

11209



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**CUERPOS EXTRAÑOS COLORECTALES
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI
SERIE DE CASOS**

TESIS DE POSGRADO

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL**

P R E S E N T A:

DR. JORGE ALBERTO CANCINO LÓPEZ

**ASESOR:
DR. JOSÉ LUIS ROCHA RAMÍREZ**



MÉXICO, D.F.

AGOSTO 2005

m 348588



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**CUERPOS EXTRAÑOS COLORECTALES
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI
SERIE DE CASOS**

TESIS DE POSTGRADO

**QUE PRESENTA PARA OBTENER EL TITULO DE LA
ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL**

DR. JORGE ALBERTO CANCINO LOPEZ

ASESOR:

DR. JOSE LUIS ROCHA RAMIREZ

COASESORES:

DR. PATRICIO SANCHEZ FERNANDEZ

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES

MEXICO, D.F., AGOSTO 2005

Castañon

DR. JORGE ALBERTO CASTAÑON GONZALEZ.
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G." DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.

PA *[Signature]*

DRA. NORMA JUAREZ DIAZ GONZALEZ.
DIRECTORA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G." DEL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.


SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

[Signature]

DR. JOSE LUIS ROCHA RAMIREZ.
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA DE COLON Y RECTO.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G." DEL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.

[Signature]

DR. PATRICIO SANCHEZ FERNANDEZ.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD DE CIRUGIA
GENERAL.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G." DEL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.

[Signature]

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES.
JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIROGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G." DEL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.

 **UMA E**
HOSPITAL ESPECIALIDADES
C.M.N. SIGLO XXI
RECIBIDO
19 SEP 2005
DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION EN SALUD

AGRADECIMIENTOS

*Gracias a Dios,
a mis padres,
a mi esposa
y a todas aquellas personas,
que de una u otra manera contribuyeron
a mi formación como Cirujano General,
y siempre con el anhelo de seguir adelante.*

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: José Agustín Garrido López
FECHA: 20/09/05
FIRMA: 

INDICE

1. ANTECEDENTES	6
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
3. JUSTIFICACION	14
4. HIPOTESIS	14
5. OBJETIVOS	15
6. TIPO DE ESTUDIO	16
7. UNIVERSO DE TRABAJO	16
8. MUESTRA	17
9. VARIABLES	17
10. CRITERIOS DE SELECCIÓN	18
11. MATERIAL Y METODOS	19
12. ANALISIS ESTADISTICO	20
13. CONSIDERACIONES ETICAS	21
14. RECURSOS	22
15. RESULTADOS	23
16. ANALISIS DE RESULTADOS	30
17. CONCLUSIONES	32
18. TABLAS E IMÁGENES	33
19. ANEXOS	37
20. BIBLIOGRAFIA	38

ANTECEDENTES

En nuestra sociedad las lesiones anorectales y retención de cuerpos extraños colorectales son cada vez más comunes. (1)

Anteriormente a los pacientes con cuerpos extraños colorectales se les reportaba como casos aislados e individuales en la literatura médica, sin embargo, en décadas pasadas fueron publicadas diversas series de casos a este respecto. (1-4)

Un cuerpo extraño colorectal desde el punto de vista clínico se manifiesta como una obstrucción intestinal de tipo mecánico. (5)

En años recientes se ha observado un incremento en la incidencia de este problema, particularmente el trauma rectal y/o retención de cuerpos extraños colorectales, sin embargo, no existen datos estadísticos al respecto, ya que son pocos los centros hospitalarios que han reportado un número significativo de este tipo de casos a nivel mundial (2,3).

La frecuencia exacta de lesiones por cuerpos extraños colorectales es desconocida, ya que se ha visto que solo acuden a los servicios de salud, aquellos individuos en los que la remoción del objeto se dificulta o aquellos casos que implican complicaciones como lesión o perforación del recto-sigmoides. (3)

La mayoría de estudios reportados en la literatura médica han mostrado su experiencia en este tipo de lesiones y los lineamientos para su manejo. (2)

En la mayor parte de los casos clínicos publicados, el sexo masculino es el más afectado en una relación de 9:1, y se ha sugerido una relación con sus preferencias sexuales y con la propia estructura anatómica como el tener una circunferencia pélvica más corta que el sexo femenino, permitiendo el impacto de objetos en el hueco sacro (2,3)

Algunos otros estudios reportan que el sexo masculino es afectado hasta en un 99%.(6)

