

Perforación de íleon distal por espina de pescado: reporte de caso

Lozada Martinez Ivan David* ^{2,3}; Muñoz Murillo Willfrant Jhonnathan ^{1,2,a}; Bolaño Romero María Paz ^{2,3}; Ponneffz Florez Jaime Enrique ^{2,3}; Nuñez Rojas Gian Alberto ^{1,2,a}; Miranda Escandon Vivian Piedad ^{1,2,b}

RESUMEN

Se presenta un caso de perforación de íleon distal, posterior a la ingesta de una espina de pescado. Se realiza la presentación del caso, en relación a la sintomatología clínica, estudios realizados para el diagnóstico conciso, ecografía abdominal. Se describe técnica operatoria y se realiza una discusión del asunto y de la información obtenida en la bibliografía.

Palabras clave: Perforación intestinal; Íleon; Cirugía general (Fuente: DeCS BIREME).

Distal ileum perforation caused by a fish bone: a case report

ABSTRACT

We present a case of distal ileum perforation after the ingestion of a fish bone. This case report includes the symptomatology, studies conducted for reaching a concise diagnosis, abdominal ultrasound results, and description of the operative technique. In addition, a discussion of the topic and information gathered from the literature is carried out.

Keywords: Intestinal perforation; Ileum; General surgery (Source: MeSH NLM).

1 Hospital Universitario del Caribe. Cartagena, Colombia.

2 Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina. Cartagena, Colombia.

3 Grupo Prometeus y biomedicina aplicada a las ciencias clínicas. Cartagena, Colombia.

a Residente Cirugía General.

b Cirujano General.

* Autor corresponsal.

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal agudo es un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencia. Una de las causas comunes es la ingestión accidental de cuerpos extraños; sin embargo, la perforación de intestino delgado secundaria a la ingesta de estos es infrecuente ⁽¹⁾. La mayoría de los cuerpos extraños son expulsados a través del tracto gastrointestinal con las heces fecales; no obstante, aproximadamente el 1 % pueden generar complicaciones como la perforación intestinal, usualmente, en el íleon ⁽²⁾. Los huesos de pescado son los objetos más comunes que conducen a perforaciones gastrointestinales ⁽³⁾. La mayoría de la literatura hace hincapié en la intervención quirúrgica temprana con la resección del intestino parcial, debido al alto riesgo de formación de absceso intraabdominal y el potencial de complicaciones debido a la migración de los huesos de pescado ⁽⁴⁾. Dada la presentación de dolor, generalmente, en el cuadrante inferior derecho del abdomen, es de vital importancia una historia clínica detallada, y un análisis enfocado de las ayudas diagnósticas solicitadas ^(5,6).

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 66 años de edad admitido en el servicio de urgencias, con dolor abdominal en fosa iliaca derecha, posterior a esfuerzo defecatorio. El paciente fue cooperador para la evaluación, y su condición general al ingreso fue buena. Como antecedente reporta diabetes mellitus tipo II. Los signos vitales no mostraron alteraciones

al llegar al servicio. En el examen físico al ingreso, se consignó el abdomen como doloroso a la palpación en flanco derecho, sin signos de irritación peritoneal.

Los resultados de las pruebas de laboratorio fueron hemograma con leucocitos en 9500 mm³ (67 % de neutrófilos), hemoglobina de 13,6 gr/dl, glucosa sérica de 285 mg/dl y análisis de orina normal.

En la ultrasonografía abdominal se encontró hiperecogenicidad en la grasa mesentérica de la fosa iliaca derecha y asas intestinales engrosadas e hipotónicas en el cuadrante inferior derecho.

De acuerdo con los análisis de laboratorio, ayudas de imagen, y deterioro en el dolor abdominal del paciente, que progresó con signos de irritación peritoneal, se consideró que podría estar cursando con apendicitis aguda o ileítis severa como diagnósticos diferenciales, por lo que pasa al quirófano de urgencias.

Se realizó laparotomía exploratoria mediante incisión en línea media. Una cuidadosa revisión de la cavidad abdominal reveló una perforación de íleon distal a 50 cm de la válvula ileocecal, con exposición de un cuerpo extraño lineal que medía 2 cm de longitud (espina de pescado), (Figuras 1, 2), que penetraba a través de la pared del íleon y, además, edema e inflamación del segmento intestinal local. El procedimiento se completó con resección del segmento de intestino que incluía la perforación y anastomosis con sutura mecánica (Figura 3).



