



CARTAS AL DIRECTOR

Ileítis terminal de etiología infrecuente

Terminal ileitis of uncommon etiology

Sr. Director:

Los cuerpos extraños en el tubo digestivo pueden representar un problema diagnóstico y de tratamiento. Provocan desde distinto grado de traumatismo local hasta perforación y daño a los órganos vecinos. Los localizados en el recto afectan en el 65% de los casos a varones entre 30-40 años¹. Presentamos el caso de un paciente en el que se manifiesta con una sintomatología indicativa de un proceso inflamatorio intestinal finalmente secundario a cuerpo extraño rectal.

Varón de 26 años sin antecedentes de interés, que comienza bruscamente con un dolor abdominal cólico de 3 días de evolución, localizado en flanco y fosa iliaca izquierda. Se acompaña de fiebre y diarrea de 6 deposicio-

nes/día sin productos patológicos. En la analítica presentaba 15.300 leucocitos con desviación a la izquierda y elevación de reactantes de fase aguda (PCR y orosomucoide). La ecografía abdominal detectó un engrosamiento de sigma (fig. 1 B) y del íleon terminal, con afectación de la grasa adyacente y líquido libre (fig. 1 A). El paciente fue ingresado y se inició tratamiento con ciprofloxacino y metronidazol de forma empírica. Los coprocultivos y los hemocultivos fueron negativos. En la colonoscopia se detectó un palillo de comida enclavado en sus 2 extremos en la unión recto-sigma (fig. 1 C), tras extraerlo se observa salida de pus. La TC abdominal informa de engrosamiento en la zona afectada descartando la presencia de perforación o abscesos (fig. 1 D).

Tras la extracción endoscópica desapareció toda la sintomatología, sin presentar complicaciones posteriores. Reinterrogado el paciente, refería haber deglutido accidentalmente el palillo la semana anterior al ingreso.

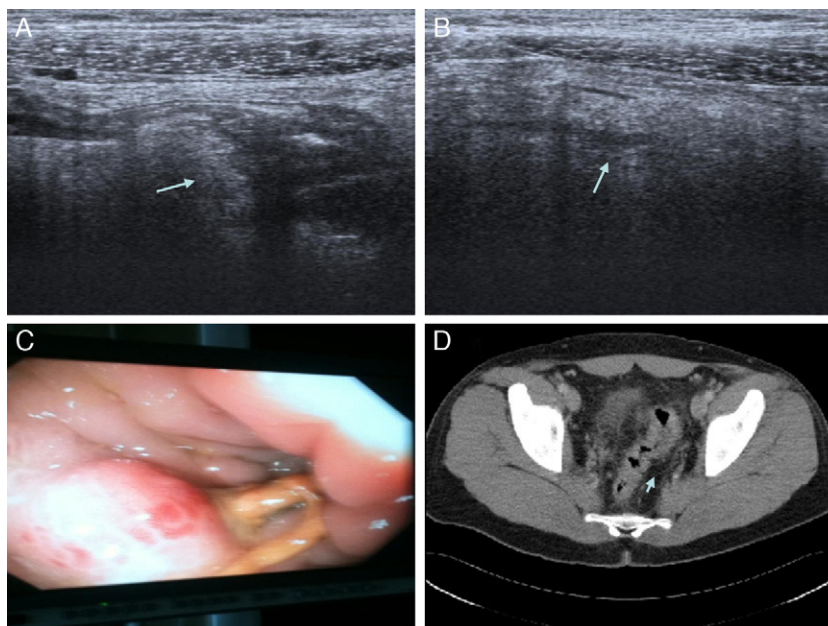


Figura 1 A) Imagen ecográfica donde se identifica un segmento de íleon terminal que engloba los últimos 2 cm y la válvula ileocecal engrosados hiperémicos, con afectación de la grasa adyacente y líquido libre anecoico a su alrededor. figura 1 B) En la ecografía se observa un asa de sigma con la pared engrosada e importante reacción inflamatoria de la región de alrededor. figura 1 C) Fotografía durante la endoscopia donde se observa un palillo enclavado en sus 2 extremos en la unión recto-sigma presentando importante reacción inflamatoria y contenido purulento. figura 1 D) En la TC abdominal se descarta perforación abdominal y presencia de líquido libre.

