

Extracción de cuerpo extraño mediante colonoscopia de urgencia

José Manuel Vivanco^{1,2}, Gino Caselli^{1,2}, Christian König²

Foreign body removal by emergency colonoscopy

Objective: Report of two cases in which foreign bodies ingested orally were extracted through the anal route with colonoscopy. **Material and Method:** Discussion of the clinical picture, images, and management. In both cases, after imaging confirmation of the presence of foreign bodies in the lower digestive tract, they were extracted with colonoscopy. Results: Both cases presented in an unusual way, the presence and location of the foreign bodies were confirmed with imaging and colonoscopy. Endoscopic removal was performed without incident. **Discussion:** Our two cases are unusual, with little evidence in the international literature, in both cases important complications could have occurred and surgery was required. Fortunately they could be resolved endoscopically. **Conclusion:** Orally ingested foreign bodies in the lower digestive tract are rare; imaging and clinical suspicion are essential for correct diagnosis and therapeutic planning. We believe that extraction with colonoscopy is a strategy to consider in these cases.

Key words: colon pathology; strange body; extraction; colonoscopy.

Resumen

Objetivo: Reporte de dos casos en que se extrajo por vía anal con colonoscopia, cuerpos extraños ingeridos por vía oral. **Material y Método:** Discusión del cuadro clínico, imágenes, y manejo. En ambos casos luego de la confirmación imagenológica de la presencia de los cuerpos extraños en el tracto digestivo bajo se procedió a su extracción con colonoscopia. **Resultados:** Ambos casos se presentaron de forma inusual, se confirmó la presencia y ubicación de los cuerpos extraños con imagenología y colonoscopia. Se realizó la extracción por vía endoscópica sin incidentes. **Discusión:** Nuestros dos casos son inusuales, con escasa evidencia en la literatura internacional, en ambos casos se pudieron presentar complicaciones importantes y requerir cirugía. Afortunadamente se pudieron resolver por vía endoscópica. **Conclusión:** Los cuerpos extraños del tracto digestivo bajo, ingeridos por vía oral son infrecuentes, la imagenología y la sospecha clínica son esenciales para su correcto diagnóstico y planificación terapéutica. Consideramos que la extracción con colonoscopia es una estrategia a considerar en estos casos.

Palabras clave: patología de colon; cuerpo extraño; extracción; colonoscopia.

¹Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.
²Servicio de Cirugía Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

Recibido el 2022-08-28 y aceptado para publicación el 2022-10-13

Correspondencia a:

Dr. José Vivanco A.
vivancoj7@gmail.com
ORCID ID 0000-0002-8641-5754

Introducción

La ingestión de cuerpos extraños es frecuente. La literatura internacional ha demostrado que la gran mayoría de los cuerpos extraños logran pasar espontáneamente por el tracto digestivo con tasas de mortalidad inferiores al 0,1%¹. La ingestión de objetos, como huesos de pollo y hueso, agujas, palillos e implantes dentales, plantean una problemática distinta,

dado que se han informado tasas de perforación intestinal de hasta el 35%, generalmente en la válvula ileocecal, y menos comúnmente en los ángulos colónicos y la unión rectosigmoidea^{1,2}. La seguridad y la eficacia de la remoción de cuerpos extraños a través de una endoscopia superior está bien establecida, sin un aumento de la morbilidad³. Por estas razones, la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) recomienda una endoscopia de emergencia

CASOS CLÍNICOS

para objetos puntiagudos en el esófago, estómago o el duodeno⁴. Una vez que los cuerpos extraños han pasado más allá del alcance del endoscopio, el manejo se vuelve variable, con estudios limitados para evaluar la seguridad de la remoción de objetos afilados mediante colonoscopia. Presentamos dos casos en los que los pacientes se trataron con éxito mediante un abordaje colonoscópico.

