogadicta⁶, y 2 años después la aguja estaba en el ventrículo derecho. Hubo que sacarla cuanto antes para evitar complicaciones, porque puede haber infecciones locales y sistémicas recurrentes, incluso endocarditis.

En este trabajo, se presenta el caso de una paciente con una aguja rota y retenida en periné tras el parto

más de 25 años, sin cambios y asintomática. Finalmente, decidió no extraérsela.

CASO CLÍNICO

Mujer de 55 años, G4 P3 (un feto muerto anteparto) A1, con menopausia a los 47 años, tras histeroscopia quirúrgica y ablación endometrial por metrorragia climaterica. Antecedentes quirúrgicos: amigdalectomía. Antecedentes médicos: hipertensión arterial, dislipemia, hernia hiatal, cervicartrosis y osteoporosis, y asma bronquial.

Consultó el 17 de diciembre de 2003, por tener una aguja retenida en el periné desde el último parto hacía 25 años. Aporta radiografías (figs. 1 y 2). La aguja se observa tanto en la de frente como en la de perfil, y está situada debajo y detrás de la rama isquiopubiana, en la zona teórica perineal derecha. En aquel momento se le ofreció la intervención para recuperarla, pero la rechazó.

Actualmente desea que se le extraiga, ya que precisa de la realización de una resonancia magnética (RM) de columna y es necesario sacar la aguja primero. A la exploración ginecológica presenta un cistocele I y un rectocele II sin prolapso uterino. Se practicó una citología cervicovaginal y una ecografía vaginal que fueron normales: útero atrófico, línea endometrial (LE) de 3 mm y ovarios no visualizables. Se propone la intervención y se le da el documento de consentimiento informado.

El 1 de abril de 2004 la paciente ingresó en cardiología por fibrilación auricular paroxística sin cardiopatía estructural. Pasó a ritmo sinusal. El 21 de junio de 2004 se retira de la lista de espera quirúrgica, decide no extraérsela al estar asintomática. El 3 de noviembre de 2005, nuevo ingreso en cardiología por el mismo motivo anterior.

DISCUSIÓN

El problema de las agujas rotas retenidas es que el o los fragmentos pueden migrar y penetrar en órganos sólidos o vísceras huecas⁷, y las complicaciones son

Aceptado para su publicación el 1 de julio de 2006.



Fig. 1. Radiografía anteroposterior de la pelvis, en la que se observa la aguja en la zona perineal derecha.

infecciosas o traumáticas. Puede ocurrir con agujas de acupuntura o con el arpón de localización en las biopsias de mama⁸. En este caso, el fragmento puede migrar a la pared torácica, o puede romperse y retenerse, o puede migrar a tejidos blandos con rotura final del garfio.

Las recomendaciones que se hacen son:

- Minimizar los movimientos previene el desplazamiento.
- Hay mínima reacción en tejido blando, pero si migra puede haber neumotórax o entrar en un vaso.
- Transferir la paciente de radiología a quirófano en camilla con movimiento mínimo.
- Hacer radiografía o fluoroscopia.
- Contar o medir la longitud completa para saber si hay transacción o rotura, y luego inspeccionarlo al extraerlo. Esto debe hacerlo el cirujano, el patólogo o el radiólogo, y comprobar que se han excluido fragmentos retenidos.

Los ultrasonidos, para ver masas en tejidos blandos, son seguros y tienen alto valor predictivo negativo. Pueden ver astillas de madera clavadas, también cristal o metal⁹, CE opaco. Las imágenes se ven ecogénicas, con mancha acústica y ecos de reverberación, aunque no siempre. El ultrasonido localiza el CE metálico en 3 dimensiones y la migración a tejidos blandos. Los ultrasonidos serían la primera línea de examen, por coste-beneficio, y luego resolvería la RM.

Las agujas, por el uso se rompen, y más en venas fibrosas. Así, si hay agujas retenidas drenar un absceso a dedo es potencialmente peligroso¹⁰. En estos ca-



Fig. 2. Radiografía lateral de la pelvis, en la que se observa la aguja debajo y detrás de la rama isquiopubiana.

sos, hay que hacer la exploración con el dedo rodeado de una gasa hemostática.

