



CASO CLÍNICO

Otras causas de abdomen agudo: perforación intestinal por espina de pescado



Another causes for acute abdominal pain: Intestinal perforation due to fish bone

Rita López Bru^{a,*}, Ana Isabel Soria Robles^a, Lorena López Martínez^b y Pedro Abizanda Soler^a^a Servicio de Geriátría, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España^b Servicio de Radiología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

Introducción

Las espinas de pescado constituyen uno de los cuerpos extraños más frecuentemente ingeridos accidentalmente¹. Sin embargo, la perforación gastrointestinal por ingesta de cuerpos extraños representa solamente el 1% de las mismas^{2–4}. Dado que suele ser accidental y la clínica inespecífica, la tomografía axial computarizada (TAC) con contraste toma un gran importancia para el correcto diagnóstico¹. A continuación exponemos un caso de abdomen agudo causado por una microperforación intestinal por espina de pescado.

Descripción del caso

La paciente es una mujer de 88 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de 24 h de evolución que comienza tras la ingesta. Como antecedentes importantes la paciente está diagnosticada de leucemia mielomonocítica crónica bien controlada, enfermedad renal crónica estadio IIIB y estenosis de tronco celiaco y arteria mesentérica superior, tratada de forma conservadora desde el momento del diagnóstico. A su llegada está afebril, con dolor difuso a la palpación abdominal y signos de defensa en mesogastrio y flanco derecho. Analíticamente se encontró principalmente leucocitosis (69,070/mcl) (neutrófilos: 40,270/mlc). En la TAC abdominal con contraste se objetivó en FID un aumento de densidad pseudonodular de 3,2 cm, con espiculación de la grasa, que fue catalogado como infarto omental (*fig. 1*). El franco empeoramiento de la paciente con aumento del dolor y de la defensa abdominal nos lleva a pedir una reevaluación de la TAC donde una radióloga experta determina que la imagen vista previamente corresponde a un cuerpo extraño, probablemente una espina de pescado (*fig. 1*, flecha amarilla [el color de la figura solo puede apreciarse en la versión electrónica]) en intestino delgado, con microperforación

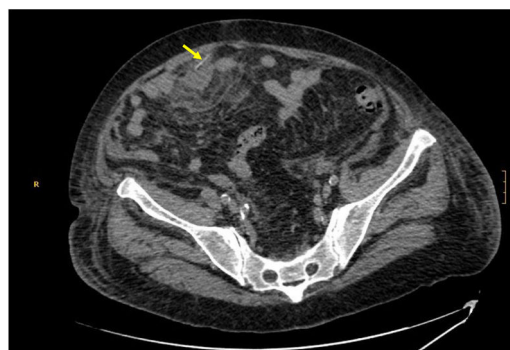


Figura 1. Imagen de TAC donde observamos a nivel de fosa iliaca derecha un cuerpo extraño lineal de densidad calcio (indicado con flecha amarilla) que se corresponde con espina de pescado. El color de la figura solo puede apreciarse en la versión electrónica.

y plastrón epiploico circundante. Tras valoración, la paciente fue intervenida de urgencia y se realizó la exéresis de la espina de pescado que se encontraba adherida al epiplón y había provocado la perforación intestinal y un pequeño absceso interasas. Tras la cirugía, la paciente, ya nefrópata conocida, experimenta un fracaso renal agudo oligoanúrico, no siendo candidata a ingreso en unidad de cuidados críticos ni a tratamiento sustitutivo, falleciendo 10 h después de la intervención.

Valoración geriátrica integral de la paciente: Katz B. Barthel 85. Lawton 5. FAC 5. Sin deterioro cognitivo.

Discusión

El hallazgo de cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal es relativamente frecuente, siendo la vía de entrada más prevalente la ingesta de los mismos, y siendo la mayoría en población pediátrica y geriátrica⁵. En situaciones más excepcionales su entrada puede ocurrir a través de la vía rectal o por migración desde otros órganos. En un porcentaje mayor al 90%, estos cuerpos son expulsados

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pabizanda@sescam.jccm.es (R. López Bru).

de forma espontánea, mientras que, en un mínimo de casos, es necesario intervenir quirúrgicamente.

