

CARTAS AL DIRECTOR

Extracción endoscópica de cuerpo extraño enclavado en sigma**Endoscopic extraction of a foreign body in the sigmoid colon**

Sr. Director:

La ingesta e impactación de cuerpos extraños a distintos niveles del tubo digestivo es una situación relativamente frecuente. Se presenta el caso de una microperforación de sigma secundaria a la ingesta accidental de un hueso de pollo extraído de forma exitosa mediante rectosigmoidoscopia.

Varón de 53 años de edad, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que ingresa en nuestro hospital por cuadro de 12 h de evolución de dolor en fosa iliaca izquierda (FII) con irradiación hacia el testículo ipsolateral y fiebre de hasta 39 °C. En la exploración física el paciente presentaba buen estado general, estabilidad hemodinámica y no había datos de irritación peritoneal en la palpación abdominal. Analítica con 13.000 leucocitos/ μ l y PCR de 123 mg/dl, sin otras alteraciones relevantes. La TC evidenció un engrosamiento de las paredes de colon sigmoide, de apariencia diverticular y una estructura tubular de densidad calcio dispuesta de pared a pared, con burbuja aérea fuera de la luz. Se realiza rectosigmoidoscopia urgente, en quirófano, identificándose a 30 cm del margen anal una estructura tubular, dura, roma en uno de sus extremos y enclavada en el otro; se captura el extremo roma con un asa de polipectomía y se procede a su movilización y extracción (fig. 1). A la inspección se trata de un hueso de 3,8 cm de longitud (fig. 2). La sospecha clínica inicial fue una diverticulitis aguda complicada por la forma de presentación y analítica. Diagnosticado finalmente de microperforación de colon sigmoide secundaria a impactación de cuerpo extraño, tras la extracción endoscópica se trató inicialmente de forma conservadora con antibioterapia intravenosa de amplio espectro. Tras una mejoría clínica, pasadas unas horas de hospitalización y ante la aparición de signos de peritonismo requirió cirugía urgente mediante el procedimiento de Hartman.

La ingesta e impactación de cuerpos extraños a nivel del tracto gastrointestinal es una situación relativamente frecuente. Afortunadamente la mayor parte de ellos pasan a través del tubo digestivo sin causar complicaciones¹. Sin embargo, el 10-20% requieren extracción endoscópica y el 1% intervención quirúrgica. Este problema es más común en la población pediátrica, pacientes con enfermedad

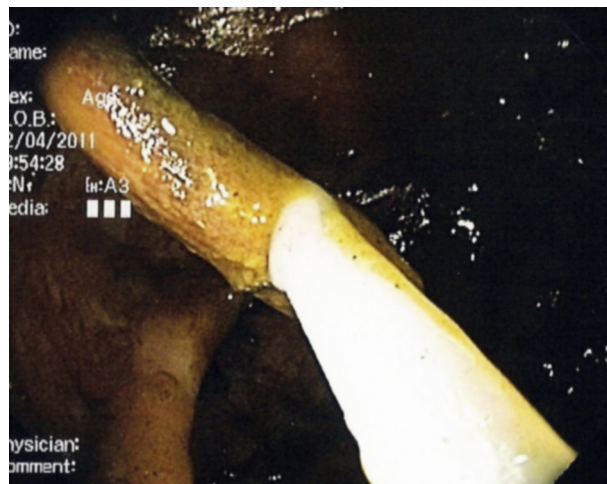


Figura 1 Hueso enclavado en sigma y atrapado mediante asa de polipectomía

psiquiátrica, personas mayores que portan prótesis dentales, casos de malformaciones congénitas intestinales y cirugías previas del tracto gastrointestinal. Los objetos más frecuentemente implicados en la patogenia de la perforación intestinal son aquellos de gran tamaño, afilados y puntiagudos como ocurre en los casos de ingestión de huesos de pollo, espinas de pescado, palillos de dientes o blíster



