

Tratamiento del cuerpo extraño rectal en un Servicio de Urgencia

Tomás R. Rodríguez C.¹ y Claudio Mora P.¹

¹Servicio de Cirugía, Hospital El Pino. Universidad Andrés Bello.

Recibido el 14 de noviembre de 2018 y aceptado para publicación el 4 de marzo de 2019.

Correspondencia a:

Dr. Tomás Rodríguez C.
dr.to.rodriguez@gmail.com

Rectal foreign body treatment at an urgency service

Introduction: The rectal foreign body (RFB) is a problem which involves a difficult management for surgeons. Anal via is the most frequent entrance area, followed by the oral via. Clinical suspicion is fundamental for diagnosis and it is possible to support it using imaging. Treatment considers extraction through transanal or frontal via. **Aim:** To describe and present the treatment of patients with rectal foreign body in the Urgency Service of El Pino Hospital during years 2011 to 2016. **Materials and Method:** Case studies. Clinical records revision of patients with rectal foreign body in the Urgency Service of El Pino Hospital considering a 5-year period. Patients are identified as those treated in the box and in a surgical pavilion. Patients were classified according to demographic variables, received treatment, associated complications and hospitalization time. **Results:** 18 patients are identified, 13 men and 5 women, 45 (\pm 36-51) and 34 (\pm 23-64) years respectively. It was possible to manually extract via trans-anal at box, in one of these cases; 17 of them required treatment at surgical pavilion, where 12 were via trans-anal and 5 via abdominal. None of these cases had intestinal injury. Post-surgery evolution was adequate. Average hospitalization was 1.8 days. **Conclusion:** RFB is a non-frequent problem which requires high diagnose suspicious to be able to carry out proper treatments. It is more frequent in middle age men, with transanal input. In most cases, the extraction was done in surgical pavilion and required anesthesia and were done via trans anal with good results.

Key words: rectal foreign body; extraction methods.

Resumen

Introducción: El cuerpo extraño rectal (CER) es un problema de difícil manejo para el cirujano general. La vía anal es la puerta de entrada más habitual seguido de la oral. La sospecha clínica es fundamental para el diagnóstico, pudiendo apoyarse de imágenes. El tratamiento es su extracción por vía transanal o por vía anterior. **Objetivos:** Caracterizar, describir y presentar el tratamiento de los pacientes con CER que consultaron en urgencia del Hospital el Pino (HEP) entre los años 2011 y 2016. **Material y Método:** Estudio serie de casos. Se realiza revisión de fichas clínicas de pacientes con CER en un periodo de 5 años en el Servicio de Urgencia del HEP. Se identificó a los pacientes tratados en box y a aquellos tratados en pabellón. Se caracterizó según variables demográficas, tratamiento, complicaciones y días de hospitalización. **Resultados:** Se identificaron 18 pacientes, 13 hombres y 5 mujeres de 45 años (\pm 36-51) y 34 años (\pm 23-64) respectivamente. En 1 de ellos fue posible extracción manual transanal en box sin anestesia y en 17 se requirió tratamiento en pabellón, donde 12 fue por vía transanal y 5 por abordaje abdominal. En ningún caso se identificó lesión intestinal. Evolución postoperatoria adecuada. Días de hospitalización promedio 1,8 días. **Conclusión:** Este es un problema infrecuente y de difícil manejo. Existe mayor frecuencia en hombres de edades media siendo la puerta de entrada la vía anal en todos los casos. En la mayoría se requirió extracción en pabellón bajo anestesia siendo el abordaje transanal el más utilizado y con buenos resultados.

Palabras clave: cuerpo extraño rectal; métodos de extracción.

Introducción

El cuerpo extraño rectal (CER) es un problema clínico que determina un desafío importante para los cirujanos que trabajan en los servicios de urgencia ya que plantea una serie de dificultades para su adecuado tratamiento, como son la escasez de subespecialistas coloproctólogos y de profesionales capacitados en procedimientos mínimamente invasivos, falta de recursos físicos, entre otros. En la literatura internacional^{1,2} y nacional³ solo hay reportes de casos con decenas de pacientes o solo casos aislados lo que evidencia la baja frecuencia de este problema.