Ante la aparición en nuestra sociedad de prácticas sexuales bizarras, la causa principal de la presencia de estos cuerpos extraños en el tracto colorectal son la inserción por vía anal (masturbación y/o introducción forzada) de estos objetos por alguna otra persona que representan situaciones comunes secundarias a prácticas homosexuales, agresiones sexuales y autoerotismo transanal. Pocos son los pacientes con cuerpos extraños colrectales que admiten su introducción transanal. (1,2,7-9)

Existen algunas otras situaciones que explican la presencia de un cuerpo extraño colorectal, como la ingesta accidental de huesos de animales (conejo, pollo o pescado) que representan del 10 al 20% de los casos, y que en la mayoría de los cuales el paciente desconoce. Algunas de las causas que condicionan estas situaciones son: una pobre visión, trastornos mentales, adicción a drogas y el comer rápidamente. (10-13).

Se ha reportado que en los pacientes que ingieren un cuerpo extraño de manera accidental, el 1% se puede complicar con perforación intestinal. Esta última puede presentarse clínicamente como: peritonitis generalizada, formación de abscesos localizados, masas inflamatorias, peritonitis, obstrucción y hemorragia, que si no se resuelve a tiempo puede conducir inclusive a la muerte. (11)

Se ha enumerado una gran lista de cuerpos extraños coloretcales en los diferentes estudios realizados, los cuales varían en su forma, tamaño, consistencia y forma de penetración profunda. En la mayoría de los casos superan nuestra propia imaginación, por lo que encontramos: palos y pelotas de golf, botellas de cristal, vibradores, navajas, desodorantes en aerosol, botes de spray, tubos, fragmentos de huesos de animales, paquetes plásticos que en su interior contienen drogas, dinero o joyas, plumas luminosas, palos de escoba, barras y piezas metálicas, mangueras, baterías, entre otros. (1,3,4,14)

Las circunstancias bajo las cuales los cuerpos extraños son alojados en el tracto gastrointestinal, en especial en colon y recto pueden agruparse en cinco categorías:

- 1) Diagnósticas o terapéuticas: termómetros, bario, tubos rectales, enemas, catéteres para irrigación.
- 2) Tratamientos para disminuir síntomas de enfermedad anorectal: inserción de un dispositivo para reducir o disminuir el prolapso de hemorroides.
- 3) Asalto criminal: botellas de cristal.
- 4) Autoerotismo: vibrador.

5) Introducción accidental.

6) Ingestión. (3,4)

Los factores que hacen sospechar la presencia de cuerpos extraños colorrectales son dolor anal atípico, esfínter anal laxo, sangrado o descarga de moco transanal, que son los motivos por los que este tipo de pacientes llegan a los servicios de urgencias. (7)

El Dr. Eftaiha propuso una clasificación de cuerpos extraños colorrectales de acuerdo al nivel intestinal afectado tomando como referencia el ámpula rectal:

- 1) Cuerpos extraños por abajo del ámpula rectal (los cuales se palpan digitalmente)
- 2) Cuerpos extraños por arriba del ámpula rectal, estos últimos pueden estar próximos a la unión rectosigmoidea.

Esta clasificación es importante, ya que tomando en cuenta el sitio anatómico donde se encuentra alojado el cuerpo extraño se realizarán las maniobras para su remoción, y/o los procedimientos quirúrgicos necesarios para su extracción o resolución de las complicaciones. (1,4,9)

El procedimiento para evaluar a los pacientes que presentan un cuerpo extraño en región colorrectal, se realiza principalmente en el servicio de urgencias e incluyen: historia clínica completa, examen rectal, proctoscopia y radiografías abdominales, las cuales son necesarias para determinar la mejor forma de abordar el problema. (15)

La exploración digital rectal es importante para determinar la naturaleza y posición del cuerpo extraño, en caso de que esto no sea posible, se debe realizar una proctoscopia para confirmar la presencia y posición del objeto, verificar la integridad del ano y el tono del esfínter. El cirujano debe tener la precaución de que al estar realizando el procedimiento no aleje el cuerpo extraño con el avance del proctoscopio. (5)

La radiografía abdominal documenta la presencia del cuerpo extraño, así como el número de estos, forma, superficie, localización y dirección, en algunos casos se puede identificar neumoperitoneo (aire libre en cavidad) o datos de peritonitis, lo que puede modificar el plan de tratamiento. (1,5)

