

## Cuerpo extraño en intestino delgado

### Foreign Body in the Small Intestine

José Alberto González Aguilar<sup>1\*</sup>

Orlando Cué Toledo<sup>1</sup>

Carlos Antonio Sánchez Portela<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Docente “Abel Santamaría Cuadrado”. Pinar del Río.

\*Autor para la correspondencia: [joseaga86@princesa.pri.sld.cu](mailto:joseaga86@princesa.pri.sld.cu)

#### RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 39 años de edad, que acude al cuerpo de guardia del Hospital General Docente “Abel Santamaría Cuadrado” por presentar un cuadro de dolor abdominal de tres días de evolución. Se interviene quirúrgicamente con el diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda complicada. En el acto quirúrgico se comprobó que el apéndice cecal era normal y al examinar el íleon terminal, a una distancia aproximada de 50 cm se encontró un divertículo de Meckel, y a 5 cm de este, una espina de pescado adherida a la pared intestinal, la cual parecía ser la causante del cuadro, ya que el divertículo también era normal. El tratamiento consistió en trasladar la espina hacia el divertículo y realizar resección intestinal de ese tramo con anastomosis término-terminal. La evolución posoperatoria fue satisfactoria y el paciente fue dado de alta a los 8 días de la operación.

**Palabras clave:** espina de pescado; divertículo de Meckel; apendicitis.

#### ABSTRACT

We present the case of a male patient, 39 years of age, who presents to the emergency room of Abel Santamaría Cuadrado General Teaching Hospital with a clinical picture of abdominal pain of three days of natural history. He is surgically intervened with the presumptive diagnosis of complicated acute appendicitis. In the surgical act, the cecal

appendix was verified to be normal and, when examining the terminal ileum, at a distance of approximately 50 cm, a Meckel's diverticulum was found, and, at 5 cm from this, a fish spine adhered to the intestinal wall, which seemed to be the cause of the clinical picture, since the diverticulum was also normal. The treatment consisted of transferring the spine to the diverticulum and performing intestinal resection of that section with end-to-end anastomosis. The postoperative evolution was satisfactory and the patient was discharged 8 days after the operation.

**Keywords:** fish spine; Meckel's diverticulum; appendicitis.

Recibido: 21/11/2017

Aprobado: 22/12/2017

## INTRODUCCIÓN

Aunque la ingesta accidental de cuerpos extraños es un problema común en la población general, la mayoría de los objetos pasan por la totalidad del tracto digestivo sin problemas. Sin embargo, en un 1 % de los casos pueden causar complicaciones como un abdomen agudo. En ocasiones, producen graves complicaciones e, incluso, la muerte; en los Estados Unidos mueren cada año 1500 personas a consecuencia de la ingesta de objetos extraños.<sup>(1)</sup>

Encontrar un divertículo de Meckel durante una laparotomía no es frecuente, operar un paciente por una apendicitis aguda complicada y para sorpresa nuestra, encontrarnos con un apéndice normal, también es infrecuente, pero sí de casualidad nos encontramos con un cuerpo extraño y para ser más exacto, una espina de pescado, entonces estamos en presencia de una curiosidad médica.

Desde su descripción inicial por Fabricio Hildamus, en 1598, y luego por Johann Friedrich Meckel, en 1809, el divertículo de Meckel es una anomalía congénita del tracto digestivo que ha sido objeto de numerosas descripciones y observaciones, a tal punto que se considera es la anomalía congénita más frecuente del sistema gastrointestinal, y es el remanente del conducto onfalomesentérico que conecta el intestino primitivo con el saco vitelino en la vida fetal temprana.<sup>(2)</sup>

De los divertículos encontrados en el intestino delgado, el de Meckel es el más frecuente. Su diagnóstico en ocasiones es casual, en el curso de una operación abdominal.<sup>(2)</sup>

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente masculino de 39 años de edad, color de la piel blanco, de procedencia rural con antecedentes relativos de salud, que acude a nuestro centro por presentar dolor abdominal de tres días de evolución. El paciente refiere que el dolor apareció en epigastrio en horas de la noche del primer día; dolor mantenido que al otro día se trasladó a mesogastrio y flanco derecho con mayor intensidad y al tercer día ya era intolerable y con localización en fosa ilíaca derecha. Este dolor no se acompañaba de otros síntomas ni ocasionó cambios en el hábito intestinal. En un interrogatorio más profundo el paciente nos refirió que en la cena del día anterior al comienzo del dolor, había comido pescado; no presentó vómitos y se mantuvo afebril.

