

## Cuerpos extraños en el rectosigma

J.I. Rodríguez Hermosa, A. Codina Cazador, J. Alayrach Vilella, M.J. García Oria, J. Pont Vallés\*,  
R. Farrés Coll, J. Gironès Vilà, J. Roig García y F. Tuca Rodríguez

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo (Dr. F. Tuca Rodríguez). \*Servicio de Radiología. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona.

### Resumen

Se presentan 6 casos de cuerpos extraños en el rectosigma, siendo la vía de entrada la introducción endoanal.

Por causa de sus potenciales complicaciones, los cuerpos extraños en el recto y el sigma deben ser considerados como una patología relevante y deben ser tratados de forma expeditiva.

A pesar de su poca frecuencia es una posibilidad a tener en cuenta ante un dolor pélvico o anal en un paciente que no admite libremente la introducción del objeto transanal.

**Palabras clave:** *Cuerpos extraños. Rectosigma.*

(*Cir Esp* 2001; 69: 404-407)

### FOREIGN BODIES IN THE RECTUM AND SIGMOID COLON

We present six cases of foreign bodies in the rectum and sigmoid colon. The point of entry was endoanal. Because of their potential to cause complications, foreign bodies in the rectum and sigmoid colon should be considered a serious problem and treated quickly. Although such foreign bodies are infrequent, they should be considered in patients presenting pelvic or anal pain who do not freely admit to having introduced them through the anus.

**Key words:** *Foreign bodies. Rectum. Sigmoid colon.*

### Introducción

Los problemas anorrectales son comúnmente tratados en la urgencia médica (hemorroides, fisuras anales, abscesos y fístulas perianales, tumoraciones anorrectales, lesiones rectales, etc.)<sup>1</sup>.

El hallazgo de cuerpos extraños en el rectosigma es un problema clínico poco frecuente, siendo la vía rectal la puerta de entrada más habitual, seguida de la ingestión oral y mucho menos frecuente por emigración desde los órganos vecinos.

Dado que muy pocos pacientes admiten libremente la introducción transanal de los objetos extraños<sup>2</sup>, el médico lo ha de sospechar cuando un paciente presenta dolor abdominal bajo, dolor pélvico o perianal o hemorragia rectal, en el contexto de una historia clínica poco clara y sin antecedentes de maniobras instrumentales diagnósticas o terapéuticas<sup>1,2</sup>.

Correspondencia: Dr. J.I. Rodríguez Hermosa.  
Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta.  
Avda. de França, s/n. 17007 Girona.  
Correo electrónico: joserod@mx3.redestb.es

Aceptado para su publicación en agosto del 2000.

### Material y métodos

Se estudiaron de forma prospectiva los casos de cuerpos extraños en el recto y el colon sigmoide, cuya causa fue la introducción transanal, atendidos por el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, comprendidos entre enero de 1997 y diciembre de 1998. Se revisaron los siguientes aspectos: edad y sexo, factores asociados, tipo de cuerpo extraño, medidas del mismo, clínica, diagnóstico y tratamiento.

### Casos clínicos

#### Caso 1

Varón de 22 años, con antecedentes patológicos de adicción a drogas venoparenterales, marihuana y anfetaminas, fumador y bebedor importante, seropositivo (sida), tuberculosis, hepatitis B, meningitis, epilepsia, hemorragia digestiva alta por gastritis aguda y depresión reactiva, e intervenido por heridas de arma blanca (autolesiones en las extremidades y agresión abdominal con laparotomía exploradora), que es trasladado desde un centro penitenciario a nuestro hospital por un cuadro de do-

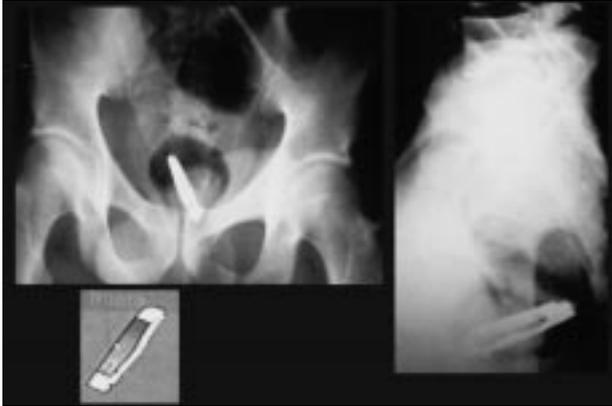


Fig. 1. Navaja.

