

Fecaloma, oblitio y oclusión intestinal: informe de un caso, comentarios y una propuesta

Fecaloma, foreign body and intestinal occlusion: a care report, comments and a proposal

Luis Pita Armenteros,^I Emilio Pérez Jomarrón,^{II} Joel González Salcedo,^{III} Ignacio Morales Díaz^{IV}

^I Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Docente Clinicoquirúrgico «Joaquín Albarrán». La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Docente Clinicoquirúrgico «Joaquín Albarrán». La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Docente Clinicoquirúrgico «Joaquín Albarrán». La Habana, Cuba.

^{IV} Profesor Titular y Consultante de Cirugía General. Hospital Docente Clinicoquirúrgico «Joaquín Albarrán». La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 47 años con enorme giba lumbar derecha que apareció a los 18 años de edad. Fue operado hace 14 años de una formación quística con aumento de volumen de las extremidades y aparición, poco después, de un tumor de 2,5 cm. Diez días antes de su ingreso presentó infección urinaria, luego constipación, dificultad para expulsar gases, dolor y distensión abdominal, y se visualizaba la referida tumoración. En la radiografía se observaron múltiples fecalomas y oblitio metálico. Fue operado y se constató la presencia de fecalomas, distensión de asas y el oblitio cuya punta era la que se visualizaba y palpaba.

Palabras clave: Fecaloma, oclusión intestinal, oblitio, cuerpo extraño intraabdominal.

ABSTRACT

This is a case presentation of a patient aged 47 with a huge right humpback appearing at 18 years old. He was operated on 14 years ago from a cystic formation increasing the volume of limbs and the appearance afterwards of a 2,5 cm tumor. Ten days before its admission showed a urinary infection, constipation, difficulty to release gases, pain and abdominal distention, visualizing such tumor. At radiography on noted many fecaloma and metallic foreign body. He was operated on verifying the presence of fecalomas, loop distention and foreign body whose tip was visualized and palpated.

Key words: Fecaloma, intestinal occlusion, corpus alienun, intra-abdominal foreign body.

INTRODUCCIÓN

La melodía es la sucesión de de una serie de notas y la armonía, un conjunto de notas emitidas en un acorde, esto en medicina es equivalente a decir que el relato de síntomas y búsqueda de signos es la melodía y el diagnóstico, la armonía. Semiología y nosología, ambas unidas como en la música por un tono rector; sin embargo, también existe la música atonal; esa donde cada sonido suena fuerte e independiente con intervalos aparentemente irregulares, pero no estridencia. Del mismo modo, en nuestro paciente hubo una suma de insólitos y, sin embargo, solo un diagnóstico: fecalomas, oblitio y oclusión intestinal parcial.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 49 años, cuya madre murió a los 42 años de «edema agudo del pulmón» por «infarto en el corazón». El padre falleció de caquexia a los 68 años, después de 3 años de evolución de una paraplejia de causa ignorada. Tiene 3 hermanos, en quienes el asma desapareció en la pubertad. El paciente refirió una caída de un árbol a los 10 años y aparición de una gibba lumbar derecha a los 18, la cual fue creciendo durante 10 a 15 años, hasta hacerse muy evidente, y nunca se investigó. Dice tener 9no. grado de escolaridad.

Algo más de 14 años atrás, al salir de la cárcel, sus familiares le notan una «hinchazón» en miembros superiores e inferiores y en el abdomen, como un embarazo. Ingresado, le practican 3 paracentesis y obtienen en cada una de ellas unos 6 L de un líquido amarillo que en el fondo de los frascos colectores formaba una especie de gelatina. Se le realizó una tomografía axial computarizada y se le informó que tenía un «pequeño quiste entre el intestino y la vejiga» y fue llevado al quirófano. El paciente ignora el tipo de operación ejecutada, pero afirma que se le colocó un drenaje en fosa ilíaca derecha (FID), que fue retirado días después. Desde entonces nota una «bolita» en la fosa ilíaca izquierda (FII) y dolores ligeros cuando realiza esfuerzos; señala que estuvo 6 meses autosacándose puntos de la parte inferior de la cicatriz.

Refiere dormir mucho por el día y muy poco en la noche, lo cual atribuye a que fue guardia nocturno hasta hace 1 año y medio. Desde hace unos 10 años padece de disnea con frecuencia, llanto fácil, ideas suicidas reiterativas, sueños eróticos y poluciones, y mantiene la erección un tiempo prolongado, hasta 20 min enfatiza, por lo que lo instan a extraer el pene. Al comenzar la flacidez, la eyaculación se presenta como un derrame.