### **Examen físico**

- Abdomen plano, intensamente doloroso a la palpación superficial y profunda, con contractura muscular y reacción peritoneal, principalmente en cuadrante inferior derecho. Punto de McBurney y maniobra de Blumberg positivos. Ruidos hidroaéreos: presentes y normales.
- Tacto rectal: doloroso con predominio en el fondo de saco lateral derecho.
- Frecuencia respiratoria: 20 resp./min.
- Frecuencia cardiaca: 100 lat./min.
- Tensión arterial: 120/80 mm Hg.
- Temperatura: 36,5 °C

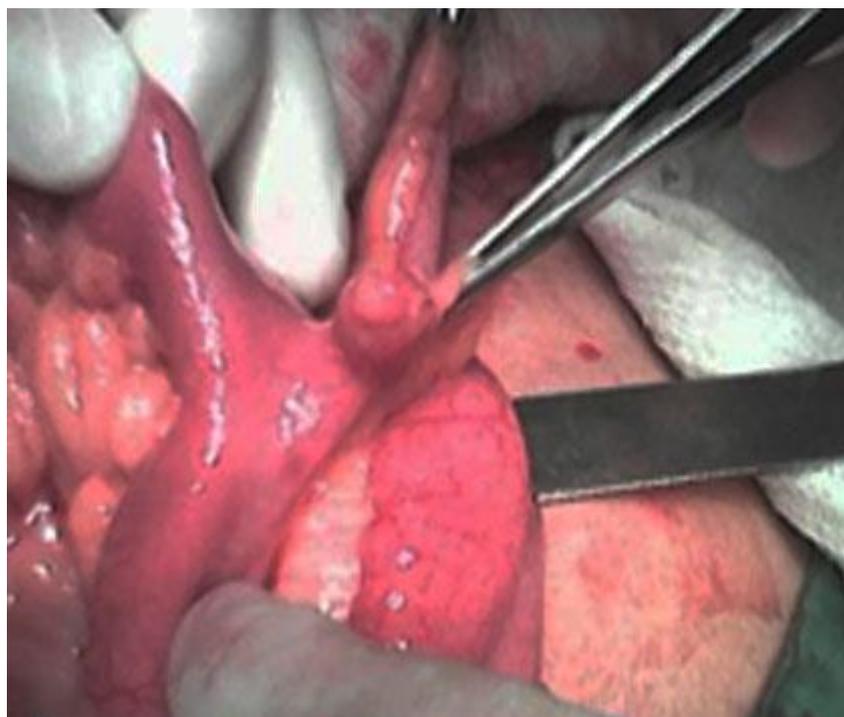
### Exámenes complementarios

- Ultrasonografía abdominal: no se visualizan alteraciones orgánicas ni líquido libre intrabdominal.
- Hemoglobina: 14,5 g/L
- Leucocitos:  $11,2 \times 10^9$  mmol/L
- Polimorfonucleares: 0,70 %
- Linfocitos: 0,24 %
- Eosinófilos: 0,06 %
- Tiempo de sangramiento: 1 min
- Conteo de plaquetas:  $185 \times 10^9$  mmol/L
- Glicemia: 4,6 mmol/L
- Parcial de orina: negativo

Se realizó laparotomía exploratoria de urgencia, donde se observó apéndice cecal normal. Se examinó el íleon terminal en busca de otra causa del cuadro abdominal agudo, a una distancia aproximada de 50 cm se encontró un divertículo de Meckel y a 5 cm de este, una espina de pescado adherida a la pared intestinal, la que resultó ser la responsable del cuadro agudo de dolor abdominal, ya que el divertículo también era normal (Fig. 1).