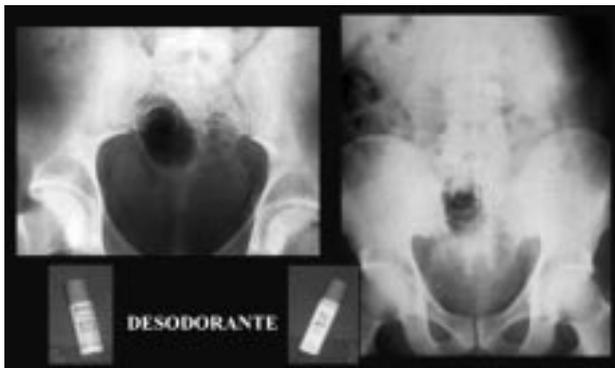


Fig. 2. Desodorante.

lor anal y molestias pélvicas, de varios días de evolución, sin anorexia ni deterioro del estado general. En la exploración no se apreció dolor abdominal ni signos de irritación peritoneal; en el tacto rectal se apreció un objeto metálico en el recto. La analítica fue normal. El estudio radiológico reveló la presencia de un cuerpo extraño en el recto (navaja) (fig. 1).

Se instauró tratamiento conservador, con la expulsión espontánea del objeto al cabo de unas horas.

El paciente fue dado de alta sin precisar ingreso hospitalario.

#### Caso 2

Varón de 45 años, con antecedentes patológicos de enolismo, diabetes mellitus tipo 2 e intervenido de hernia de hiato, que refirió la introducción de un cuerpo extraño intrarrectal durante unas prácticas eróticas y bajo los efectos del alcohol hacía 72 h; acudió por imposibilidad de defecación y dolor anal. A la exploración presentó un abdomen anodino, con un objeto palpable al tacto rectal, que no pudo extraerse. En la analítica se apreció una discreta hiperglucemia, siendo el resto de parámetros normales. En la radiografía de abdomen se apreció un cuerpo extraño en rectosigma (fig. 2). Se realizó rectosigmoidoscopia, que identificó un cuerpo extraño cilíndrico de gran tamaño, a unos 18 cm del margen anal, no siendo posible su extracción por endoscopia.

Mediante anestesia raquídea se realizó dilatación anal y se procedió a la extracción manual del cuerpo extraño (desodorante en barra).

El paciente fue dado de alta al siguiente día de la intervención quirúrgica.



Fig. 3. Manzana.

#### Caso 3

Varón de 67 años, con antecedentes patológicos de enolismo ocasional y prostatismo, que refirió la introducción voluntaria de una manzana por el ano hacía 24 h, siendo imposible la defecación desde entonces. A la exploración destacó una notable laxitud del esfínter anal al tacto rectal, con la presencia de un cuerpo extraño vegetal de gran tamaño en el recto que no fue posible de extraer digitalmente. En la radiografía simple de abdomen se apreció un cuerpo extraño intrarrectal (fig. 3).

Bajo anestesia raquídea, sin necesidad de dilatación anal, se realizó fragmentación intrarrectal y extracción del cuerpo extraño (manzana).

El paciente fue dado de alta a las 24 h.

#### Caso 4

Varón de 22 años, homosexual, sin antecedentes patológicos de interés, que refirió imposibilidad de defecación en las últimas 48 h y que presentaba una mínima rectorragia. A la exploración rectal se apreció un cuerpo extraño. La radiografía simple de abdomen identificó un objeto endorrectal (fig. 4).

Bajo analgesia se realizó dilatación anal y se procedió a la extracción digital del cuerpo extraño (tapón de gel).

El paciente fue dado de alta sin precisar ingreso hospitalario.

#### Caso 5

Varón de 23 años, con antecedentes patológicos de esplenectomía y colecistectomía, que es trasladado desde un centro penitenciario, con un cuadro de estreñimiento de 2 días de evolución; el paciente refirió la introducción de un cuerpo extraño por vía rectal durante una práctica autoerótica. La exploración abdominal fue anodina y en el tacto rectal inicial sólo se apreciaron abundantes heces en la ampolla rectal. En la radiografía de abdomen se identificó una imagen de cuerpo extraño a la altura de la pelvis (fig. 2).