En el 90% de los casos y de acuerdo a su localización y características de los cuerpos extraños permiten su remoción pueden ser removidos en la sala de urgencias, sin requerir anestesia. Algunos otros que resultan potencialmente traumáticos o que migran hacia sigmoides requieren de hospitalización para su remoción (15,16)

Todo objeto por debajo del ampolla rectal debe ser removido transanalmente a través de una proctoscopia con el paciente en posición de prona modificada (navaja sevillana) en la que usualmente la anestesia no es necesaria, pero existen situaciones en las que el objeto debe ser removido bajo infiltración local para relajar el esfínter anal. El procedimiento debe ser cuidadoso para evitar una lesión iatrogénica. (1,16)

Son cuatro los tipos de lesiones que ocurren en los pacientes con cuerpo extraño en la región colorectal:

- a) Retención de cuerpo extraño
- b) Laceración de la mucosa no perforante
- c) Disrupción del esfínter anal
- d) Perforación transmural del rectosigmoides (16)

Algunos de estos objetos por sus características permiten ser removidos con facilidad en la sala de urgencias hasta en un 90%. Algunos otros por el contrario resultan potencialmente traumáticos y otros migran hacia sigmoides por lo que requieren de hospitalización haciendo necesario un manejo más complejo como la dilatación rectal bajo anestesia general; manipulación transrectal, palpación bimanual y en caso necesario retracción del cuerpo extraño. Además se ha reportado que aproximadamente el 1% de estos se complica con perforación intestinal por lo que requieren de laparotomía exploradora. (15,16)

Es importante la extracción adecuada del cuerpo extraño, ya que estos objetos pueden ser frágiles lo que dificulta su manejo. Este es esencialmente el problema que el cirujano enfrenta ya que se reportan casos en el cuál el cuerpo extraño es desintegrado

durante la remoción, resultando laceraciones en la mucosa rectal que pueden producir una hemorragia considerable, perforación intestinal y/o peritonitis, por lo que se requiere de manejo quirúrgico (laparotomía, resección de colon, colostomía, etc), convirtiéndose un problema simple en uno complejo, que puede ser evitado. (6,17)

En nuestro país e institución no cuentan con información reciente sobre este tipo de situaciones, lo que despierta el interés por realizar esta investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obstrucción del colon constituye el 6.3% de todas las obstrucciones intestinales. De estas el 90% corresponde a carcinomas colorectales, vólvulos 5%, diverticulitis 3%, y un pequeño porcentaje corresponde a otros padecimientos como adherencias, endometriosis, enfermedad inflamatoria intestinal y “cuerpos extraños”.

Las lesiones anorectales y la retención de cuerpos extraños en colon y recto se han incrementado en los últimos años, afectando a un número considerable de individuos, sobre todo por las modificaciones en el estilo de vida, preferencias sexuales entre otros factores que repercuten en la salud del paciente tanto física como mentalmente.

Además de que en nuestro país e institución no cuentan con información reciente sobre cuerpos extraños colorectales, lo que despierta el interés por mostrar una serie de casos que se han presentado en el Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda G.” del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS durante el periodo 2002-2004.

JUSTIFICACION

En nuestro país existe escasa información sobre la morbi-mortalidad que los cuerpos extraños a nivel colorrectal ocasionan, así como el manejo que estos requieren por los servicios de Cirugía General o Coloproctología. Se les ha asociado en un gran porcentaje a preferencias sexuales homosexuales que han tenido un aumento en las últimas décadas, no solo en países occidentales, sino también en países como el nuestro.

HIPOTESIS

No requiere hipótesis dado que se trata de una serie de casos

OBJETIVOS

GENERAL.

- Presentar una serie de casos de cuerpos extraños colorrectales en el Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda G.” del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

ESPECIFICOS:

- Señalar tipo de cuerpo extraño colorrectal.
- Identificar el cuadro clínico ocasionado por el cuerpo extraño colorrectal.
- Establecer la terapéutica que requiere la remoción del cuerpo extraño colorrectal.
- Listar las principales complicaciones de los cuerpos extraños colorrectales.

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se realizó reunió las siguientes características:

- Serie de casos (retrospectiva, observacional y descriptiva)

UNIVERSO DE TRABAJO

Este estudio se realizó en pacientes que ingresaron al servicio de Urgencias del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda G.” del Centro Médico Nacional Siglo XXI entre el periodo comprendido del 1º de Enero del 2002 al 31 de Diciembre del 2004 y que contaron con el diagnóstico de *cuerpo extraño colorectal*.