El tratamiento consistió en trasladar la espina hacia el divertículo y realizar resección intestinal de ese tramo con anastomosis término-terminal (Fig. 2). El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica arrojó como resultado diagnóstico: pieza compatible con un divertículo de Meckel y el cuerpo extraño corresponde a una espina de pescado (biopsia # 436/15). (Fig. 3).

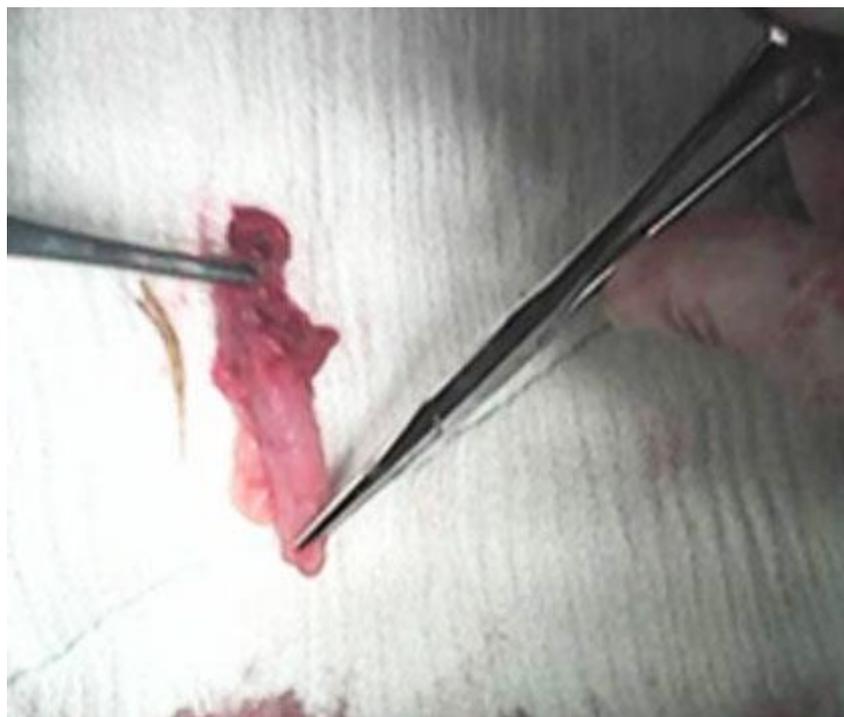
El paciente evolucionó de forma favorable y egresó a los 8 días de estar ingresado.



**Fig. 1-** Divertículo de Meckel.



**Fig. 2-** Cuerpo extraño (espina de pescado) en el interior del intestino.



**Fig. 3** - Pieza quirúrgica. Divertículo de Meckel resecaado y espina de pescado.

## DISCUSIÓN

La ingesta de cuerpos extraños es común, la mayoría de estos, de origen alimentarios, y hasta un 93 %, propios de la dieta del paciente. Los factores de riesgo que influyen frecuentemente en la ingesta de cuerpos extraños son los descuidos, la rápida ingesta de alimento, el uso de dentaduras postizas, ya que reduce la sensación del paladar; el alcoholismo y abuso de drogas. En algunos casos se ha informado de cuerpos extraños retenidos en un divertículo de Meckel, en el apéndice o en una hernia. En ocasiones, es necesaria la resección del apéndice si está afectado por el cuerpo extraño.<sup>(3)</sup> En nuestro caso, a pesar de la proximidad, no se requirió apendicectomía, pero fue necesario realizar resección del divertículo debido a la cercanía del cuerpo extraño.

