

Perforación de apéndice cecal por un cuerpo extraño en niña. Reporte de un caso

Cor. M.C. Ret. René Francisco **Candia-de la Rosa,*** M.C. Arely **Pérez-Rodríguez,**** M.C. Juan Miguel **Palacios-Solís,***** M.C. Raúl **Candia-García,******

RESUMEN

La ingesta de cuerpos extraños es una patología frecuente dentro de la práctica médica; puede convertirse en una urgencia si no es identificada a tiempo, principalmente en la edad pediátrica, con mayor incidencia entre los seis meses y seis años, con una media de tres años. Presentamos el caso de una niña de tres años con antecedente de ingesta de cuerpo extraño en vías digestivas, dándose manejo conservador en otra institución, ingresa a urgencias de nuestra clínica presentando cuadro de abdomen agudo por ingesta de un cuerpo extraño tipo alfiler. Se realizó laparotomía exploradora encontrando perforación del apéndice cecal, realizándose apendicectomía y lavado de cavidad, con manejo postoperatorio en terapia intensiva, con triple esquema de antibióticos para el control de la sepsis, la evolución es adecuada siendo egresada a los 15 días para control como externa. Se revisa la literatura mundial y se realizan algunas consideraciones acerca del diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: cuerpo extraño, edad pediátrica, perforación apéndice cecal, peritonitis, sepsis.

Introducción

La ingesta de cuerpos extraños es una patología frecuente dentro de la práctica médica, que puede convertirse en una urgencia, si no es identificada y tratada a tiempo. Se presenta principalmente en la edad pediátrica, con mayor incidencia entre los seis meses y seis años, con una media de tres años.^{1,2} De los cuerpos extraños que son ingeridos aproximadamente 80% de ellos, pasan espontáneamente por el tracto gastrointestinal sin presencia de complicaciones, mientras que 10-20% requerirán de un manejo invasi-

Perforation of cecal appendix by a foreign body in girl. Report of a case

SUMMARY

Foreign body ingestion is a frequent pathology in medical practice, which turns in to an emergency if it's not identify on time, mainly in the pediatric ages, with more incidence between six months and six year-old, with an average of three year-old. We present the case of a three year-old girl, with foreign body ingestion in digestive track, giving preservative handling in other institution, entering to the emergency room of our clinic presenting acute abdominal pain because of the ingestion of a foreign body (pin). Exploratory laparotomy was realize finding a perforation of the cecal appendix, being realized appendicectomy and wash cavity, with a postoperative management in intensive therapy with triple antibiotics scheme for the sepsis control, the evolution was adequate, being withdrawn 15 days after with control like external. Worldwide literature was reviewed and we realize some considerations about the diagnosis and opportune treatment.

Key words: Foreign body, pediatric age, perforation cecal appendix, peritonitis, sepsis.

vo^{3,4} y pueden presentar complicaciones importantes. Los cuerpos extraños que con mayor frecuencia son ingeridos por lo niños son las monedas, seguido de juguetes pequeños, alfileres, piezas imantadas, baterías, botones, canicas, entre otros.⁵⁻⁷ El diagnóstico de la ingesta de un cuerpo extraño en vías digestivas en ocasiones puede ser difícil sobre todo en la edad pediátrica,² por lo que se debe mantener un alto índice de sospecha, realizar una buena historia clínica y exploración física, para obtener un diagnóstico preciso, dar un tratamiento oportuno y evitar complicaciones.

* Cirujano general y vascular. Director General Clínica Médica Quirúrgica Candia "Nuestra Señora de Lourdes", Puebla, Puebla, México. ** Médico General Adscrito Clínica Médica Quirúrgica Candia "Nuestra Señora de Lourdes". *** Médico General Adscrito Clínica Médica Quirúrgica Candia "Nuestra Señora de Lourdes". **** Jefe de Radiología Clínica Médica Quirúrgica Candia "Nuestra Señora de Lourdes".

