

Cuerpo extraño intragástrico: una causa poco frecuente de dolor abdominal

J. Egea Valenzuela¹, F. Alberca de las Parras¹, F. J. Ruiz López², A. Martínez Caselles¹, J. Molina Martínez¹ y F. Carballo Álvarez¹

¹Sección de Endoscopia Digestiva. Servicio de Medicina del Aparato Digestivo. ²Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 54 años ingresada en el Servicio de Neumología de nuestro centro por cuadro de hemoptisis. Entre sus antecedentes destacaba una úlcera péptica diagnosticada hacía más de 15 años que recibió tratamiento médico sin recidiva posterior. Durante su estancia hospitalaria presentó dolor epigástrico de aparición brusca, localizado a punta de dedo, sin irradiación y que empeoraba de forma significativa con la ingesta. En una analítica rutinaria no se observaron datos relevantes. La radiografía de abdomen simple era anodina y una ecografía abdominal fue informada como dentro de los parámetros normales.

En este contexto se nos presenta la paciente y, dados sus antecedentes y la negatividad de las exploraciones hasta el momento, se decide realizar una endoscopia digestiva alta, la cual se lleva a cabo unas 36 horas tras el comienzo de los síntomas. Durante la misma observamos la presencia de un cuerpo extraño alargado y fino enclavado por sus dos extremos en región prepilórica (Fig. 1). Se trataba de un hueso y en ambas zonas de impactación se apreciaba una reacción inflamatoria incipiente. Se procedió a la extracción del cuerpo extraño con pinza dentada, quedando tras la misma dos pequeñas ulceraciones sin signos de complicación en las zonas de enclavamiento (Fig. 2). El hueso extraído parecía ser una pequeña costilla de pollo, medía aproximadamente tres centímetros de longitud y presentaba extremos muy afilados. Tras estos hallazgos y revisando la placa de abdomen simple, pudimos comprobar en un examen más detallado la presencia de una imagen cálcica, alargada y de unos tres centímetros de longitud alojada en cuadrante superior derecho, que había pasado inadvertida en los primeros exámenes y parecía corresponderse con el hueso extraído (Fig. 3). En las horas siguientes la paciente evolucionó de modo favorable y sin complicaciones.

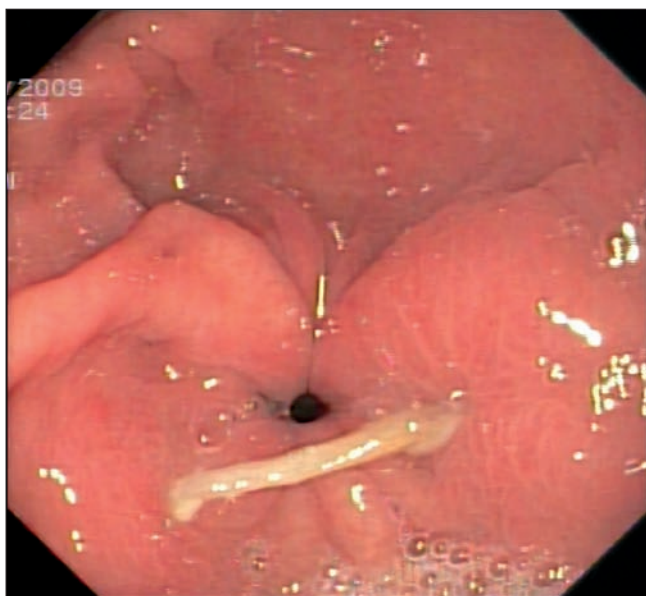


Fig. 1. Cuerpo extraño enclavado por sus dos extremos en región prepilórica.