Generalmente, la ingesta de cuerpos extraños se realiza de forma involuntaria, durante las comidas, los objetos más frecuentes son el bolo de carne en los países occidentales y la espina de pescado en los países orientales. Las áreas más frecuentes de perforación por cuerpos extraños son la región ileocecal y el rectosigmoide, por el estrechamiento y la angulación del tracto digestivo, pero afortunadamente, en nuestro caso no existió perforación. El impacto puede estar favorecido por zonas de adherencias, anastomosis quirúrgicas o áreas con procesos diverticulares.<sup>(1)</sup>

Entre el 80 y el 90 % de los cuerpos extraños que llegan al estómago se expulsan espontáneamente, aunque entre el 10 y 20 % requieren extracción endoscópica, y el 1 % intervención quirúrgica. Las principales manifestaciones clínicas están dadas por dispepsia, saciedad temprana, náuseas, vómitos y dolor epigástrico. El diagnóstico lo proporciona, en muchas ocasiones, el propio paciente o los familiares.<sup>(4)</sup>

Entre los cuerpos extraños que se han encontrado se registran las fosforeras, los mangos de cuchara, tuercas, monedas y hasta cuerpos filosos o puntiagudos que en muchas ocasiones han llevado a la perforación de órganos del tubo digestivo, sobre todo a nivel de las estrecheces anatómicas como son la unión esofagogástrica, el píloro y la unión ileocecal sin excluir en otros casos la unión rectosigmoidea y rectoanal.<sup>(4)</sup>

En Cuba, a pesar de la reducción de la incidencia, esto continúa siendo un problema de salud, en la actualidad constituye la cuarta causa de muerte, por lo que nuestro país incrementa sus esfuerzos para trabajar en la eliminación de este importante problema en la población.<sup>(4)</sup>

Según datos internacionales del *Susy Safe Project*, programa internacional para combatir los problemas ocasionados por cuerpos extraños –del cual nuestro país es integrante– se estima que 30 de cada 100 mil personas sufre de aspiraciones o ingestas de cuerpos extraños y, según datos de Estados Unidos, en ese país provocan unas 160 defunciones anuales. El proyecto está integrado por más de 100 centros en 43 países diferentes que participan en el registro *Susy Safe*, contribuyendo así al perfeccionamiento de una herramienta que proporciona un conjunto completo de datos sobre las lesiones (con detalles específicos sobre el paciente, el cuerpo extraño, las circunstancias del accidente, gestión clínica y quirúrgica y duración de la hospitalización).

La diverticulitis de Meckel puede ser clínicamente indistinguible de otros procesos inflamatorios intrabdominales como apendicitis aguda, enfermedad inflamatoria intestinal y otras causas de obstrucción de intestino delgado. En nuestro caso, al igual que en la mayoría de las series descritas en la literatura, la apendicitis aguda fue el diagnóstico preoperatorio planteado, de hecho, es la primera causa de abdomen agudo, por lo que es el primer diagnóstico de presunción ante un dolor en fosa iliaca derecha, sin embargo, hay que tener en cuenta otras posibles causas como adenitis mesentérica, ileítis terminal, colecistitis, anexitis, diverticulitis de Meckel y pielonefritis<sup>(5)</sup> y, muy importante, la existencia de un cuerpo extraño. No se sospecha la presencia del divertículo hasta que no se ha desarrollado un proceso diverticular agudo.<sup>(6)</sup>

A pesar de un buen índice de sospecha y del avance en los métodos diagnósticos el aforismo expresado por Mayo<sup>(10)</sup> en 1933 sigue siendo vigente: "El divertículo de Meckel es frecuentemente sospechado, casi siempre buscado y raramente encontrado".

Se considera en la actualidad que en la mayoría de los casos el hallazgo de un divertículo de Meckel no siempre indica su resección a menos que exista una de las siguientes condiciones:

- a) cuello diverticular estrecho,
- b) dolor abdominal inexplicable,
- c) sangrado bajo en pasado reciente,
- d) masa palpable dentro del divertículo,
- e) banda fibrosa que comunique con el divertículo, y
- f) divertículo con vaso vitelino propio y sin mesenterio que predispone a la encarcelación.<sup>(7)</sup>

El tratamiento, ante la existencia de un cuerpo extraño, consiste en la cirugía (desde sutura simple hasta resecciones intestinales con colostomía, con extracción del cuerpo extraño y lavados de la cavidad abdominal) y la administración de antibióticos.<sup>(8)</sup>