Figura 1. Espina de pescado que ocasionó la perforación



Figura 2. Segmento de íleon distal con sitio de perforación rodeado de fibrina (flecha)

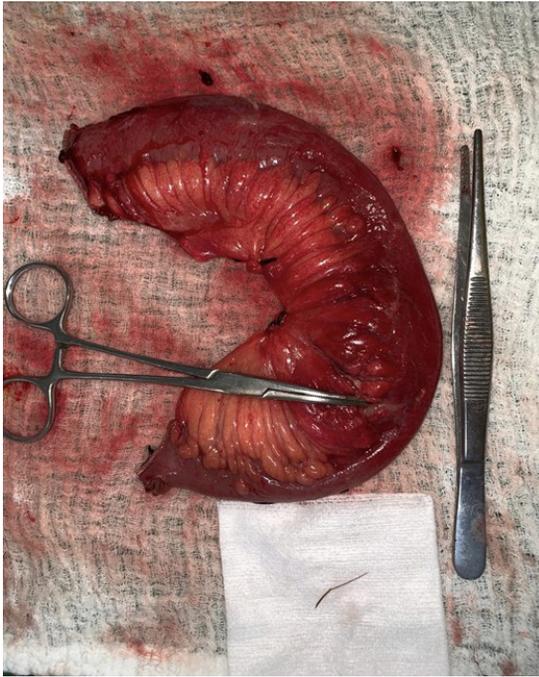


Figura 3. Segmento de íleon reseccionado

El paciente no presentó complicaciones en el postoperatorio, recibió tratamiento antibiótico y fue dado de alta a los 5 días. Refirió, finalmente, la ingesta de pescado del tipo “bocachico”, 3 días antes del inicio del cuadro clínico.

DISCUSIÓN

La perforación intestinal es una causa rara de abdomen agudo, con una incidencia de 1 en cada 300 000- 350 000 casos. El sitio de perforación ocurre a menudo en un lumen estrecho o en una zona angulada como el íleon distal, válvula ileocecal y el cruce recto-sigmoides ⁽⁷⁾.

El diagnóstico se hace difícil debido a la gran variedad de sitios de perforación, la frecuente dificultad para recordar si se ha ingerido un cuerpo extraño y las diversas manifestaciones clínicas. Los pacientes pueden presentar fiebre y dolor abdominal agudo o crónico ⁽⁶⁾. La mayoría de los objetos extraños son expulsados a través de las heces fecales; sin embargo, algunos pueden generar complicaciones, como la perforación intestinal, que, usualmente, se presenta en el íleon distal ⁽⁸⁾. La sensibilidad puede localizarse en el área de perforación, o puede ser difusa, a través del abdomen; además, los marcadores inflamatorios suelen estar alterados, aunque pueden encontrarse normales ⁽⁶⁾, como en nuestro paciente.

Las dificultades surgen al diagnosticar complicaciones derivadas de la ingestión de hueso de pescado, puesto que, típicamente, los pacientes tienen un diagnóstico preoperatorio de apendicitis o diverticulitis, de acuerdo al lugar de la sensibilidad. La sospecha prequirúrgica de perforación por cuerpo extraño se verifica en el 23 % de los casos. Otros diagnósticos diferenciales que pueden enmascarar el verdadero diagnóstico incluyen la enfermedad ulcerosa péptica, colecistitis aguda, ileitis, entre otros ^(9,10).

Informes anteriores muestran que el 83 % de todas las perforaciones causadas por cuerpos extraños ocurren en el íleon, seguido por el colon rectosigmoide. La perforación en estas áreas puede ser complicada por peritonitis la formación de abscesos y la peritonitis ⁽¹⁰⁾. El absceso puede llevar a una hidronefrosis debido a la obstrucción de uréter ⁽¹¹⁾. La perforación de un divertículo de Meckel también puede ocurrir debido a la ingestión de hueso de pescado, o incluso una complicación más severa, puede ser la perforación en el área anorrectal, que puede provocar sepsis perianal y gangrena de Fournier ⁽⁹⁾. La espina del pescado produce impactación y progresiva erosión del cuerpo extraño sobre el lumen intestinal hasta producir microperforación, la cual, localmente, se rodea de fibrina, omento o asas intestinales ⁽⁸⁾.

Se pueden utilizar diferentes técnicas para determinar la obstrucción del cuerpo extraño en el abdomen y cada una tiene sus ventajas distintivas. Una radiografía abdominal puede revelar cuerpos extraños de metal ingerido, aire libre en el abdomen asociado con la perforación, o la obstrucción; mientras que la ecografía puede mostrar líquido intraabdominal y ayudar a excluir otro diagnóstico diferencial. La tomografía computarizada abdominal tiene una ventaja, ya que permite la observación de cualquier perforación causada por cuerpos extraños no metálicos como el hueso de pescado ⁽²⁾.

Debido a su alta reflectividad y varias sombras de fondo, los cuerpos extraños que no son radiopacos, como hueso de pescado o palillo de dientes, pueden ser detectados mediante el uso de ultrasonido. Los cambios en los tejidos que rodean las perforaciones y el contenido luminal de las superficies se podrían evaluar en los intestinos. Sin embargo, los tejidos más profundos pueden ser difíciles de observar. Las propiedades morfológicas del paciente, la localización de la perforación, y la experiencia del observador pueden limitar la utilidad de la ultrasonografía ⁽³⁾. A pesar de eso, en nuestro caso, fue el método que se utilizó en el estudio inicial del paciente y con el que se observaron algunos hallazgos clave en la sospecha diagnóstica.