Hace 10 días presentaba fiebre de 39 y 40 °C, escalofríos, cierta dificultad para la micción y 5 o 6 vómitos. Concurrió a su policlínico 3 días después; luego de hemograma y estudio de la orina le diagnosticaron una infección urinaria por tener «abundantes bacterias» y le indican tratamiento con ciprofloxacina. La fiebre cedió de inmediato y 7 días más tarde, es decir hoy, retorna a su policlínico porque el día anterior, luego de una fuerza, protruyó la mencionada «bolita» en la FII, acompañada de intenso dolor. Fue remitido pues llevaba 5 días sin defecar, expulsaba pocos gases y el dolor no cedía, incluso después de tomar una duralgina. Adjuntan leucograma normal e informe de análisis de orina, donde se reporta la presencia de levaduras y espermatozoides.

Vimos a un paciente que se mantenía sentado, con flexión extrema del tronco, y lo mismo en decúbito lateral izquierdo, obligado para lograr alivio. Presentaba una enorme giba que ocupaba toda la región lumbar derecha. Abdomen distendido con cicatriz central amplia y se observó en la FII, a unos 5 cm por encima de una muy pequeña cicatriz transversal apenas visible y semejante a otra en FID, una tumoración redondeada, de unos 2,5 cm, acuminada en el centro, donde se palpa algo duro y romo, que produce mucho dolor al tratar de reducirlo o moverlo. Los ruidos hidroaéreos estaban aumentados, pero no eran de lucha. Lesiones limitadas de piodermatitis en el dorso del pene; más proximal, quiste de inclusión epidérmica de más de 0,5 cm de diámetro. Se indicó estudio de glicemia, hemograma y radiografía de tórax, para valorar un posible mal de Pott lumbar y de abdomen; en éste se observa un oblito metálico ligeramente entreabierto en la FII; se obtuvieron unas pocas imágenes de pequeños niveles hidroaéreos y abundantes fecalomas que no permitieron realizar un tacto rectal (TR).

Se le administró diazepam (1/2 ampollita) y duralgina, y se obtuvo alivio parcial del dolor. En la sala mantenía la posición ya referida en el decúbito y no requirió más analgésicos; expulsó algunos gases y el abdomen evidentemente estaba menos distendido. Al día siguiente en la tarde presentó un vómito; se le inyectó dimenhidrinato y en la noche se le puso un enema evacuante. Al amanecer, presentó vómitos al intentar colocarle una sonda de Levine y se negó a que le colocaran una sonda vesical. La tumoración descrita ya no se visualizaba, pero aún se palpaba de terminación roma y dura.

Determinación de la necesidad quirúrgica

La exéresis de un oblito inerte, según su naturaleza, no es necesaria, dependiendo además del tamaño y ubicación del cuerpo extraño, y de si provoca o no síntomas o de si requiere un estricto control cuando se decide dejarlos, aun cuando no provoquen síntomas. Se han documentado casos de oblitos hallados por azar o que han dado lugar a síntomas hasta después de 40 años,¹ y otros que producto de un enquistamiento prolongado son imposibles de encontrar en una reintervención.²

En el caso que presentamos la decisión quirúrgica descansó en la certeza inobjetable de la presencia de un oblito que provocaba dolor según los datos recogidos al interrogatorio, examen físico y rayos X. Existía además la opinión aceptable, y por ser opinión discutible, de que fuera por sí mismo el agente

oclusivo, dado que la evidencia de la tumoración hace posible inferir la posibilidad de que su punta se hallara enclavada en el orificio de contraabertura intraabdominal del drenaje, no coincidente como suele ocurrir con la pequeña cicatriz transversa en la piel, y se hubiera deslizado un asa intestinal entre sus anillas o entre sus dos piezas entrecruzadas y movibles alrededor de su eje o articulación. No se podía descartar la posibilidad de que bridas posoperatorias tuvieran alguna relación, aunque ellas solas no requerirían una acción quirúrgica, pues el paciente expulsó gases y la distensión y el dolor abdominal habían cedido casi totalmente.

La radiografía no mostró imágenes de colon distendido, y los fecalomas, producto de la constipación iniciada por la urosepsis o posible uretritis, no permitían plantear impacción o impacto fecal, pues no se presentaron pseudodiarreas, tenesmos o incontinencia fecal. Podían ser otro factor coadyuvante, pero no se consiguió realizar el TR por la negativa del paciente.

Hallazgos quirúrgicos

Fue operado con raquianestesia y se llegó a la cavidad luego de reseca la porción infraumbilical de la cicatriz. El paciente pujó y salieron asas ligera a moderadamente distendidas, por lo que fue necesaria la sedación. Se palpó el objeto adherido hacia la pelvis, se dejaron expuestas las asas y se logró con dificultad extraer una pinza de Kocher envuelta sus dos ramas por un epiplón muy delgado. Éste se seccionó entre las ramas de la pinza pero no fue posible extraerla; fue necesario cortar el epiplón fibrótico en la unión de las dos ramas y al hacerlo salió material con aspecto herrumbroso y se observó una masa dura y pequeña en dicha articulación. Entonces fue posible mover la punta de la Kocher, que perforaba el epiplón y estaba cerca del colon; se escindió el epiplón aledaño a dicha punta y se extrajo la pinza. El cierre se hizo por planos, con nailon en la aponeurosis.