Correspondencia:

Dr. René Francisco Candia de la Rosa

Privada 101 Oriente No. 1612, Col. Granjas de San Isidro, C.P. 72687, Puebla, Pue. México. Tel/Fax: 01 (222) 311 20 32, 311 20 33. Correo electrónico: renef_candia@yahoo.com.mx

Recibido: Octubre 11, 2007

Aceptado: Enero 22, 2008

Caso clínico

Paciente femenino de tres años de edad, fue ingresada al Servicio de Urgencias de nuestra institución con un cuadro de dolor abdominal agudo de 8 hrs de evolución, acompañado de vómito y fiebre. Con antecedente de haber acudido a otro hospital hace tres días por ingesta de cuerpo extraño tipo alfiler indicándole sólo vigilancia, siendo dada de alta del servicio. A su ingreso a esta institución la paciente se encuentra con frecuencia cardíaca de 110x', frecuencia respiratoria de 26x', temperatura 38.7 °C. A la exploración física encontramos paciente irritable con fascies álguica, mucosa bucal deshidratada, taquicárdica, abdomen distendido, silencio abdominal, signos Mc Burney, Blumberg y Rovsing presentes, resistencia muscular, dolor abdominal generalizado, de gran intensidad, genitourinario sin alteraciones, extremidades pulso distales presentes, llenado capilar adecuado. Se realizan estudios de laboratorio y gabinete, encontrado biometría hemática con leucocitosis importante, neutrofilia y bandemia; se tomó placa de abdomen en dos posiciones, la cual mostró: alfiler en fosa ilíaca derecha, con íleo paralítico sin apreciar aire libre intraperitoneal (*Figuras 1 y 2*). Se establece el diagnóstico de abdomen agudo realizándose laparotomía exploradora encontrando una peritonitis generalizada con gran cantidad de material purulento y una apéndice cecal perforada por la cabeza del alfiler (*Figuras 3 y 4*). Se realizó apendicectomía y lavado de cavidad con solución salina, con colocación de drenajes tipo Penrose. La paciente pasó a la unidad de terapia intensiva orointubada, iniciándose manejo con triple esquema de antibióticos (metronidazol, amikacina, ceftriaxona) presentando picos febriles, posteriormente con una evolución satisfactoria, retirándose apoyo ventilatorio a las 48 hrs y siendo egresada de la unidad de terapia intensiva pediátrica a los



Figura 2. Radiografía simple de abdomen en posición lateral que muestra cuerpo extraño tipo alfiler en porción inferior de abdomen.

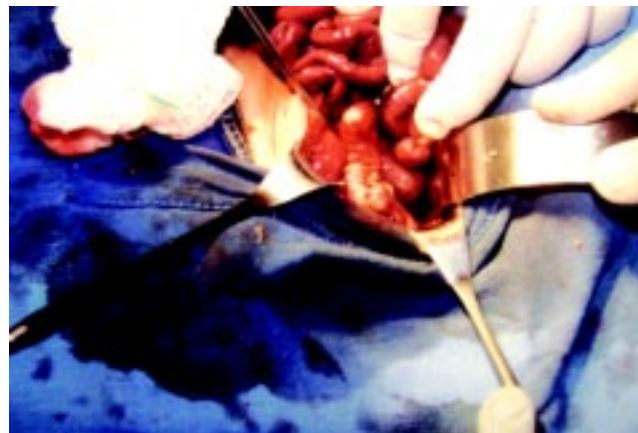


Figura 3. Laparotomía exploradora encontrándose peritonitis generalizada con gran cantidad de material purulento.

seis días. Dada de alta de la institución a los 15 días para control como externa sin ninguna complicación.

Discusión

La ingesta de cuerpos extraños en pacientes pediátricos es una patología frecuente que hay que vigilar de cerca pues puede convertirse en una emergencia que requiera de una rápida resolución y se puede acompañar de alta morbilidad.⁸ La ingesta de cuerpos extraños puede ser asintomática y pasar desapercibida, sobre todo en pacientes de edad pediátrica, por lo que se debe mantener un alto índice de sospecha.^{2,9} La mayoría de cuerpos extraños pasan espontáneamente por el tracto gastrointestinal, pero entre 10-20% requieren manejo invasivo para su extracción.^{3,4} Se ha reportado en la literatura la ingesta de una gran variedad de cuerpos extraños, entre los cuales el principal cuerpo extraño encontrado



Figura 1. Radiografía simple de abdomen que muestra cuerpo extraño tipo alfiler localizado en fosa ilíaca derecha e íleo paralítico.



