



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/1900 - Abdomen agudo por INGESTIÓN de cuerpo extraño, REVISIÓN de dos casos en ancianos

E.G. Laura Asillo<sup>a</sup>, F.A. Vargas Ochoa<sup>b</sup> y F.J. Fagúndez Santiago<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Bárbara. Toledo. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud Burguillos. Toledo. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Burguillos. Toledo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Caso 1. Antecedentes personales: HTA, DL no DM, IAMCEST, en seguimiento por hemorragia digestiva baja por divertículos colon y adenoma vellosos resecados endoscópicamente, Fractura de cadera, tratamiento habitual: Adiro, pantoprazol, Crestor, Corlontor. Situación basal: IABVD. Enfermedad actual: mujer de 78 años que acude de nuevo a urgencias con vómitos y dolor abdominal de 2 días de evolución con escaso meteorismo y disminución del número de deposiciones. Valorada 24 horas antes y etiquetada de probable CRU-ITU en urgencias de hospital por presentar leucocituria y hematuria en sistemático de orina, derivándola a su domicilio. Exploración física. TA: 135/82.0 Temperatura: 36,5°. FC: 69. Saturación de oxígeno: 95%. Consciente y orientada. Buen nivel de hidratación, perfusión y nutrición. Eupneica. CyC: pulso carotídeo rítmico y simétrico. No IY. AP: MVC, no ruidos sobreañadidos. AC: rítmico y regular, no ausculto soplos. ABD: blando y depresible, no se aprecian cicatrices de cirugías previas ni se palpan hernias, escasos ruidos hidroaéreos. MMII: no edemas, pulsos pedios conservados y simétricos, no signos de TVP. Exploraciones complementarias. Analítica: hemograma con leucocitos  $12,8 \times 10^9/L$  4,5-11, Neu 82,4% 50 0 Neu  $10,6 \times 10^9/L$  1,8-7,7. Rx de abdomen: dilatación de algún asas de ID, que en Rx de control han aumentado. Se coloca SNG con aspiración intermitente y se solicita TAC abdominal: Probable cuerpo extraño a nivel de yeyuno medio, que condiciona importantes cambios inflamatorios de un segmento distal y dilatación retrógrada de yeyuno medio y proximal. No se objetivan colecciones, líquido libre o gas ectópico. Evolución: paciente que ingresa por obstrucción intestinal con posible cuerpo extraño en yeyuno. Tras informar a la paciente y su familia se decide cirugía urgente. Se realiza intervención bajo anestesia general con laparotomía media suprainfraumbilical. Presenta cuerpo extraño (espina de pescado) que sobresale se segmento de yeyuno. Resección intestinal de yeyuno con posterior anastomosis laterolateral. Diagnostico: Perforación intestinal por cuerpo extraño. Procedimiento: resección intestinal. Caso 2. Antecedentes personales: HTA. DL. Artrosis de rodillas. Úlcera duodenal. Tratamiento: Acoxel, Capenon, simvastatina, lansoprazol. Enfermedad actual: paciente varón de 76 años con los antecedentes previamente descritos que acude a servicio de urgencias refiriendo dolor brusco en epigastrio y ambos hipocondrios, no irradiado, que se inicia el día anterior tras comida y se mantiene continuo. No refiere náuseas ni vómitos. No alteraciones del ritmo intestinal. No fiebre ni sensación distérmica. No dolor torácico ni palpitaciones. No disuria. A la exploración física presenta dolor a la palpación en epigastrio- hipocondrio derecho, flanco y fosa iliaca derecha. Exploraciones complementarias: TAC abdominal: hallazgos sugestivos de perforación cubierta en región antro pilórica por cuerpo extraño. Discreto engrosamiento de un segmento corto de íleon terminal de carácter inespecífico. Ante los hallazgos clínicos y de las pruebas complementarias se decide intervención quirúrgica urgente con incisión supraumbilical encontrando perforación gástrica prepilórica anterior englobada en absceso de  $2 \times 3$  cm y cuerpo extraño (espina de pescado) a ese nivel. Peritonitis

seropurulenta en flanco derecho y Douglas. Se realiza desbridamiento de absceso, extracción de cuerpo extraño, sutura primaria de la perforación y epiploplastia.