Los cuerpos extraños alargados o afilados, como es el caso que nos concierne, suelen alojarse en lugares angulados del aparato digestivo, como son la válvula ileocecal y la unión rectosigmoidea. Las espinas de pescado y los huesos de pollo son los que más frecuentemente pueden desencadenar complicaciones y en algunos casos conducir a la aparición de abscesos, peritonitis, sepsis e incluso la muerte⁶.

El diagnóstico puede ser complicado, ya que el paciente no suele recordar la ingesta del mismo. El 95% presenta dolor abdominal, le sigue en frecuencia la fiebre en el 81% de los pacientes y en un 39% peritonitis local⁷, este último sería el supuesto en el que se encontraba nuestra paciente. Dado lo inespecífico de la clínica, es necesario apoyar el diagnóstico con pruebas de imagen. Las radiografías simples son poco útiles dada la variabilidad de la opacidad de las espinas y la superposición de estructuras. Sin embargo, la TAC se postula como la mejor técnica de imagen para este diagnóstico⁸. El cuerpo extraño se observa en la TAC como una imagen lineal o curvilínea de densidad calcio, con cambios inflamatorios en la grasa circundante⁹.

Nuestra paciente padecía dolores abdominales crónicos de baja intensidad debido a la estenosis de arteria mesentérica superior y tronco celiaco. Esta es la razón por la cual ante el aumento de intensidad del dolor y los hallazgos descritos en TAC, se estableció un diagnóstico de isquemia omental, siendo el abdomen agudo por perforación una opción menos probable y que no se contempló. Otros datos frecuentes que nos pueden hacer pensar en este supuesto es la fiebre y leucocitosis. En los casos en los que existe clínica y analítica típica y no se encuentra causa justificable, podría ser necesaria la realización de una laparotomía exploradora.

Conclusión

La ingesta de cuerpos extraños es relativamente frecuente en población anciana, pero lo más habitual es eliminarlos espontáneamente. En un mínimo número de casos, y dependiendo de la morfología, puede complicarse con eventos que ocasionen clínica de abdomen agudo, entre ellas, la perforación de asa intestinal. En ocasiones el diagnóstico es difícil debido a una clínica inespecífica y a unos valores analíticos que pueden simular otras muchas patologías infecciosas. Por todo lo anteriormente expuesto, debemos tener en cuenta esta entidad en pacientes con clínica sugestiva, y estaría indicada la realización de TAC abdominal ante sospecha con el objetivo de descartar posibles complicaciones.

Bibliografía

1. Venkatesh SH, Venkatanarasimha Karaddi NK. CT findings of accidental fish bone ingestion and its complications. *Diagn Interv Radiol*. 2016;22:156–60.
2. Wu CW, Chiu YW. Unintentional fish bone ingestion causing perforation of small intestine. *Intern Emerg Med*. 2020;6.
3. Song J, Yang W, Zhu Y, Fang Y, Qiu J, Qiu J, et al. Ingested a fish bone-induced ileal perforation: A case report. *Medicine*. 2020;99:e19508.
4. Murakami D, Harada H, Amano Y. Fish bone perforation of the duodenum. *Ann. Gastroenterol*. 2020;3:322.
5. Jiménez-Rodríguez RM, Flores-Cortés M, Méndez C, Valera-Sánchez Z, López-Bernal F, Pareja-Ciuro F. Perforation of the rectosigmoideal junction by ingestion of foreign bodies. *Rev Esp. Enferm. Dig*. 2009;101:886–8.
6. Lunsford KE, Sudan R. Small bowel perforation by a clinically unsuspected fish bone: laparoscopic treatment and review of literature. *J. Gastrointest. Surg*. 2012;16:218–22.
7. Emir S, Ozkan Z, Altınsoy HB, Yazar FM, Sözen S, Bali I. Ingested bone fragment in the bowel: Two cases and a review of the literature. *World J Clin Cases*. 2013;1:212–6.
8. Lin CY, Wu FZ. Fish bone perforation of small intestine. *QJM*. 2012;105:479–80.
9. Lim D, Ho CM. Appendicitis-mimicking presentation in fishbone induced micro-perforation of the distal duodenum: A case report. *World J Gastrointest Surg*. 2020;12:77–84.