Con respecto a la intervención realizada, las perforaciones aisladas del intestino delgado, se manejan mediante sutura

primaria previo desbridamiento de la lesión, resección segmentaria y anastomosis; sin embargo, algunas series han descrito manejo expectante para estas lesiones. En nuestro caso se optó por resección del segmento intestinal afectado, dadas las condiciones observadas en el intestino afectado, y en la experticia local con casos similares manejados previamente.

Este caso tiene como objetivo destacar la importancia de tener en cuenta a las perforaciones intestinales causadas por ingestión de cuerpos extraños en cuadros de abdomen agudo. Una técnica de imagen adecuada, con una exhaustiva historia clínica obtenida por el paciente, guiará al médico al diagnóstico más preciso.

Contribuciones de autoría

Iván Lozada-Martinez, María Bolaño-Romero, Jaime Ponneffz-Florez, han realizado la concepción y diseño del artículo, recolección de resultados, análisis e interpretación de datos, redacción del artículo, revisión crítica del manuscrito, aprobación de la versión final y aporte de pacientes o material de estudio. Willfrant Jhonnathan Muñoz Murillo, Gian Alberto Nuñez Rojas, Vivian Piedad Miranda Escandon, han intervenido en concepción y diseño del artículo, análisis e interpretación de datos, redacción del artículo, revisión crítica del artículo, aprobación de la versión final e intervención del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Su FJ, Lin IL, Yan YH, Huang CL. Fishbone perforation of the gastrointestinal tract in patients with acute abdominal pain: diagnosis using plain film radiograph. *BMJ Case Rep.* 2014; 2014: 204201.
2. Majdoub Hassani KI, Toughrai I. Pérítoneite par perforation grêlique secondaire à une arête de poisson. *Pan Afr Med J.* 2013; 15: 107.
3. Jiménez-Fuentes M, Moreno-Posadas A, Ruíz-Tovar PJ, Durán-Poveda M. Liver abscess second-ary to duodenal perforation by fishbone: report of a case. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016; 108(1): 42.
4. Chiu WY, Chen YJ, Cheng PC, Shiau EL. Early presentation of bowel perforation due to fish bone ingestion. *QJM.* 2014; 107(8): 679-80.
5. Chen CK, Su YJ, Lai YC, Cheng HK, Chang WH. Fish bone-related intra-abdominal abscess in an elderly patient. *Int J Infect Dis.* 2010; 14(2): e171-2.
6. Choi Y, Kim G, Shim C, Kim D, Kim D. Peritonitis with small bowel perforation caused by a fish bone in a healthy patient. *World J Gastroenterol.* 2014; 20(6): 1626-9.
7. Beecher SM, O'Leary DP, McLaughlin R. Diagnostic dilemmas due to fish bone ingestion: case report & literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2015; 13: 112-5.
8. Chiu JJ, Chen TL, Zhan YL. Perforation of the transverse colon by a fish bone: a case report. *J Emerg Med.* 2009; 36(4): 345-7.
9. Ishimura T, Takenaka A, Sakai Y, Fujii T, Jo Y, Fujisawa M. Hydronephrosis caused by intra-abdominal abscess from cecal perforation by an ingested fish bone. *Int J Urol.* 2006; 13(10): 1350-1.
10. Pulat H, Karakose O, Benzin MF, Benzin S, Cetin R. Small bowel perforation due to fish bone: a case report. *Turk J Emerg Med.* 2015; 15(3): 136-8.
11. Yadav AK, Malla G, Deo KB, Giri S, Bhattarai BM, Adhikary S. Jejunal perforation due to ingest-ed buffalo bone mimicking acute appendicitis. *BMC Res Notes.* 2016; 9: 321.

Fuentes de financiamiento:

Este artículo ha sido financiado por los autores.

Conflicto de interés:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Correspondencia:

Ivan David Lozada Martínez

Dirección: Las Gaviotas Manzana 37 Lote 11. Cartagena de Indias, Colombia.

Teléfono: 3157799823

Correo electrónico: ivandavidloma@gmail.com

Recibido: 09 de abril de 2019.
Evaluado: 27 de julio de 2019.
Aprobado: 13 de agosto de 2019.

© La revista. Publicado por Universidad de San Martín de Porres, Perú.
 Licencia de Creative Commons Artículo en acceso abierto bajo términos de Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

ORCID iDs

Ivan David Lozada Martínez  <https://orcid.org/0000-0002-1960-7334>
María Paz Bolaño Romero  <https://orcid.org/0000-0001-8962-6947>
Jaime Enrique Ponneffz Florez  <https://orcid.org/0000-0001-7743-2424>
Willfrant Jhonnathan Muñoz Murillo  <https://orcid.org/0000-0001-8953-0750>
Gian Alberto Nuñez Rojas  <https://orcid.org/0000-0003-3791-9179>
Vivian Piedad Miranda Escandon  <https://orcid.org/0000-0002-7850-4423>