Un fragmento de aguja hipodérmica puede embolizar el pulmón en un drogadicto¹¹. En la vena, hay tendencia a embolizar. En tejidos blandos migra a sitios remotos. Puede no haber complicaciones en meses de seguimiento. En el CE las complicaciones in situ son bajas, y si no hay síntomas es mejor no tocar. Las complicaciones pueden ser: celulitis, disestesias, sepsis, náuseas-vómitos, diarrea, deshidratación, linfadenitis, etc. La migración al corazón puede dar pericarditis y efusión pericárdica; con ecocardiografía previa, requiere pericardiotomía y drenaje.

La conducta en general sería: exploración local e intento de extracción cuando es palpable en el sitio de inyección. El tiempo de embolización es de pocas horas, habría que poner un torniquete en la exploración, pero no previene la migración. Encontrar un fragmento pequeño es muy difícil; fragmentos de 1-3 cm pueden meterse en el músculo miocárdico o en las trabé-

culas. En caso asintomático, no hacer nada. En caso de síntomas, y si es en corazón, hasta toracotomía y/o mediastinotomía. El diagnóstico se realiza con seguimiento radiográfico, ultrasónico, fluoroscópico y/o RM.

El manejo del CE embolizado se realizará según la naturaleza del CE, la localización y los síntomas asociados.

El periné es un lugar del cuerpo entre la vagina y el ano, con masa muscular y tejido blando graso, muy «traicionero» en este tema. La aguja que se pierde, migra, y es difícil de encontrar. Es poco frecuente, pero es una complicación real de cualquier procedimiento quirúrgico, especialmente los vaginales¹.

En periné recuperar el CE es una empresa frustrante. Con disección extensa hay riesgo de lesión operatoria a estructuras vitales. Hay que hacer radiografías, ecografía y tomografía computarizada. La fluoroscopia es mejor, se hace intraoperatoria, y es especialmente importante cuando la aguja se rompe en el acto operatorio. La recuperación de la aguja se realiza con anestesia general, aunque también puede hacerse con anestesia local y sedación, según el caso. Se haría una incisión vaginal lateral y disección hasta la aguja retenida, y se debería extirpar el tejido fibroso de alrededor.

En este caso, una vez localizada la aguja retenida como se ve en las radiografías (figs. 1 y 2), se le propuso a la paciente su extracción, y no aceptó entonces. Más de 25 años después, asintomática en todo ese tiempo, lo solicita de nuevo, y una vez propuesta la intervención la desestima otra vez. Pero antes de intervenirla, habría que confirmar la localización de la aguja con los medios actuales.

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 55 años, con cuerpo extraño perineal, una aguja rota y retenida tras el parto más de 25 años. Al estar asintomática, en 2 ocasiones ha pensado en extraérsela, pero finalmente ha desistido. Se revisa este problema y cuál sería la conducta a seguir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kleinpeter SJ, Kline RC, Finan MA. Retained surgical needle in the perineum. Report of a case with a novel method of search and rescue. *J Reprod Med.* 1997;42:303-5.
2. Bandi G, Rajpurkar A, MacDonald MF, Dhahuwala CB. Multiple retained needles: an unusual complication of intracavernous self-injection (abstract). *Urology.* 2005;65:797.
3. Beer SJ, See WA. Intracorporeal needle breakage: an unusual complication of papaverine injection therapy for impotence. *J Urol.* 1992;147:148-50.
4. Nadig SN, Deibler AR, Marlow T, Wiley MK, Schabel SI. Retained needle fragments in patients with diabetic neuropathy (letter). *JAMA.* 2000;283:3072.
5. Montrey JS, Levy JA, Brenner RJ. Wire fragments after needle localization. *AJR Am J Roentgenol.* 1996;167:1267-9.
6. Ngaage DL, Cowen ME. Right ventricular needle embolus in a injecting drug user: the need for early removal. *Emerg Med J.* 2001;18:500-1.
7. Vassiou K, Kelekis NL, Fezoulidis IV. Multiple retained acupuncture needle fragments (letter). *Eur Radiol.* 2003;13:1188-9.
8. Bronstein AD, Kilcoyne RF, Moe RE. Complications of needle localization of foreign bodies and nonpalpable breast lesions. *Arch Surg.* 1988;123:775-9.
9. Fornage BD. Soft tissue masses: the underutilization of sonography. *Seminars in Musculoskeletal Radiology.* 1999; 3:115-33.
10. Blumstein H, Roberts JR. Retained needle fragments and digital dissection (letter). *N Engl J Med.* 1993;328:1426.
11. Kulayvat MN, Barakat N, Stephan RN, Gutiérrez I. Embolization of illicit needle fragments. *J Emerg Med.* 1993;11: 403-8.