DISCUSIÓN

La ingesta de cuerpos extraños se da con relativa frecuencia, en especial en población pediátrica y pacientes psiquiátricos. En adultos sanos la ingesta involuntaria no es excepcional, pero suelen transitar por el tracto digestivo y sólo un pequeño número de casos requiere intervención, por lo que suelen pasar inadvertidos. Aproximadamente un 10% de los pacientes sufren enclavamiento o impactación del cuerpo extraño y presentan síntomas por los que se someten a endoscopia digestiva, y sólo un 1% presentan perforación de la pared del tubo digestivo, especialmente a nivel de esófago y ciego, y complicaciones derivadas como el absceso de pared, la hemorragia, peritonitis o abscesos intraabdominales, por citar algunas de las descritas en la literatura. Los diferentes métodos de radiodiagnóstico pueden ser de utilidad, sobre todo en casos de alta sospecha clínica o cuerpos extraños de gran tamaño y densidades cálcicas o metálicas. La extracción endoscópica es segura cuando se trata de impactaciones no complicadas y, en ocasiones, puede ser de utilidad el

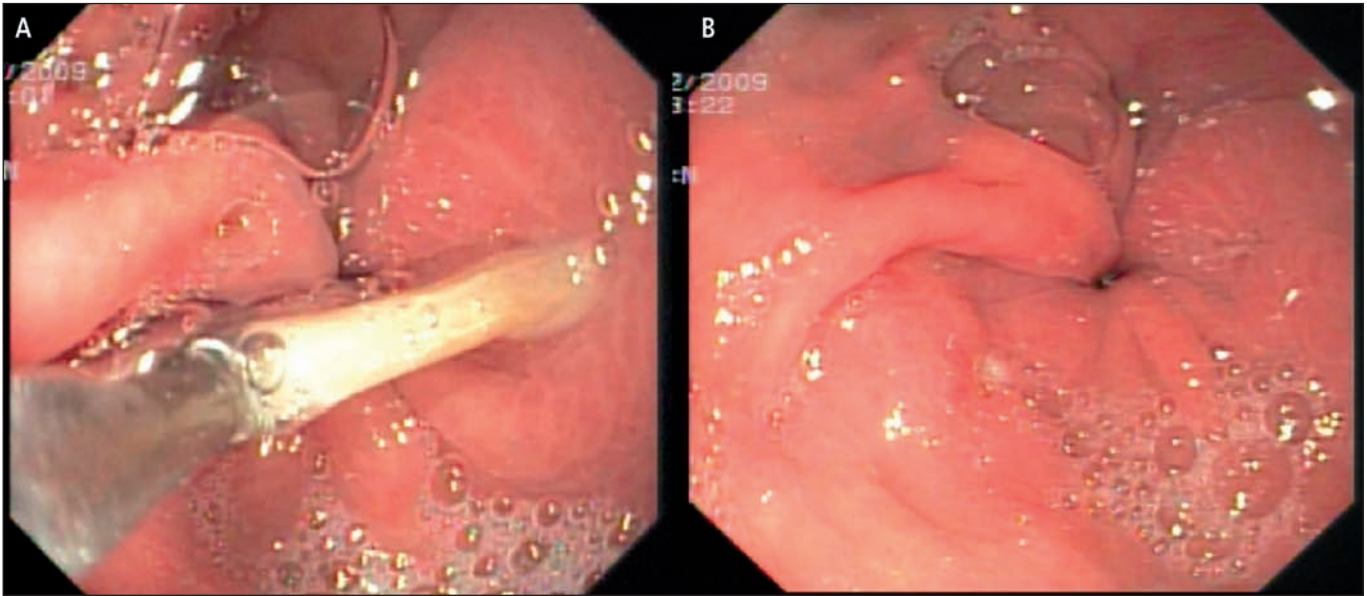


Fig. 2. A. Extracción del cuerpo extraño. B. Se aprecia presencia de dos ulceraciones de pequeño tamaño, no complicadas a nivel de las zonas de enclavamiento.