**Juicio clínico:** Perforación gástrica/intestinal por cuerpo extraño.

**Comentario final:** Son múltiples las descripciones que se han utilizado para definir el abdomen agudo; en general se define como la presencia de un dolor abdominal hasta entonces no diagnosticado y que tiene una evolución inferior a una semana. Completando la anterior definición, podríamos señalar que se trata de un dolor caracterizado por: Ser originado y referido al abdomen. Agudo por su cronología e intensidad. Acompañado de alteraciones del tránsito intestinal. Deterioro grave del estado general. Atendiendo a la anterior definición hemos de tener en cuenta que no se incluyen en este concepto la urgencias abdominales que usualmente cursan sin dolor como pueden ser las hemorragias digestivas. Las principales afecciones causantes de dolor abdominal agudo y que precisan un tratamiento urgente son: Apendicitis aguda. Aneurisma de la aorta abdominal. Perforación de víscera hueca. Obstrucción intestinal con o sin estrangulación. Isquemia intestinal. Colecistitis y colangitis aguda. Rotura de embarazo ectópico. Absceso intraabdominal. Rotura hepática. Rotura de bazo. Patología extrabdominal: infarto de miocardio, embolia pulmonar, insuficiencia suprarrenal aguda. Existen evidentemente otras muchas causas de dolor abdominal, algunas de ellas de gran importancia como la pancreatitis aguda, pero que en general su supervivencia no depende de una actitud concreta inmediata. La ingesta de cuerpos extraños es común, siendo la mayoría alimentarios y en hasta un 93% de los casos, propios de la dieta del paciente. Más frecuente en los extremos de la vida, pacientes con patología psiquiátrica o con problemas bucodentales. Las características del objeto ingerido (forma, tamaño, bordes puntiagudos o afilados) son fundamentales para el desarrollo de complicaciones, las más frecuentes, perforación y obstrucción intestinal. La perforación intestinal por cuerpo extraño es una causa infrecuente de abdomen agudo (1% del total). En muchas ocasiones la ingesta del cuerpo extraño no es percibida por el paciente, de manera que, aun con una historia clínica detallada podemos pasar por alto esta posibilidad. La valoración adecuada de un abdomen agudo representa un extraordinario reto de habilidades y conocimientos, y en algunos casos, paciencia. Son innumerables las manifestaciones que enfermedades específicas exhiben en diferentes individuos, a lo que hay que sumar la dificultad añadida de comunicación, que presentan muchos enfermos en urgencias: dolor extremo, uso de drogas, estado de shock, demencia o lenguaje incomprensible. Se ha estimado que el primer médico que valora a un paciente con abdomen agudo realiza un diagnóstico erróneo en aproximadamente la mitad de los casos, y la principal causa de esto es el no haber seguido un adecuado esquema de diagnóstico. En el paciente anciano la patología tiene una frecuencia diferente y se manifiesta de diferente forma que en los pacientes más jóvenes. Esto hace que el porcentaje de diagnósticos sea más bajo y la mortalidad más alta. La causa más frecuente de dolor abdominal quirúrgico es la colecistitis. La oclusión intestinal y la pancreatitis son cinco veces más frecuentes en el anciano que en el joven. También son mucho más frecuentes patologías que en otras edades lo son menos: enfermedad diverticular, patología vascular, herniaria y cáncer.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ocaña S, Arredondo J, Martínez P, et al. Importancia de la laparoscopia en el tratamiento de la perforación cecal por cuerpo extraño: diagnóstico diferencial de apendicitis. *Rev Esp Enferm Dig.* 2013;105(4):241-3.
2. Rodríguez-Hermosa JI, Cañete N, Artigau E, Gironès J, Planellas P, Codina- Cazador A. Perforación de intestino delgado por un inusual cuerpo extraño. *Rev Esp Enferm.* 2009;101:639-41.
3. Schwartz GF, Polsky HS. Ingested foreign bodies of the gastrointestinal tract. *Am Surg.* 1976;42:236-8.
4. Llompart A, Reyes J, Ginard D, Barranco L, Riera J, Galla J, et al. Abordaje endoscópico de los cuerpos extraños esofágicos. Resultados de una serie retrospectiva de 501 casos. *Gastroenterol Hepatol.* 2002;25:448-51.