MUESTRA

Participaron todos los pacientes que ingresaron al Servicio de Urgencias del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda G.” del Centro Médico Nacional Siglo XXI en el periodo comprendido del 1º de Enero del 2002 al 31 de Diciembre del 2004 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

DESCRIPCION DE LAS VARIABLES

- **Cuerpo extraño colorectal.**

Desde el punto de vista clínico se manifiesta como una obstrucción intestinal de tipo mecánico.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

❖ Criterios de Inclusión.

- Pacientes con cuerpo extraño colorectal.
- Que acudieron al Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.
- Que se encontraron en el periodo comprendido del 1º. de Enero del 2002 al 31 de Diciembre del 2004.
- Sexo indistinto.
- De cualquier edad.
- Nota médica o expediente clínico completo.

❖ Criterios de Exclusión.

- Pacientes que no contaron con expediente clínico completo

MATERIAL Y METODOS

Los pacientes fueron captados de las hojas de consulta (formatos 4-30-6) del Servicio de Urgencias del Hospital de Especialidades “ Dr. Bernardo Sepúlveda G.” del Centro Médico Nacional Siglo XXI, del periodo comprendido del 1º de Enero del 2002 al 31º de Diciembre del 2004 y que contaron con el diagnóstico de cuerpo extraño colorectal.

En los meses de Abril y Mayo del 2005 fueron revisados los expedientes clínicos o notas médicas que se encontraron en el Archivo Clínico del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda G.”y con la información obtenida que fue manejada de manera confidencial se elaboró una base de datos en la que se incluyó el nombre del paciente, afiliación, sexo, edad, ocupación, estado civil, preferencia sexual, tipo de cuerpo extraño encontrado, tipo de lesión colorectal, terapéutica empleada para la remoción del cuerpo extraño y complicaciones presentes. (Anexo I). Posteriormente se elaboraron los casos clínicos, se hizo el análisis de los resultados con los casos encontrados y una revisión de la literatura médica. Se presentaron los casos para su difusión en este mes de Agosto del 2005.

ANALISIS ESTADISTICO

Para la interpretación de los resultados se recurrió al sistema de estadística descriptiva, por las características del estudio.

CONSIDERACIONES ETICAS

Ya que se trató de una Serie de Casos (retrospectiva, observacional y descriptiva), en la que no hubo una intervención física con los pacientes y sólo se hizo una revisión y análisis de la nota médica o del expediente clínico, no se requirió de hoja de consentimiento informado y autorización por parte del paciente, ya que el formato del estudio no contrapone los principios establecidos por el Comité de Ética.

Este Proyecto de Investigación fue autorizado y aprobado por el Comité Local de Investigación del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda G.” del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS con el número de registro 112/05 y el de la U.M.A.E. 3601-112-2005.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

a) Recursos Humanos.

- Médico residente de Cirugía General
- Asesores

b) Recursos Materiales

- Departamento del SIMO
- Archivo Clínico del HE del CMN SXXI
- Material de oficina y equipo de cómputo

c) Recursos Financieros

- Propios de la Institución
- Propios del Investigador

RESULTADOS

Para el presente estudio fueron incluidos 3 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias durante el periodo del 1º de Enero del 2002 al 31 de Diciembre del 2004.

Caso 1.

Antecedentes:

Femenino de 34 años, ama de casa, con antecedente de crisis convulsivas e hidrocefalia secundaria a neurocisticercosis de 2 años de evolución, por lo que requirió colocación de válvula de derivación ventrículo-peritoneal (DVP) y que ameritó recambio al año.

Ingresa al servicio de urgencias con cuadro de 1 semana de evolución caracterizado por salida de cuerpo extraño (dispositivo de plástico) por región rectal posterior a defecar, y el cual se reducía espontáneamente.

Examen Físico:

Consciente, alerta, orientada, hidratada, adecuada coloración de tegumentos, afebril, no datos de focalización, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando depresible, peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal, exploración rectal presencia de cuerpo extraño (dispositivo de plástico), sin datos de hemorragia, mucosa anal integra.

Signos vitales: 130/90, FC 80x', FR 20x', Temp. 36oC.