La puerta anal es la entrada más habitual, generalmente motivada por autoerotismo, seguido de la oral y menos frecuentemente por migración desde órganos vecinos el cual responde a mecanismos fisiopatológicos distintos a los casos mencionados inicialmente. En algunos casos también se puede presentar secundariamente por agresión de terceros^{3,4}, sobre todo en pacientes pediátricos⁵ y en situación carcelaria. La incidencia actual de los CER es desconocida, pero la literatura describe mayor incidencia en el sexo masculino de 30 a 40 años sin existir relación con la orientación sexual¹. Los casos de pacientes mayores de 80 años son aislados al igual que en niños en los cuales, como ya se mencionó, hay que sospechar abuso sexual⁵. Este problema de salud supone un desafío diagnóstico importante para el médico que lo afronta ya que, generalmente, está expuesto a relatos confusos y errados por parte del paciente y/o familiares quienes por motivos psicosociales y/o vergüenza tienden a ocultar información. La sospecha clínica es fundamental para el diagnóstico pudiendo ser apoyado por imágenes donde destaca el uso de radiografía simple y la tomografía computada. Otros métodos como los endoscópicos pueden ser de gran utilidad^{6,7}. El tratamiento es su extracción de urgencia ya que el tiempo de retención del objeto aumenta el riesgo de lesión de la pared y perforación de asa. Para la extracción hay que tomar en cuenta las condiciones locales y sistémicas del paciente, las características del cuerpo extraño y los recursos disponibles. Existen distintas técnicas disponibles donde destaca la extracción transanal las que se pueden realizar en pabellón con anestesia regional o general o en el box, siempre y cuando las condiciones de relajación del paciente y las características del objeto lo permitan. Cuando estos métodos fallan, existen alternativas mínimamente invasivas antes de la exploración quirúrgica abdominal como la sigmoidoscopia flexible y el TAMIS (cirugía transanal mínimamente invasiva). En casos donde existe migración del objeto, sospecha

de perforación colorrectal, abscesos asociados o la extracción transanal es frustra, la cirugía abdominal anterior está indicada^{2,8}, la que puede ser a través de laparotomía o laparoscopia.

Esta presentación de casos tiene como objetivo caracterizar el perfil epidemiológico del paciente con CER y presentar el tratamiento realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital el Pino de San Bernardo en los años 2011 a 2016.

El Hospital el Pino es un hospital de alta complejidad situado al sur de la Región Metropolitana de Chile perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur teniendo inscrita el año 2010 a una población estimada de 382.868 habitantes.

Materiales y Método

Se realiza estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de fichas clínicas de paciente con diagnóstico de CER en un periodo de 5 años (enero de 2011 a enero de 2016) en el Servicio de Urgencia del Hospital el Pino. La búsqueda se realiza en base de datos de todos los pacientes tratados de manera ambulatoria y en hospitalizados con diagnóstico de "cuerpo extraño", luego, se selecciona aquellos en que se describe que su ubicación es anal o rectal. Se excluye de la muestra a aquellos pacientes en que la extracción del CER fue espontánea, en ambiente extrahospitalario, realizada en otro centro de salud, menores de 15 años o que la ficha no presente toda la información.

Los pacientes seleccionados son caracterizados según variables demográficas. Se identifica a los que requirieron extracción transanal en box y a aquellos que requirieron tratamiento en pabellón identificando tipo de anestesia requerida, abordaje (transanal *versus* laparotomía), requerimiento de colotomía, complicaciones asociadas a la presencia del CER, complicaciones secundarias al tratamiento y días de hospitalización.

Resultados

De un total de 21 pacientes se seleccionan 18 (se eliminan a dos ya que la extracción fue espontánea fuera del hospital y a uno que presenta ficha incompleta). Se identifica a 13 hombres y 5 mujeres de 45 años (entre 36 y 51 años) y 34 años (entre 23 y 64 años) respectivamente (Figura 1). Los pacientes hombres presentan comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes mellitus, sobrepeso y obesidad en mayor frecuencia que en las mujeres al igual que

ARTÍCULO ORIGINAL

asociación con el consumo de drogas y alcohol (Tabla 1). En un caso masculino se presenta retardo mental asociado.

El tiempo transcurrido desde la introducción del CER hasta la búsqueda de atención médica fue en 83% (15) de los casos en las primeras 24 h con un rango de 6 h a 4 días siendo los motivos de consulta principales el dolor anal y abdominal (Figura 2).

En todos los casos la puerta de entrada del CER fue anal siendo en 17 por acción voluntaria y en 1 accidental (según relato del paciente descrito en ficha clínica donde se describe “caída

accidental sobre objeto vegetal”). En el total de la muestra fue la radiografía simple de abdomen el estudio imagenológico utilizado para completar el diagnóstico (Figura 3).