Caso 1

Paciente mujer de 55 años de edad, sin antecedentes mórbidos de importancia, presentó ingestión accidental de su prótesis removible acrílica mientras dormía. Refiere percatarse de la deglución del dispositivo, razón por la que acude a la unidad de emergencias, sin presentar otra sintomatología. Se realiza una radiografía de abdomen simple que muestra una estructura con componente metálico de 4 centímetros en el hipocondrio derecho (Figura 1). Se realiza una tomografía axial computada (TC) con contraste que muestra un cuerpo extraño metálico en el ángulo hepático del colon (Figura 2). Se hizo preparación mecánica del colon y se realizó un control con TC sin contraste que no evidenció migración del dispositivo. Se practica colonoscopia en pabellón donde se objetiva la presencia de la prótesis en el ángulo hepático del colon y se procede a extracción del cuerpo extraño con un asa fría, la cual se realiza sin incidentes (Figuras 3 y 4). La paciente evoluciona favorablemente por lo que se da de alta 24 horas después. Al control 14 días después no presentaba sintomatología alguna.



Figura 1. Radiografía de abdomen con cuerpo extraño radiopaco intrabdominal

Caso 2

Paciente mujer de 24 años portadora de balón gástrico relleno con azul de metileno (*Silimed® Stationary Antral Balloon*) colocado endoscópicamente para manejo de la obesidad mórbida.

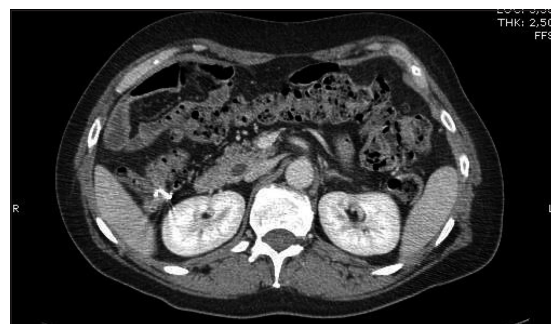


Figura 2. TC de abdomen con contraste ev que objetiva material hiperdenso en colon ascendente.



Figura 3. Imagen colonoscópica de placa dental.



Figura 4. Cuerpo extraño fuera del cuerpo.

Sin control médico en los últimos cinco meses y con indicación de retiro del balón 1 mes antes del inicio de los síntomas. Comienza con cuadro de 12 horas de evolución de dolor tipo cólico, epigástrico e intenso asociado a vómitos, pero no se detectó orina azul o verdosa. El examen físico reveló deshidratación importante, dolor abdominal localizado en el epigastrio y sensibilidad leve en la fosa ilíaca izquierda. No se encontraron signos de irritación peritoneal. Se realizó una radiografía abdominal que mostró signos inespecíficos de obstrucción del intestino delgado, pero no se detectaron estructuras que sugieran dispositivos intraluminales. No se pudo realizar una tomografía computarizada con contraste debido a la elevación de la creatininemia sérica. Se realizó una endoscopia digestiva alta, sin encontrar el balón gástrico, no se observaron signos de migración reciente. Se realizó una segunda radiografía abdominal, mostrando niveles persistentes de aire y líquido. Se realiza una colonoscopia y después de alcanzar el colon ascendente, se encontró el balón gástrico completamente desinflado impactado en la válvula ileocecal. El dispositivo se extrajo sin mayores dificultades con una pinza de biopsia (Figuras 5 y 6). No se detectaron lesiones en la mucosa del colon después de la recuperación y el paciente tuvo un período postoperatorio sin complicaciones y se le dio de alta después de 24 horas.



Figura 5. Visión colonoscópica de extracción de cuerpo extraño.



Figura 6. Balón fuera del cuerpo.