Diagnóstico:

Colonoscopia: Con el paciente en decúbito supino y previa administración de butilioscina 20 mg IV, se realiza lubricación y dilatación del conducto anal, se introduce colonoscopio Pentax por ano hasta una distancia de 60 cm., llegando a colon descendente y por mala preparación se retira colonoscopio sin complicaciones. Con hallazgos de catéter de derivación ventrículo-peritoneal en colon descendente con orificio de entrada a 60 cm del margen anal. Diagnostico: Catéter de derivación ventrículo peritoneal en colon descendente. Se preparo para cirugía.

Laboratorios: HB 12.5, Hto 40.9, Leuc 8000, TP 13.3"/12", TTP 35.2"/30", Gluc 96, Urea 17, Cl 107, K 3.5, Na 139.

Tratamiento Quirúrgico:

Se realiza Laparotomía exploradora (LAPE) para extracción de cuerpo extraño. Con la siguiente técnica quirúrgica, bajo anestesia general balanceada, paciente en posición de Lloyd-Davies, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles, se realiza incisión supra e infraumbilical hasta cavidad abdominal, se localiza catéter de DVP derecho adherido a epiplón y colon transverso, se libera y se extrae de cavidad abdominal, se continua exploración abdominal y localización de catéter de DVP izquierdo que perfora colon descendente distal al ángulo esplénico, se realiza colotomía se extrae catéter, se realiza cierre de colotomía en dos planos, primer plano con vicryl 3 (0) y segundo plano con seda 3 (0), se verifica hemostasia, y se sutura pared abdominal

por planos, aponeurosis con vicryl del 1 y piel con nylon 3 (0), terminando procedimiento sin complicaciones.

Evolución:

Convalecencia satisfactoria, con manejo conjunto con el servicio de Neurocirugía y con retiro de sistemas de derivación ventriculares exteriorizados, quirúrgicamente evoluciono afebril, tolerancia a la vía oral, dolor leve en herida quirúrgica, con escaso exudado seroso, peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal, canalizando gases intestinales, con integridad de esfínteres anales, y egresándose por mejoría al 6º día postoperatorio y continuar a cargo de Neurocirugía por patología de fondo.

Caso 2.

Antecedentes:

Masculino de 38 años, empleado, heterosexual sin antecedentes de importancia.

Ingresa al Servicio de Urgencias con cuadro de 2 horas de evolución al estar jugando con un pepino (cuerpo extraño) que se introdujo por vía anal, el cual fue succionado al perder el control.

Examen Físico:

Consciente, inquieto, hidratado, adecuada coloración de tegumentos, afebril, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando depresible, peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal, a la exploración digito rectal palpación de cuerpo extraño por abajo del ampulla rectal, esfínter anal laxo, con descarga de moco transanal, sin datos de hemorragia.

Signos vitales: TA 100/60, FC 92x', FR 20x', Temp. 36.2oC.

Diagnóstico:

Examen digito rectal: con presencia de cuerpo extraño en orificio anorectal, sin evidencia de sangrado e integridad esfínteriana.

Tratamiento:

Se realiza remoción del cuerpo extraño en sala de urgencias. Se colocó al paciente en posición de Simms en decúbito lateral izquierdo, con las rodillas flexionadas contra el tórax, bajo bloqueo perianal con lidocaina al 1 %, para obtener relajación de los esfínteres, se introduce especulo anal, se visualiza cuerpo extraño y es pinzado con un tenaculum y es extraído sin aparentes complicaciones.

Evolución:

Convalecencia satisfactoria, con dolor leve en región anal por manipulación, se introdujo nuevamente especulo anal previa dilatación digital para verificar mucosa anal conservada, integridad esfinteriana y no datos de sangrado. Se manejo ambulatoriamente y se egreso a su domicilio.

Caso 3.

Antecedentes:

Masculino de 30 años, empleado, heterosexual sin antecedentes de importancia.

Ingresa al servicio de urgencias refiriendo que al tener relaciones sexuales con su pareja y de manera accidental se introdujo tubo de vidrio (cuerpo extraño) el cual fue succionado por el ano, presentando dolor anal importante.

Examen Físico:

Consciente, orientado, hidratado, adecuada coloración de tegumentos, afebril cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso por pániculo adiposo, blando, depresible, peristalsis normal, sin datos de irritación peritoneal, a la exploración rectal con palpación de cuerpo extraño en ampulla rectal, con desgarró de la mucosa anal, esfínter anal íntegro, sin presencia de sangrado activo.

Signos vitales: TA 120/80, FC 74x', FR 20x', Temp. 36oC

Diagnóstico:

Examen dígitó rectal: presencia de cuerpo extraño en ampulla rectal, con desgarró de mucosa anal, sin sangrado activo.