Se realizó la extracción digital del cuerpo extraño (tubo de desodorante) sin incidencias.

El paciente fue trasladado de nuevo a su centro penitenciario.

#### Caso 6

Varón de 41 años, homosexual, con antecedentes patológicos de enolismo moderado e intervenido de menisco y ligamentos



Fig. 4. Tapón de gel.

crucados, que refirió la introducción voluntaria de un objeto por el ano durante una práctica sexual, hacía 48 h, y desde entonces no le era posible defecar. La exploración identificó un cuerpo extraño en el recto, siendo identificable en la radiografía simple (fig. 2); la analítica fue normal.

Bajo anestesia local del esfínter anal se realizó dilatación anal y extracción digital del cuerpo extraño (desodorante).

El paciente fue dado de alta a las pocas horas sin precisar ingreso hospitalario.

#### Resultados

Durante los 2 años citados fueron atendidos 6 pacientes en nuestro servicio con cuerpos extraños en el rectosigma, siendo la puerta de entrada la vía rectal. Los objetos fueron: tres desodorantes, una navaja, una manzana y un tapón de gel. Todos los pacientes fueron varones, con una edad media de 36,5 años (rango, 22-67 años). Entre los factores asociados destacan: personal penitenciario, consumo de drogas o alcohol o homosexualidad; en cinco de los casos hubo prácticas eróticas recientes. La clínica más frecuente fue estreñimiento, seguida de dolor anal y molestias pélvicas. El diagnóstico se realizó mediante tacto rectal y radiografía simple de abdomen (todos los

objetos eran radiopacos); en un caso se realizó sigmoidoscopia. Todos los casos se resolvieron sin secuelas, mediante expulsión espontánea, anestesia local o raquídea y extracción digital o tras fragmentación instrumental; no fue preciso laparotomía en ningún caso (tabla 1).

#### Discusión

La presencia de cuerpos extraños en la ampolla rectal y en el colon sigmoide es poco frecuente y aunque pueden ser causados por la ingesta oral o por la emigración desde órganos vecinos, la vía rectal es la puerta de entrada más frecuente, ya sea de forma accidental, por agresiones o con motivaciones sexuales<sup>3</sup>. Los objetos reseñados en la bibliografía son muy diversos y variados, tanto en su naturaleza como en su forma y tamaño, pudiéndose encontrar, entre otros, los siguientes: drogas dentro de preservativos, un guante de horno, un cañón de escopeta, un destornillador, desodorantes, barras metálicas, paraguas, tornillos, palos de escoba, un mango de martillo, botes, botellas, pilas eléctricas, vibradores, cirios de cera, vasos tubulares, una lezna de zapatero, palos de caucho, un jarrón de vidrio plomado, frutas, zanahorias, pepinos, bombillas, pelotas, dentaduras, un aislante cerámico, termómetros rectales, etc.<sup>3-9</sup>.

Esta patología se aprecia en reclusos penitenciarios, en personas con trastornos psicológicos, en intentos de suicidio u homicidio, en homosexuales, en actos eróticos, en prácticas sado-masochistas, en casos de violación o agresiones sexuales, en personas semiinconscientes bajo los efectos de drogas o alcohol o en "correos" que ocultan narcóticos<sup>5,7,8,10-12</sup>.

La sintomatología es variada, dependiendo de la ausencia o presencia de complicaciones, pudiendo estar asintomáticos, con dolor anal, molestias pélvicas, dolor abdominal bajo, estreñimiento, dificultad para la emisión de gases, rectorragia, etc., hasta presentar abdomen en tabla con signos de irritación peritoneal y signos de sepsis<sup>7,9,13</sup>.