Figura 4. Laparotomía exploradora encontrándose apéndice cecal perforada por la cabeza de un alfiler.

en niños son las monedas en más de 80% de los casos, seguido de juguetes pequeños, alfileres, piezas imantadas, baterías, botones, canicas, entre otros.⁵⁻⁸ Para realizar el diagnóstico es necesario realizar una historia clínica minuciosa.

La radiografía es el principal método diagnóstico en caso de sospecha de ingesta de un cuerpo extraño y se deben tomar radiografías de cuello, tórax y abdomen.^{1,2} Alrededor de 80% de cuerpos extraños son radiopacos, mientras que el resto de cuerpos extraños como madera, vidrio, plástico, espinas de pollo o pescado son radiolúcidos y no es posible visualizarlos en una radiografía simple siendo necesario emplear estudios de contraste, tomografía o endoscopia.^{2,6} Una vez que el cuerpo extraño ha pasado el esófago, la mayoría pasan al tracto gastrointestinal sin ocasionar síntomas a excepción de la presencia de complicaciones, como perforación u obstrucción intestinal.^{4,9} El tipo de manejo en caso de ingesta de un cuerpo extraño es controversial y depende de la edad del paciente, condiciones clínicas en las que se encuentre, tipo de cuerpo extraño que se haya ingerido; con respecto a su tamaño, forma, localización y composición, localización dentro del tracto gastrointestinal, al igual que el riesgo de complicación asociado a su ingesta.^{1,5,9}

Informes dentro de la literatura mundial reportan casos de complicaciones graves por ingesta de cuerpos extraños. La mayoría de autores recomiendan dar manejo dependiendo de la localización, forma, tamaño y material del que esté hecho el cuerpo extraño; ya sea conservador o su extracción por endoscopia o incluso mediante intervención quirúrgica.^{3,5,9} Hemos revisado las Guías de Manejo de la Asociación Americana de Gastroenterología Endoscópica y el manejo para cada tipo de cuerpo extraño, comentándose a continuación. Para los cuerpos extraños pequeños: monedas, juguetes, botones u objetos no puntiagudos ni cortantes que se encuentran en esófago, hay que retirarlos mediante endoscopia, en caso de que el cuerpo extraño haya pasado a estómago se recomienda manejo conservador pues la mayoría de los objetos pasan espontáneamente y son expulsados en promedio de cuatro a seis días sin complicaciones.^{1,9} Se debe realizar la toma de radiografías seriadas hasta su ex-

pulsión, en caso de que el cuerpo extraño presente la misma localización en el tracto gastrointestinal o el paciente presente síntomas se debe realizar la extracción del cuerpo extraño mediante intervención quirúrgica.^{1,5,9} Cuerpos extraños de entre 4-6 cm deben ser extraídos por medio de endoscopia pues pueden producir obstrucción, principalmente a nivel duodenal.^{1,5,6} Normalmente la vigilancia constituye una medida suficiente en la mayor parte de los casos, pero cuando el cuerpo extraño ingerido es cortante o puntiagudo el riesgo de producir una perforación en el tubo digestivo es mayor de 35%.^{3,10} Por lo que es recomendable su extracción siempre y cuando aún esté al alcance de una endoscopia y sea posible realizarla, para reducir su morbilidad y mortalidad; además nos permite identificar el objeto, valorar la mucosa subyacente y si se ha producido algún daño.^{1,3,9}