El estudio y tratamiento fue realizado en todos los casos por cirujanos generales, sin contar con coloproctólogos para su resolución. Inicialmente se realizó en todos los casos examen físico e intento de extracción en box logrando en uno (5,5%) de los casos extracción manual transanal sin anestesia. En el resto de los casos (94,5%) la extracción en box fue frustra

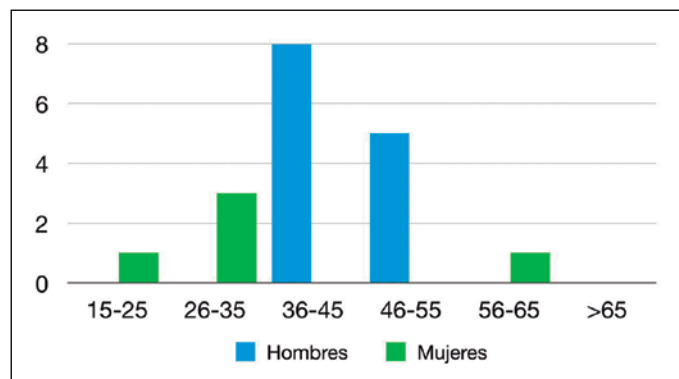


Figura 1. Distribución de edades según sexo. Eje Y representa número de pacientes.

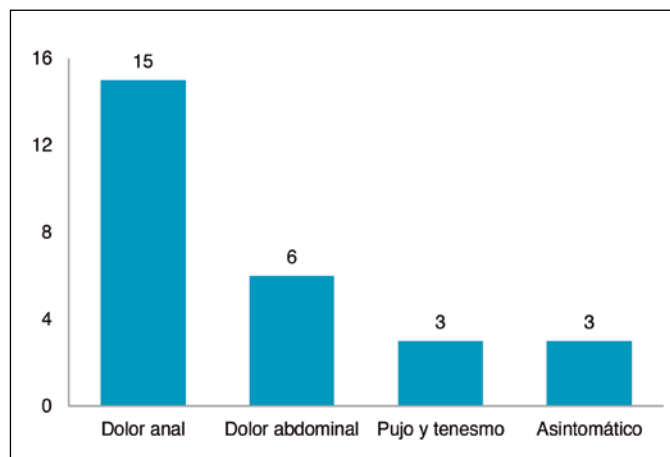


Figura 2. Síntomas principales. Eje Y representa número de pacientes.

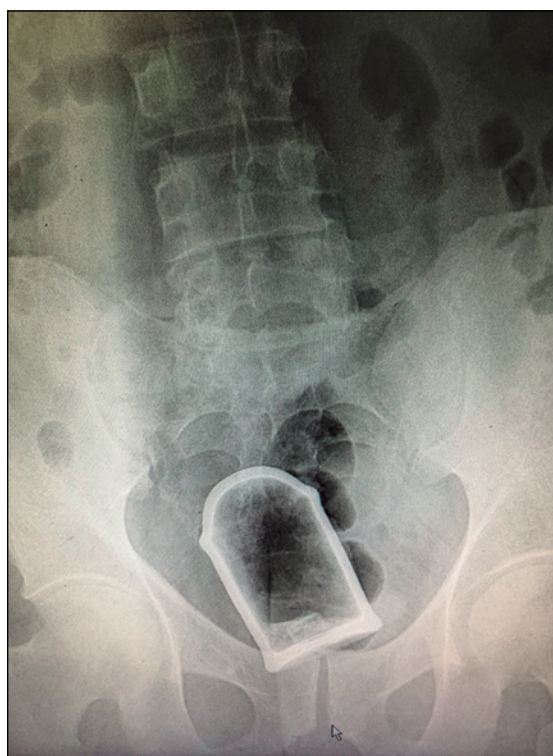


Figura 3. CER identificado en radiografía de abdomen simple el cual corresponde a objeto de vidrio (salero de mesa).

Tabla 1.

		Hombre	Mujer
	n	13	5
	Edad promedio	45	34
Morbilidades	HTA	7	1
	Diabetes	2	1
	IMC 25-29,9	2	1
	IMC > 30	3	0
	Retraso mental	1	0
Uso de sustancias	Alcohol	3	0
	Drogas	2	0
Intencionalidad	Voluntario	12	5
	Accidental	1	0
	Agresión	0	0
	No consignado	0	0

Nota: N°: número total; HTA: hipertensión arterial; IMC: índice de masa corporal en Kg/m².

requiriendo tratamiento en pabellón donde doce casos (66,6%) fueron resueltos por vía transanal en posición de litotomía forzada (todos con anestesia raquídea) y cinco por abordaje abdominal donde se realizan cuatro laparotomías media infraumbilical y una Pfannestiel. De estas laparotomías, en cuatro casos, el CER se pudo movilizar hasta lograr extracción anal, pero en uno de ellos requirió sigmoidotomía para su extracción dado el volumen del objeto (desodorante) (Figura 4). En cuatro de estos casos se utilizó anestesia raquídea y uno anestesia general.