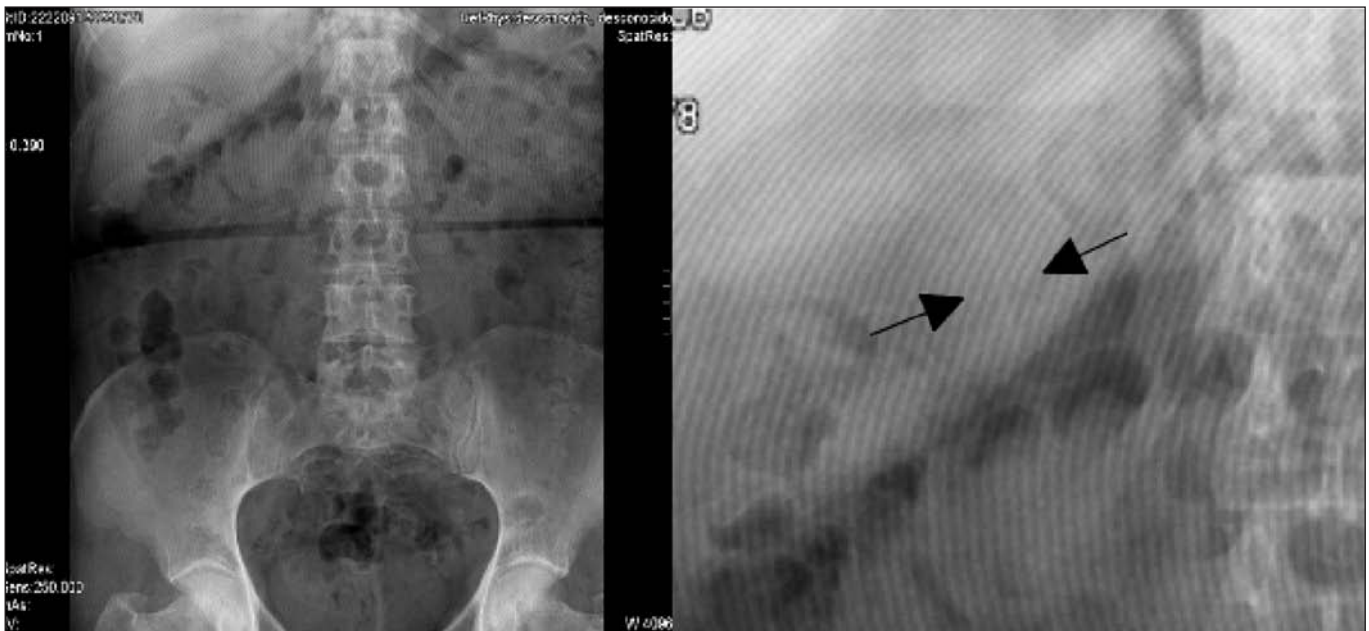


Fig. 3. Radiografía simple de abdomen donde se advierte la presencia del cuerpo extraño en cuadrante superior derecho. En un primer momento la imagen pasó inadvertida.

uso de clips para la reparación de un eventual defecto de la pared del tubo digestivo, de forma definitiva o como paso previo a la cirugía.

La impactación de un cuerpo extraño intragástrico es excepcional como causa de dolor abdominal, siendo pocos los casos descritos y obteniéndose gran parte de los diagnósticos tras varias exploraciones radiológicas o tras una laparotomía. Esta etiología debería tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal, en especial en pacientes con sintomatología atípica, inicio abrupto de los síntomas, o negatividad de las exploraciones complementarias habituales.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Vivas Balcones D, Martínez Prada C, Torres-Gárate R, Sanz M, Antolín Arias J, Cigüenza Gabriel R. Dolor abdominal de etiología muy infrecuente. *Rev Clin Esp* 2006; 206(11): 583-4.
2. Jin-Soo K, Hyung-Keun K, Young-Seok C, Hiun-Suk C, Chang-Whan K, Byung-Wook K, et al. Extraction and clipping repair of a chicken bone penetrating the gastric wall. *World J Gastroenterol* 2008; 14(12): 1955-7.
3. Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JL, Johanson JF, et al. Guideline for the management of ingested foreign bodies. *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 802-6.
4. Mehran A, Podkameni D, Rosenthal A, Szomstein S. Gastric perforation secondary to ingestion of sharp foreign body. *JLS* (2005)9: 91-3.