Discusión

Es de suma importancia la sospecha clínica ante la ingestión de un cuerpo extraño del tracto digestivo. Los factores de riesgo en la población adulta incluyen el retraso en el desarrollo, intoxicación por alcohol, enfermedades psiquiátricas y encarcelamiento⁵. Incluso en ausencia de evidencia radiográfica se recomienda un estudio endoscópico, que debe realizarse de forma urgente⁴. Cuando los cuerpos extraños han migrado más allá del ligamento de Treitz, como en los casos presentados, el curso de acción es ambiguo. Se deben realizar radiografías de abdomen diariamente para rastrear el paso del cuerpo extraño²; sin embargo, los objetos de madera, vidrio y composición plástica pueden no ser fácilmente visibles. Las imágenes por TC, en particular con reconstrucción tridimensional, pueden mejorar su visualización⁶. La práctica convencional aboga por la intervención quirúrgica si el objeto permanece más de 3-4 días^{4,7}. Una serie retrospectiva de 542 casos encontró que la cirugía era necesaria en el 4,8%, el 15,4% de los cuales fueron para

perforación intestinal y el 53,8% por impactación ileocecal¹³. Hasta la fecha, existe una escasez de evidencia para justificar la colonoscopia en pacientes sin síntomas peritoneales. Los ejemplos disponibles incluyen una aguja dental de 3 cm en el ciego con un fórceps endoscópico⁸, un palillo de dientes que impacta la pared rectosigmoidea extraído con asa de polipectomía⁹, un hueso de pollo que perfora la mucosa sigmoidea, extraída con asa fría bajo evaluación laparoscópica⁶ y un cortaúñas impactado en el ciego¹⁰. Análogamente a un abordaje endoscópico superior, los dispositivos incluyen fórceps, canasto de extracción, asa de polipectomía o pinza de biopsia^{4,7}. Creemos que el extremo afilado de los cuerpos extraños debe ser sujetado con firmeza y cubierto con pinza o forceps, manteniéndola en el centro del campo visual durante la retirada. Una vez que se retira el objeto, una colonoscopia de segunda vista o una radiografía de seguimiento pueden evaluar las potenciales complicaciones producidas por la extracción.

CASOS CLÍNICOS

Conclusión

La ingestión de cuerpos extraños plantea un conjunto único de riesgos, que incluyen perforación y obstrucción intestinal. Si bien los estándares de práctica abogan por la extracción quirúrgica cuando el movimiento del cuerpo extraño cesa después de tres días, recomendamos considerar un enfoque conservador en caso de su migración al colon y su eventual retiro por vía endoscópica baja, la cual a nuestro criterio es realizable sin mayores incidentes y podría tener una menor repercusión en la morbilidad.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Bibliografía

1. Carp L. Foreign bodies in the intestine. *Ann Surg.* 1927;85:575-91.
2. Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JL, Johanson JF, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Guideline for the management of ingested foreign bodies. *Gastrointest Endosc* 2002;55:802-6.
3. Velitchkov NG, Grigorov GI, Losano JE, Kjossev KT. Ingested foreign bodies of the gastrointestinal tract: retrospective analysis of 542 cases. *World J Surg.* 1996;20:1001-5.
4. 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.
5. Palta R, Sahota A, Bemarki A, Salama P, Simpson N, Laine L. Foreign-body ingestion: characteristics and outcomes in a lower socioeconomic population with predominantly intentional ingestion. *Gastrointest Endosc.* 2009;69:426-33.
6. Chang KJ, Schechter S, Vrees M, Lidofsky S. Ingested foreign body in the sigmoid colon: detection and localization by CT colonography. *Med Health R I* 2012;95:47-8.
7. Tang SJ. Endoscopic management of foreign bodies in the gastrointestinal tract. *VideoGIE* 2012;1:35-8.
8. Kang GC, Madhukumar P. Successful management of an iatrogenically-ingested sharp foreign body. *Ann Acad Med Singapore* 2008;37:980-1.
9. Zazos P, Oikonomou A, Souas V, Gkotsis D, Pitiakoudis M, Kouklakis G. Endoscopic removal of a toothpick perforating the sigmoid colon and causing chronic abdominal pain: a case report. *Cases J.* 2009;2:8469.
10. Apikotoa S, Ballal H, Wijesuriya R. Endoscopic foreign body retrieval from the caecum - A case report and push for intervention guidelines. *Int J Surg Case Rep.* 2022;90:106755.