En ningún caso se identificó lesión intestinal ni lesiones esfinterianas, solo en diez pacientes se evidenciaron desgarros superficiales de mucosa. La evolución postoperatoria inmediata fue adecuada sin reporte de morbimortalidad. Días de hospitalización promedio 1,8 días (\pm 0,425). Ningún paciente acudió a control en el policlínico del hospital el cual se programa, generalmente, una a dos semanas luego del alta médica.

Discusión

Nuestra serie reporta la experiencia de cinco años en el Hospital el Pino evidenciando 18 casos. Esta baja incidencia concuerda con lo publicado en reportes de otros autores.

Los CER son un problema infrecuente en los servicios de urgencia que requieren alta sospecha diagnóstica y en ocasiones estudio imagenológico para llegar al diagnóstico. En la literatura nacional e internacional existe poca evidencia desconociendo la real magnitud del problema. Estudios realizados por Huang y col, muestran su experiencia de 21 años observando solo 12 casos⁹, la serie de Clarke y col, presenta en 10 años de experiencia 13 pacientes¹, mientras que un estudio mexicano realizado por Camacho J. y col, reporta 33 casos en 4 años⁶. En estos reportes, al igual que en nuestra experiencia se evidencia que el sexo masculino de edad media es el más frecuente al igual que el mecanismo donde destaca la inserción por erotismo anal. La sintomatología es variada dependiendo principalmente de la presencia o ausencia de complicaciones, pudiendo estar asintomáticos, con dolor anal, molestias pélvicas o abdominal, estreñimiento, rectorragia, etc., hasta presentar síntomas y signos de abdomen agudo^{10,11}, los cuales no fueron identificados en nuestra casuística.

El perfil del paciente que sufre de CER según nuestro estudio concuerda con el de otras publicaciones a pesar de que en nuestra serie todos los

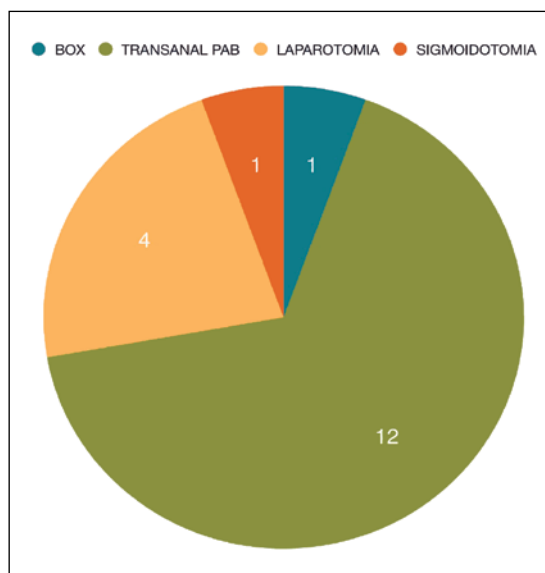


Figura 4. Técnica empleada para extracción. Representa en número de pacientes.

CER fueron ingresados por puerta anal. En relación al tratamiento realizado, al igual que otras series la extracción transanal en pabellón es la técnica más empleada y con buenos resultados, presentado además, pocos días de hospitalización. Llama la atención que métodos endoscópicos no fueron utilizados en ninguna de estas series al igual que en la nuestra, probablemente por falta de recursos físicos en los servicios de urgencia o por falta de capacitación y entrenamiento de los cirujanos tratantes.

La búsqueda sistemática de información nacional no evidencia resultados desde al menos 10 años hasta la actualidad, sin embargo, el año 2002, Davanzo y col, presentan su experiencia de 10 años en el Hospital Regional de Concepción reportando 18 casos³, donde los pacientes y tratamientos presentan características similares a las de nuestro estudio.

Existen complicaciones reportadas como perforación intestinal, trauma rectal, abscesos, fistulas, lesiones esfintéricas, lesión de tejido perirrectal y de órganos vecinos, obstrucción intestinal baja entre otras complicaciones¹⁰⁻¹⁶, sin embargo, en nuestra experiencia no se evidenciaron, salvo laceraciones mínimas de mucosa y/o anodermo. Es probable que la ausencia de complicaciones esté directamente asociado al poco tiempo transcurrido desde el inicio del problema hasta la consulta médica. Es importante señalar que en este estudio no se evaluó complicaciones tardías dadas la dificultad para controlar a este grupo de pacientes ya que ninguno de ellos se presentó al control.

