

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.



Figura 2 Cierre del orificio fistuloso con sistema OVESCO.

una gastroscopia visualizando un orificio fistuloso próximo al botón de gastrostomía sobre el que se colocaron tres clips hemostáticos para su cierre. Ante la persistencia de la sintomatología se repitió la gastroscopia apreciando nuevamente el orificio fistuloso procediéndose a colocar un clip tipo OVESCO. En el seguimiento posterior al mes de la colocación se había cerrado el orificio fistuloso en piel y el sistema OVESCO seguía correctamente colocado (fig. 2). Actualmente, tras más de 2 años, el paciente se encuentra asintomático con cierre completo del orificio fistuloso.

La aparición de una fístula enterocutánea es una complicación rara que se produce generalmente tras cirugía abdominal aunque su aparición tras la retirada de la PEG también está descrita².

La principal indicación del sistema OVESCO sería el cierre de perforaciones iatrogénicas del tubo digestivo tras estudios endoscópicos diagnósticos o terapéuticos con una tasa global de éxito del 91%³. En los pacientes con fístulas enterales el éxito del sellado de las mismas mediante la aplicación de clips hemostáticos es bajo ya que estos ejercen una presión incompleta sobre tejidos con fibrosis. La principal ventaja de sistema OVESCO parece ser su capacidad para captar mayor cantidad de tejido en comparación con los clips estándar y su fuerte control sobre los márgenes de la herida, debido a sus dientes afilados^{4,5}.

Existen pocos casos descritos en la bibliografía de cierre de fístula tras la retirada de botón de gastrostomía. Turner et al.⁶ describen un caso similar al nuestro en el que el paciente fue tratado inicialmente con clips hemostáticos y posteriormente con el sistema OVESCO sin conseguir el cierre completo de la fístula precisando tratamiento quirúrgico. Kirschniak et al.³ describen su serie de 50 pacientes tratados con el sistema OVESCO de los cuales 4 casos fueron por persistencia de la fístula tras retirada de gastrostomía consiguiendo el cierre definitivo en dos de ellos.

Presentamos nuestra experiencia en el uso del sistema OVESCO que puede complementar las indicaciones de esta novedosa técnica.

Bibliografía

1. Junquera F, Martínez-Bauer E, Miquel M, Fort M, Gallach M, Brullet E, et al. Ovesco: un sistema prometedor de cierre de las perforaciones del tracto digestivo. *Gastroenterol Hepatol*. 2011;34:568–72.
2. Shellito PC, Malt RA. Tube gastrostomy. Techniques and complications. *Annals of Surgery*. 1985;201:180–5.
3. Kirschniak A, Subotova N, Zieker D, Königsrainer A, Kratt T. The Over-the-Scope Clip (OTCS) for the treatment of gastrointestinal bleeding, perforations, and fistulas. *Surg Endosc*. 2011;25:2901–5.
4. Von Renteln D, Denzer UW, Schachschal G, Anders M, Groth S, Rösch T. Endoscopic closure of GI fistulae by using an over-the-scope Clip. *Gastrointest Endosc*. 2010;72:1289–96.
5. Kouklakis G, Zazos P, Liratzopoulos N, Gatopoulou A, Oikonomou A, Pitiakoudis M, et al. Endoscopic treatment of a gastrocutaneous fistula using the over-the-scope-clip system: a case report. *Diagn Ther Endosc*. 2011;38:41–3.
6. Turner JK, Hurley JJ, Ketchell I, Dolwani S. OTSC to close a fistula after PEG tube removal. *Endoscopy*. 2010;42:197–8.

Blanca Gallego Pérez, Francisco Javier Rodríguez Gil*, Daniel García Belmonte, Carmen María Marín Bernabé, Juan José Martínez Crespo y Concepción Martínez Prieto

Sección de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: patxir@msn.com (F.J. Rodríguez Gil).

doi:10.1016/j.gastrohep.2012.01.018

Pancreatitis aguda leve asociada a consumo de cocaína

Mild acute pancreatitis associated with cocaine consumption

Sr. Director:

En la actualidad, España, junto a Reino Unido, son los principales consumidores de cocaína en la Unión Europea. Según la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) en su informe de 2010, la prevalencia anual de con-

sumo de esta droga ilícita en España es del 3,1% entre la población de 15 a 64 años, y hasta el 13% de los jóvenes de entre 15 y 24 años de edad afirman haberla consumido.

Notificamos el caso de un varón de 27 años de edad que acudió a urgencias por dolor epigástrico intenso, de pocas horas de evolución, con referencia a espalda y con vómitos. No presentó fiebre. El paciente había admitido el consumo de 4 o más «rayas» de cocaína esnifadas (consumo mínimo 0,4g de cocaína) la noche anterior. Comentó además que bebió 2 cervezas, varios refrescos y que no tomó ningún otro estupefaciente. No tenía antecedentes de interés, salvo que era ex fumador desde