Al día siguiente el paciente defecó un gran escibalo y presentó fiebre que persistió hasta el otro día. Presentaba distensión ligera del abdomen y ruidos aumentados, negaba la presencia de dolor. Se realizó una radiografía de abdomen con niveles y se apreció un fecaloma en el recto. La fiebre desapareció espontáneamente 2 días después y la distensión abdominal también; el paciente ya se sentía bien.

Anatomía patológica reporta el material tipo herrumbre como hemosiderina y la masa dura en la unión de las dos ramas como fibrosis de tipo granuloma aséptico.

DISCUSIÓN

Una propuesta y algunas anécdotas

Dada la sorpresa, reacción violenta o incredulidad de las personas que no observan las prácticas quirúrgicas, en particular las operaciones de abdomen, y la repercusión de problemas médico-legales, consideramos mejor no usar el término *cuerpo extraño* y preferimos sustituir el término por el neologismo propuesto por Ferreira³ y Nuñez.⁴ Ya antes este objeto fue denominado *corpus alienum* ,⁶ pero como indican estos autores, *oblitus* , cuya forma castellana es *oblito* , es el participio de *obliviscor* , que significa «olvidarse de uno o de una cosa». *Oblito* es *olvidado* , también participio de *obliño* , verbo que lleva a la idea de embadurnar, calafatear y

manchar. Por ello el término *oblito* refuerza desde otro ángulo el sentido del asunto que nos ocupa: ensuciado, emporcado, manchado, untado, cerrado, sellado.

En general los oblitos, sobre todo los compresomas, suelen ser grandes simuladores que pueden evolucionar en forma silenciosa, dar lugar a cuadros inflamatorios agudos, fístulas internas o externas o manifestarse inicialmente como un tumor abdominal de tipo mesentérico, pseudoquiste pancreático o tumor renal. También pueden desplazarse hacia zonas distantes del sitio de la operación que le dio a luz, bien por movimientos intestinales que lo arrastran, bien por la aspiración negativa subdiafragmática al espacio subdiafragmático e incluso transdiafragmático o al retroperitoneo; y se reportan formas tumorales que evolucionaron a la abscedación y cuadros obstructivos¹⁻⁵

Al respecto, nuestro profesor Gilberto Pardo Gómez relató el caso de un compresoma que al desplazarse dio lugar a manifestaciones de oclusión en varias ocasiones y cuando el paciente llegó a él, con otro cuadro oclusivo, le operó y constató la presencia de una compresa, en parte en cavidad y en parte en la luz del colon, al cual ocluía. Otros autores al reportar este desplazamiento a la luz visceral señalan la expulsión mediante la defecación.⁵

Nosotros encontramos un dispositivo intrauterino libre en cavidad, otro cirujano nos contó de un hecho similar, y otro de un fragmento de Penrose; todos sin síntomas y hallados por casualidad. Existen además informes de granulomas y fibrosis alrededor de mallas de polipropileno o polyglactin⁷ y deslizamiento de éstas.

Finalmente, el autor principal de este trabajo, aunque no oblitó o sea no olvidado, dejó un fragmento de aguja en el epiplón gastrohepático al suturar el hígado de un obeso. Pocos años después fue observada en una radiografía de tórax y el paciente exigió a otro cirujano que se la sacara. Fue calificada de oblitó y el otro cirujano considerado héroe.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rangel M. Corpo estranho intraabdominal de evoluçao atípica. Rev Bras Cirug. 1989; 79-83.
2. Castrillón García A, Rodríguez A. Cuerpo extraño intraabdominal de 40 años de evolución. Medicentro 1999; Supl.2
3. Ferreira J. Algo más sobre el llamado oblitó quirúrgico. Rev Argent Cir. 1984; 46: 210-7.
4. Nuñez Huerta E. Clínica quirúrgica de los cuerpos extraños en el abdomen. Oblito Quirúrgico abdominal. Rev Méd Hered. 1990; 9(2): 77-80.
5. Rene I. Le corpus alienun intraabdominale. Actualites Chirurgicales París: Mason; 1985. Pp. 42-50.
6. Conze J, Jiunge K, Klinge V, Weiss C, Polivoda M. Adhesion formation. Surg Endosc 2005; 19(6): 796-803.

Recibido: 26 de diciembre de 2008.
Aprobado: 25 de marzo de 2009.

Luis Pita Armenteros. Hospital Docente Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán».
Avenida 26 e Independencia, Puentes Grandes. Playa. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: luis.pita@infomed.sld.cu