Las complicaciones son diversas: perforaciones rectales o colónicas (de forma directa, por decúbito o por necrosis, ya que el cuerpo extraño puede estar firmemente enclavado en el recto), infecciones pararectales, peritonitis y abscesos intraabdominales, laceración del esfínter anal, lesión de tejidos perirrectales, lesión de órganos vecinos, obstrucción intestinal baja, hemorragia digestiva baja o rectorragia, emigración del objeto hacia órganos vecinos, fístulas rectovesicales, rectovaginales, enterocutáneas o perianales, etc., pudiendo llegar al shock séptico y a la muerte<sup>3,8,9,11,12,14,15</sup>. Las lesiones rectales pueden ser

TABLA 1. Resumen de resultados

Caso	Edad (años)	Sexo	Factores	Objeto	Medidas (cm)	Clínica	Tratamiento
1	22	Varón	Penitenciario Drogas	Navaja	8 × 1,5 × 1	Dolor anal Molestias pélvicas	Expulsión espontánea
2	45	Varón	Alcohol Erótico	Desodorante	15 × 4 × 3	Dolor anal Estreñimiento	Raquianestesia Dilatación anal + extracción
3	67	Varón	Erótico	Manzana	9 × 8 × 7	Estreñimiento	Raquianestesia Fragmentación + extracción
4	22	Varón	Homosexual Erótico	Tapón de gel	6 × 4 × 4	Estreñimiento	Dilatación anal Extracción digital
5	23	Varón	Penitenciario Erótico	Desodorante	14 × 4 × 4	Estreñimiento	Extracción digital
6	41	Varón	Homosexual Erótico	Desodorante	15 × 4 × 3	Estreñimiento	Dilatación anal Extracción digital

causadas no por el cuerpo extraño en sí mismo, sino por el objeto usado para su introducción<sup>4</sup>.

El diagnóstico no es sencillo, y el médico debe mostrar una actitud cuidadosa ya que este tipo de pacientes, en su mayoría varones<sup>7,15</sup>, además de presentar molestias pélvicas pueden pasar una situación ridícula al admitir la introducción voluntaria de un objeto transanal (sólo un 33% admiten la inserción endoanal y un 67% refiere dolor anal); así pues la historia clínica y la exploración física son fundamentales; la rectosigmoidoscopia junto con la radiografía son esenciales para completar el correcto diagnóstico de objetos extraños en el rectosigma (el 54% se diagnostica por tacto rectal, el 45% por radiografía simple y el 1% por enema opaco). La radiografía de la pelvis de frente y perfil es esencial para identificar los objetos, permitiendo definir su tamaño, forma, número y localización, así como las posibles complicaciones que ellos ocasionen. La radiografía simple abdominopélvica es útil para los cuerpos extraños radiopacos<sup>3</sup>. La ecografía y la tomografía computarizada son precisas para identificar las complicaciones<sup>7</sup>. El enema de contraste puede ser útil en los casos poco claros, pero se ha de realizar con contraste hidrosoluble, ya que la extravasación de bario en los casos de perforación rectal puede producir complicaciones graves<sup>16</sup>. La rectosigmoidoscopia es útil al permitir ocasionalmente la extracción del objeto, también permite describir sus características y facilita su desplazamiento distal para posterior extracción manual y, por último, ayuda a identificar lesiones del rectosigma<sup>3,8</sup>.

El tratamiento es muy diverso, pero en la mayoría de los casos los cuerpos extraños pueden ser extraídos sin requerir métodos quirúrgicos<sup>17</sup>. La información obtenida de un paciente consciente y la exploración física son fundamentales a la hora de decidir una pauta quirúrgica.

Los objetos pueden ser expelidos por los propios pacientes<sup>18</sup>, pueden ser extraídos de forma digital o por endoscopia y puede realizarse extracción transanal bajo sedación, anestesia local, raquídea o general, con dilatación anal, que suele ser suficiente con mínimas complicaciones a corto y largo plazo<sup>2</sup> (los cuerpos extraños endoanales a menudo originan desgarros limitados de la mucosa o de la pared rectal sin llegar a perforarla)<sup>16</sup>.

En ocasiones, es preciso usar el ingenio: insertando retractores o fórceps ginecológicos; pasar un catéter a través del ano hasta la zona superior al objeto y desplazarlo para extraerlo digitalmente; en los objetos de cristal que crean un vacío en el recto, son útiles las sondas de Foley para introducir aire por encima del cuerpo extraño y tras hinchar sus balones extraer el objeto "a modo de paracaídas"<sup>8,14,15</sup>.