Para el diagnóstico de los cuerpos extraños en el recto es necesario realizar una correcta anamnesis, una adecuada exploración física y pruebas de imagen radiológicas². Sin embargo, en ocasiones es muy complicado detectar su presencia, lo que retrasa el diagnóstico. En estas situaciones es posible la aparición de complicaciones como perforación intraperitoneal, sepsis e incluso la muerte³.

La extracción del cuerpo extraño depende de su localización y de la situación clínica del paciente. En aquellos que se observan desde el exterior se puede intentar la extracción manual previa anestesia local de la zona⁴. La endoscopia puede ser útil para extraer los objetos situados en sigma o recto, evitando la cirugía. En los sujetos que presentan signos y síntomas de perforación debe realizarse cirugía de urgencia⁵.

El principal punto de interés de nuestro caso viene dado por la aparición de un objeto extraño punzante en la unión recto-sigma, deglutido de manera inadvertida. Durante el recorrido por el tracto gastrointestinal es posible que provocara daños en la válvula ileocecal, originando una reacción inflamatoria local. Por esta razón se planteó como posibles diagnósticos diferenciales una enfermedad inflamatoria intestinal, una ileítis infecciosa o una gastroenteritis. Tras la realización de la colonoscopia se demostró el origen del cuadro clínico, que cedió tras la extracción endoscópica del palillo, sin presentar complicaciones posteriores.

Bibliografía

1. Clarke DL, Buccimazza I, Anderson FA, Thomson SR. Colorectal foreign bodies. *Colorectal Dis.* 2005;7:98-103.
2. Koornstra JJ, Weersma RK. Management of rectal foreign bodies: description of a new technique and clinical practice guidelines. *World J Gastroenterol.* 2008;14:4403-6.
3. Frossard JL, de Peyer R. An unusual digestive foreign body. *Case Rep Gastroenterol.* 2011;5:201-5.
4. Rodríguez-Hermosa JI, Codina-Cazador A, Ruiz B, Sirvent JM, Roig J, Farres R. Management of foreign bodies in the rectum. *Colorectal Dis.* 2007;9:543-8.
5. Goldberg JE, Steele SR. Rectal foreign bodies. *Surg Clin North Am.* 2010;90:173-84.

Luis Manuel Vaquero*, María García, Begoña Álvarez, Cristina Pisabarras, Mónica Sierra, Rubén Díez y Santiago Vivas

Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luisvaqueroayala@gmail.com (L.M. Vaquero).

doi:10.1016/j.gastrohep.2012.01.005

Tratamiento con sistema OVESCO de fístula gastrocutánea tras arrancamiento de botón de gastrostomía

Treatment of a gastrocutaneous fistula with the OVESCO System after gastrostomy button displacement

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo de revisión sobre el sistema OVESCO¹ y queremos presentar nuestra experiencia en un caso de fístula enterocutánea por el orificio de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG).

Se trataba de un paciente de 29 años, con retraso mental por anoxia perinatal, portador de (PEG) desde 2003. Tras arrancamiento del botón de gastrostomía y reposición acudió a urgencias por cuadro de dolor abdominal e imposibilidad para la alimentación objetivándose un abdomen discretamente distendido sin signos de irritación peritoneal. La analítica realizada en urgencias fue normal. Se realizó gastroscopia urgente visualizando el orificio fistuloso de la PEG cerrado y con signos inflamatorios (fig. 1). Posteriormente se realizó TC abdominal que mostró que la sonda no estaba alojada en estómago sino en una cavidad virtual entre

planos musculares y peritoneo creando una falsa vía. Se procedió al ingreso hospitalario del paciente con retirada del botón de gastrostomía y tratamiento con antibioterapia de amplio espectro y nutrición por sonda nasoyeyunal. Tras la resolución del cuadro clínico se procedió a la realización de una nueva PEG sin presentar complicaciones inmediatas a la técnica.

En el seguimiento posterior se observó la salida de contenido alimentario por el orificio externo de la PEG previa. Ante la sospecha de una fístula gastrocutánea se realizó



Figura 1 Orificio fistuloso.