En cuanto al tratamiento del divertículo, la resección íleal con anastomosis término-terminal en un plano es la que cuenta con mayor aceptación, pues minimiza la posibilidad de dejar en la base diverticular restos o focos de tejido. Además, ha demostrado tener resultados anatomofuncionales más satisfactorios.<sup>(9)</sup>

Hemos presenciado una complicación inusual de una entidad médica no tan frecuente. No obstante, su presentación como un abdomen agudo hizo que, aunque no se contara

con un diagnóstico de certeza durante el preoperatorio, siempre estuviera indicada la intervención quirúrgica, con la que se solucionó el problema.

Concluimos con este caso que: cuando el apéndice es normal o está mínimamente afectado, se debe explorar toda la cavidad abdominal en busca de otro foco inflamatorio causante del dolor abdominal, la diverticulitis de Meckel o un cuerpo extraño es unos de los principales procesos a descartar. Existe gran dificultad diagnóstica y una alta frecuencia de error diagnóstico ante la existencia de un cuerpo extraño en intestino.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez-Hermosa JI, Cañete N, Artigau E, Girones J, Planellas P, Codina-Cazador A. Perforación de intestino delgado por un inusual cuerpo extraño. Rev Esp Enferm Dig. 2009 Sep [acceso: 13/3/2015];101(9):639-40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082009000900007>
2. Yanowsky Reyes G, Aguirre Jáuregui O, Rodríguez Franco E, Trujillo Ponce S, Orozco Pérez J, Pérez Liñán J, et al. Cuerpos extraños en vías digestivas. (Spanish). Archivos de Medicina. 2013 Apr [acceso: 19/1/2015];9(2):1-5. Disponible en: Academic Search Premier. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4320494>
3. Ocaña S, Arredondo J, Martínez P, Martí P, Hernández-Lizoain JL. Importancia de la laparoscopia en el tratamiento de la perforación cecal por cuerpo extraño: diagnóstico diferencial de apendicitis. Rev Esp Enferm Dig. 2013Abr [acceso: 13/3/2015];105(4):241-3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082013000400016>
4. Rosabal Estacio JE, Morales González RA, Fernández Gautier M, González Constantén J. Divertículo de Meckel perforado por cuerpo extraño: Presentación de 1 caso. Rev Cubana Cir. 2002 Abr [acceso: 19/1/2015];41(1):59-61. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932002000100012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932002000100012&lng=es)
5. Corrales Pinzón R, Grisales Loaiza LF, Santos Múnton C, González de la Huebra-Labrador T. Obstrucción intestinal secundaria a diverticulitis de Meckel por enterolito: descripción de un caso. Revista Médica Risaralda. 2014 Jan [acceso: 12/3/2015];20(1):50-2. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0122-06672014000100011&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672014000100011&lng=en)

6. Frías Espinosa JE, Jon Iglesias M. Diverticulitis exclusiva de ciego. Rev Cubana Cir. 2012 Dic [acceso: 26/3/2015];51(4):332-7. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932012000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932012000400008&lng=es)
7. González Sosa G, Díaz Mesa J, Collera Rodríguez SA, González García GA, Romero Rodríguez J, Cuellar Capote S. Divertículo de Meckel necrosado. Rev Cubana Cir. 2010 Jun [acceso 26/3/2015];49(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932010000200010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000200010&lng=es)
8. Rehman H, Rao Am, Arfan I. Single Insicion versus conventional multi-insicion appendicctomy for suspected appendicitis. Cochrane Dtabase Syst Rev. 2011;6;(7):CD009022.
9. Pollak R. Miscellaneous surgical techniques for the small intestine. En: Nyhus LM, Baker RJ, editores. Mastery of surgery. 2<sup>nd</sup> ed. Boston: Little Brown; 1992. p. 1164-8.
10. Mayo CW. Meckel's diverticulum. Mayo Clinic Proceedings. 1933;8(1):230-2.

### Conflicto de intereses

Los autores no declaran tener conflictos de intereses.