ARTÍCULO ORIGINAL**Conclusión**

Los CER deben considerarse una patología importante dada las posibles complicaciones debiendo ser diagnosticados y tratados oportunamente¹¹.

El perfil del paciente tratado por CER en el Servicio de Urgencia del Hospital el Pino es principalmente un paciente hombre de edad media cuya vía de entrada es la anal de forma voluntaria. No hay casos por migración ni entrada por vía oral o por trauma.

La gran mayoría de los casos consulta en las primeras horas luego de presentar impactación del CER, siendo el motivo de consulta principal el dolor anal y abdominal requiriendo en todos los casos apoyo radiológico para completar el diagnóstico. Para su extracción se requirió en la mayoría de los

casos realizarla en pabellón bajo anestesia para lograr relación esfintérica adecuada. En nuestro servicio de urgencia no hay experiencia en tratamientos endoscópicos ni quirúrgicos mínimamente invasivos para extracción de CER.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

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

Conflictos de interés: no hay.

Bibliografía

- Clarke DL, Buccimazza I, Anderson FA, Thompson SR. Colorectal foreign bodies. *Colorectal Dis.* 2005;7:98-103. <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2004.00699.x>.
- Koornstra JJ, Weersma RK. Management of rectal foreign bodies: description of a new technique and clinical practice guidelines. *World J Gastroenterol.* 2008;14:4403-6.
- Dacanzo A, González R, Ocares M, Gutiérrez G, Beltrán A, Ochoa M. Cuerpo Extraño Rectal. *Rev Cir Chil.* 2000;52:650-4.
- Labbé R, Labbé E, Lasagna R, Mandujano R, Leiva P. Supuración crónica perianal por cuerpo extraño. *Rev Cir Chil.* 2006;58:302-4.
- Stack LB, Munter DW. Foreign bodies in the gastrointestinal tract. *Emerg Med Clin North Am.* 1996;14493-521. [https://doi.org/10.1016/S0733-8627\(05\)70264-9](https://doi.org/10.1016/S0733-8627(05)70264-9).
- Camacho J, García F, Reyes A. Cuerpos extraños en el recto. *Cir Gen.* 2009;31:97-104.
- Rivadulla S, Araujo I. Manejo endoscópico de la extracción de cuerpos extraños en el tracto digestivo. *Enferm Endosc Dig.* 2018;5:29-32.
- 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;68:852-5.
- Huang WC, Jiang JK, Wang HS, Yang SH, Chen WS, Lin TC, et al. Retained rectal foreign bodies. *J Chin Med Assoc.* 2003;66:607-12.
- Guijo I, Rivas S, Vilches M, Huerta D, Souto JL, González R. Cuerpos extraños transanales: manejo clínico y posibilidades terapéuticas. *Cir Esp.* 1997;62:346-7.
- Rodríguez J, Codina A, Alayrach J, García M, Pont J, Ferrés R. Cuerpos extraños en el rectosigma. *Cir Esp.* 2001;69:404-7.
- Bak Y, Merriam M, Neff M, Berg DA. Novel approach to rectal foreign body extraction. *JLS.* 2013;17:342-5.
- Cawich SO, Mohammed F, Spence R, Matthew A, Vijay N. Colonic foreign body retrieval using a modified TAMIS technique with standard instruments and trocars. *Case Rep Emerg Med.* 2015;2015:815616.
- Gea F, Rábago L, Soler F, Mora P. Cuerpo extraño en rectosigma. *Rev Esp Enf Digest.* 1991;79:445-6.
- Lledó S, Roig JV. Traumatismos anorrectales y sus secuelas. *Cir Esp.* 1991;50:472-9.
- Casal JE, Onandía J, Rodríguez B, Errasti J, Díez-Caballero F. Perforación rectosigmoidea de causa insólita. *Cir Esp.* 1988;43:611-3.
- Fernández R, Álvarez A, Maíllo C, Jiménez J, Fradejas JM, Delgado MA, et al. Casos curiosos en la urgencia quirúrgica. *Cir Esp.* 1994;5:409-10.
- Cohen JS, Sackier JM. Management of colorectal foreign bodies. *JR Coll Surg Edinb.* 1996;41:312-5.