En caso de que el cuerpo extraño haya pasado al tracto intestinal y no esté al alcance de un endoscopio se recomienda la toma de radiografías de abdomen seriadas para valorar el trayecto del cuerpo extraño y cirugía para extracción del cuerpo extraño cuando éste no haya progresado en su paso por el tracto intestinal por más de tres días para evitar complicaciones o cuando haya producido alguna sintomatología o complicación.^{1,3}

Los cuerpos extraños como baterías o piezas imantadas requieren de una consideración especial y se consideran como una emergencia. Las baterías contienen sustancias alcalinas y al alojarse en esófago pueden producir daño en la mucosa por licuefacción complicándose con perforación, por lo que se debe retirar de inmediato mediante endoscopia y valorar la mucosa subyacente. Cuando ha pasado a estómago la mayoría pasan el tracto gastrointestinal sin complicaciones, hay que tener en cuenta que se debe tomar radiografías seriadas para evaluar su localización; si el cuerpo extraño permanece en la misma localización por más de 48 hrs o se producen síntomas como obstrucción o perforación hay que realizar intervención quirúrgica de urgencia para su extracción.^{1,2,9} Por otro lado, el mecanismo de daño y perforación de la ingesta de piezas imantadas está dado necesariamente por la ingesta de múltiples piezas y separadas en el tiempo, lo que da la posibilidad de que estas piezas se enfrenten en distintos segmentos del tracto digestivo, generándose una intensa atracción entre las paredes de la mucosa produciendo necrosis por presión con alto riesgo de fistulización o perforación. Se deben retirar de inmediato mediante endoscopia o intervención quirúrgica sobre todo si en la toma de radiografías no se ha producido ningún cambio en su localización.^{8,10}

En nuestro caso presentamos la ingesta de un cuerpo extraño tipo alfiler en una niña de tres años de edad, a quien al inicio se le dio manejo conservador, presentando 48 hrs después complicaciones con perforación del apéndice cecal, peritonitis y sepsis, creemos que se pudieron haber evitado todas estas complicaciones, si se hubiera realizado endoscopia temprana para la extracción del cuerpo extraño en un inicio.

Comentario

La ingesta de cuerpos extraños es una patología que se debe tener en cuenta, con alta incidencia en edades pediátricas. Es importante diagnosticarla a tiempo para poder dar un manejo adecuado y evitar complicaciones. Todo médico debe tener siempre un alto índice de sospecha en la edad pediátrica, por lo que recomendamos se tengan en cuenta las recomendaciones universales de las Guías de Manejo de la Asociación Americana de Gastroenterología Endoscópica.

Referencias

1. Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DG, Goldstein JL. Guideline for the management of ingested foreign bodies. *ASGE* 2002; 55(7): 802-6.
2. Waseem M, Ryan M. A 4 year-old boy with abdominal pain. *Pediatr Rounds* 2000; 33-9.
3. Aktay A, Werlin S. Penetration of the stomach by an accidentally ingested straight pin. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002; 34(1): 81-2.
4. Al-Busari W, Ali F. Incidental, delayed diagnosis of gastric foreign body in a 15 year-old boy. *JAMC* 2003; 168(12): 1568-9.
5. Maluenda C, Varea V. Ingesta de cuerpos extraños. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría* 2002, p. 153-6.
6. Méndez M. Cuerpo extraño en el tracto gastrointestinal en niños. *Guías para manejo en urgencias*; 707-10.
7. Guzmán F, Morales J, Chacín Z. Evolución, diagnóstico y manejo de los cuerpos extraños en esófago en pacientes pediátricos. Experiencia en el Hospital Universitario de Maracaibo Marzo 1996-Marzo 2000. *Arch Venez Pueric Pediatr* 2001; 64(3): 148-52.
8. Cortés C, Silva C. Ingestión accidental de imanes en niños y sus complicaciones: un riesgo creciente. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 1315-9.
9. Monte CU. Foreign body ingestion in children. *Am Fam Physician* 2005; 72: 281-91.
10. Encinas JL, García C, Andrés A, Burgos L, Hernández P. Perforaciones intestinales múltiples por ingesta de piezas imantadas de un juguete. *An Pediatr* 2005; 63(5): 457-68.