Figura 2 Hueso de 3,8 cm de longitud una vez extraído

de medicamentos². Las zonas donde más frecuentemente se localiza la perforación son los lugares de estrechez fisiológica del intestino como la válvula ileocecal y la unión rectosigmoidea³. La presentación clínica puede ser muy inespecífica y cursar con síntomas como dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre, hematoquecia y melena. En otras ocasiones se manifiesta como un abdomen agudo, simulando una apendicitis aguda, diverticulitis o perforación de úlcera gástrica. La sospecha diagnóstica de perforación debe confirmarse mediante pruebas de imagen. La primera que se debe realizar sería una radiografía de tórax y otra simple de abdomen aunque la presencia de aire libre intraabdominal solo se encuentra en el 20% de las ocasiones⁴ debiendo recurrir a la TC abdominal en caso de duda diagnóstica. El diagnóstico definitivo se alcanza hasta en un 90% de las ocasiones durante el curso de una laparotomía⁵. Las complicaciones descritas asociadas a la perforación intestinal tras ingesta de hueso de pollo pueden ser variadas, desde la aparición de fístulas colovesicales hasta la formación de abscesos hepáticos⁶. En otras ocasiones este hecho ha ayudado al diagnóstico de un adenocarcinoma de colon⁷. En los casos en los que se demuestra la perforación de colon el tratamiento de elección es el quirúrgico. Dependiendo de la extensión y localización de la perforación así como de la presencia o no de peritonitis se planteará la técnica quirúrgica: sutura simple, colostomía de protección u operación de Hartman⁸. No obstante, la extracción endoscópica del cuerpo extraño se ha planteado como una alternativa eficaz y segura cuando no hay datos de perforación intestinal^{9,10}. En nuestro paciente se planteó de inició un tratamiento endoscópico por la buena situación clínica del paciente, por no existir en la exploración abdominal claros signos de peritonismo y por no haberse identificado en la TC imágenes definitivas de perforación intestinal ni de complicaciones asociadas.

Bibliografía

1. Ali W, Khan M. Intestinal perforation due to an ingested foreign body. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2007;17:234-5.

2. Ikenberry SO, Jue TL, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, Ben-Menachem T, et al. ASGE Standards of Practice Committee Management of ingested foreign bodies and food impactions. *Gastrointest Endosc*. 2011;73:1085-91.
3. Hewett PJ, Young JF. Toothpick injuries to the gastrointestinal tract. *Aust N Z J Surg*. 1991;61:35-7.
4. Pinero Madrona A, Fernandez Hernandez JA, Carrasco Prats M, Riquelme Riquelme J, Parrila Paricio P. Intestinal perforation by foreign bodies. *Eur J Surg*. 2000;166:307-9.
5. Rodríguez-Hermosa JI, Codina-Cazador A, Sirvent JM, Martín A, Gironès J, Garsot E. Surgically treated perforations of the gastrointestinal tract caused by ingested foreign bodies. *Colorectal Dis*. 2008;10:701-7.
6. Theodoropoulou A, Roussomostakaki M, Michalodimitrakakis MN, Kanaki C, Kouroumalis EA. Fatal hepatic abscess caused by a fishbone. *Lancet*. 2002;359:977.
7. McGregor DH, Liu X, Ulusarac O, Ponnuru KD, Schnepf SL. Colonic perforation resulting from ingested chicken bone revealing previously undiagnosed colonic adenocarcinoma: report of a case and review of literature. *World J Surg Oncol*. 2011;9:24.
8. Fama R, di Natale I, Padoan L, Donadi M, di Natale R. Perforation of the colon by a foreign body. *Chir Ital*. 1993;45:118-23.
9. Church J. How to remove an impacted chicken bone from the sigmoid colon endoscopically. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:1018-9.
10. Matsushita M, Takakuwa H, Nishio A. Endoscopic removal techniques and clipping closure for chicken bones wedged transversely in the colon. *Dis Colon Rectum*. 2001;44:749-50.

Juan Jurado García*, Patricia Ruiz Cuesta,
Antonio José Hervás Molina, Manuel Luis Rodríguez
Perálvarez y Valle García Sánchez

Unidad Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: juradojuan49@gmail.com
(J. Jurado García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.05.005>

Tratamiento endoscópico de la fístula gastrocutánea tras sleeve gástrico

Endoscopic treatment of gastrocutaneous fistula after gastric sleeve surgery

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 52 años con obesidad mórbida que recibió cirugía bariátrica (sleeve gástrico). A los 14 meses de la cirugía es enviada a nuestro servicio de endoscopias por fístula gastrocutánea de larga evolución

sin respuesta a tratamiento médico (fig. 1). Se observa por gastroscopia una fístula gastrocutánea con 3 orificios internos y uno externo. Inicialmente se realiza tratamiento con sellante de fibrina (Tissucol®) tanto por el orificio externo como a través de los orificios internos sin conseguir el cierre de la fístula. Posteriormente se realiza tratamiento combinado con Tissucol® y colocación de clips endoscópicos en los 3 orificios internos fistulosos previo tratamiento con argón plasma alrededor de los orificios fistulosos para permitir un mejor agarre de los clips (fig. 2). Tras 3 sesiones de tratamiento endoscópico se consiguió el sellado de la fístula (fig. 3), sin evidencia de recurrencia tras 18 meses de seguimiento endoscópico posterior.