En presencia de complicaciones o fracaso de la extracción endoscópica o manual, se ha de realizar laparotomía exploradora, describiéndose diferentes técnicas: desplazamiento manual del objeto hasta el ano y su extracción digital (si es de gran tamaño puede requerir esfinterotomía lateral para permitir su paso); colotomía en la pared anterior del recto o el sigma y ex-

tracción del objeto; sutura primaria de la perforación rectal con lavado y drenaje de la cavidad abdominal; cierre de la perforación con exclusión fecal mediante colostomía en asa; colostomía de la propia lesión exteriorizada; intervención de Hartmann; resección local con colostomía terminal del sigma y fístula mucosa, o exéresis abdominoperineal<sup>6,12,14-17,19</sup>.

En conclusión, la importancia de los cuerpos extraños localizados en el recto y el sigma deben considerarse una patología relevante, por las posibles complicaciones que pueden originar, debiendo ser tratados sin demora y de forma contundente<sup>6</sup>.

## Bibliografía

1. Janicke DM, Pundt MR. Anorectal disorders. *Emerg Med Clin North Am* 1996; 14: 757-788.
2. Ooi BS, Ho YH, Eu KW, Nyam D, Leong A, Seow-Choen F. Management of anorectal foreign bodies: a cause of obscure anal pain. *Aust N Z J Surg* 1998; 68: 852-855.
3. Gea F, Rábago L, Soler F, Mora P. Cuerpo extraño en rectosigma. *Rev Esp Enf Digest* 1991; 79: 445-446.
4. Losanoff JE, Kjosoff KT. Rectal "oven mitt": the importance of considering a serious underlying injury. *J Emerg Med* 1999; 17: 31-33.
5. Prahlow JA. Suicide by intrarectal gunshot wound. *Am J Forensic Med Pathol* 1998; 19: 356-361.
6. Yaman M, Deitel M, Burul CJ, Shahi B, Hadar B. Foreign bodies in the rectum. *Can J Surg* 1993; 36: 173-177.
7. Guijo I, Rivas S, Vilches M, Huerta D, Souto JL, González R. Cuerpos extraños transanales: manejo clínico y posibilidades terapéuticas. *Cir Esp* 1997; 62: 346-347.
8. Lledó S, Roig JV. Traumatismos anorrectales y sus secuelas. *Cir Esp* 1991; 50: 472-479.
9. Casal JE, Onandía J, Rodríguez B, Errasti J, Díez-Caballero F. Perforación rectosigmoidea de causa insólita. *Cir Esp* 1988; 43: 611-613.
10. McLennan JJ, Sekula-Perlman A, Lippstone MB, Callery RT. Propagane-associated autoerotic fatalities. *Am J Forensic Med Pathol* 1998; 19: 381-386.
11. Fernández R, Álvarez A, Maíllo C, Jiménez J, Fradejas JM, Delgado MA et al. Casos curiosos en la urgencia quirúrgica. *Cir Esp* 1994; 5: 409-410.
12. Cohen JS, Sackier JM. Management of colorectal foreign bodies. *J R Coll Surg Edinb* 1996; 41: 312-315.
13. Firouz M, Abi-Tayeh M, Komaroff G. Les corps étrangers du rectum et leurs conséquences. A propos de deux cas. *J Chir* 1995; 132: 267-269.
14. Kouraklis G, Misiakos E, Dovas N, Karatzas G, Gogas J. Management of foreign bodies of the rectum: report of 21 cases. *J R Coll Surg Edinb* 1997; 42: 246-247.
15. Meneses MM, Marchena J, Pérez J, Hernández-Siverio N, Alarcó A, Carrillo A et al. Lesiones traumáticas de rectosigma y región perirectal. *Cir Esp* 1988; 43: 810-817.
16. Casal JE. Traumatismos rectales. *Cir Andal* 1997; 8: 386-388.
17. Fry RD. Anorectal trauma and foreign bodies. *Surg Clin North Am* 1994; 74: 1491-1505.
18. Clarkston WK. Gastrointestinal foreign bodies. When to remove them, when to watch and wait. *Postgrad Med* 1992; 92: 46-48, 51-59.
19. Thomson SR, Fraser M, Stupp C, Baker LW. Iatrogenic and accidental colon injuries, what to do? *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 496-502.