Radiografía de abdomen en bipedestación y decúbito dorsal, corrobora presencia de cuerpo extraño radio opaco, integro, en ámpula rectal, sin presencia de niveles hidroaereos, ni aire libre subdiafragmatico.

Tratamiento:

Se realiza proctoscopia y remoción del cuerpo extraño en la sala de urgencias. Se coloco al paciente en posición de Simms en decúbito lateral izquierdo, bajo sedación, bloqueo anal en los cuatro cuadrantes con monitorización de presión arterial, frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno, se efectúa dilatación digital suave, se introduce especulo anal, se visualiza cuerpo extraño y se extrae sin aparentes complicaciones. Se introduce nuevamente especulo anal para evaluar la mucosa rectal con mínimo desgarro, sin presencia de sangrado activo, sin datos de perforación rectal y con integridad esfinteriana.

Evolución:

Convalecencia satisfactoria, con dolor mínimo en región anal por procedimiento invasivo, presentando evacuación posterior, sin presencia de hemorragia. Se manejo como ambulatorio y se egreso para continuar control externo con signos de alarma abdominal.

ANALISIS DE RESULTADOS

En el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI en el periodo comprendido del 1º. Enero del 2002 al 31 de Diciembre del 2004 encontramos 3 casos clínicos con cuerpo extraño colorectal.

De acuerdo al sexo correspondió 1 al sexo femenino y 2 al sexo masculino. En lo referente a la edad nuestros casos se encontraban en la 4ª. década de la vida.

En nuestra serie de casos encontramos dos tipos de situaciones que originaron la presencia o retención de un cuerpo extraño en la región colorectal: la primera de origen terapéutica o diagnóstica (**Caso 1**) en la cual estuvo implicado un catéter de derivación ventrículo peritoneal (DVP) que perforó colon, alojándose en la región anorectal. Y la segunda correspondió al autoerotismo transanal (**Casos 2 y 3**), negando tener preferencias sexuales homosexuales que coincide con lo descrito en la literatura médica en la que pocas veces el paciente admite su preferencia sexual.

En cuanto al diagnóstico el primero de nuestros casos fue evaluado con colonoscopia y posteriormente resolución quirúrgica a través de una laparotomía exploradora, la cual se justifico por los hallazgos de perforación colonica.

En los otros dos casos en relación a la localización anatómica del cuerpo extraño y tomando como referencia el ámpula rectal (Clasificación del Dr. Eftaiha), los pacientes fueron evaluados de manera adecuada: examen digito rectal, proctoscopia y estudios de

gabinete lo que se realizó un manejo acertado con la remoción del cuerpo extraño en la sala de urgencias, lo que permitió su alta del servicio el mismo día de su ingreso.

Las complicaciones presentes en nuestra serie de casos fueron la perforación colónica (**Caso 1**) que requirió de manejo quirúrgico y la laceración de la mucosa anal no perforante (**Caso 3**), manejado conservadoramente al descartarse hemorragia activa y/o perforación transmural rectal, con seguimiento por la consulta externa.

CONCLUSIONES

Los cuerpos extraños colorrectales en décadas pasadas representaban situaciones poco comunes y en la actualidad se observan con mayor frecuencia, debido al aumento de prácticas sexuales de preferencias sexuales homosexuales.

La remoción del cuerpo extraño representa un desafío terapéutico para los médicos, que son frecuentemente llamados para la extracción de cuerpos extraños del tracto gastrointestinal ya que no existe un consenso generalizado de cual es la manera más efectiva de remover cuerpos extraños mientras se vigila y se alivia al paciente y el de no causarle lesiones adicionales al complejo esfinteriano y recto.

El cirujano debe tener presentes diversos aspectos al examinar a un paciente con un cuerpo extraño retenido en región colorrectal; como el tipo de lesión presente, forma de remoción, lugar de la remoción, tipo de anestesia si se requiere, posición ideal del paciente para su adecuada extracción y en dado caso y de suma importancia la posible transmisión de una enfermedad sexual que sugiere una probable infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, sífilis o hepatitis B.

TABLAS E IMÁGENES.

Tabla 1. Cuerpos Extraños Colorectales en el Hospital de Especialidades CMN SXXI.

Variable	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Cuerpo Extraño	Catéter DVP	Pepino	Tubo cristal
Sexo	Fem.	Masc.	Masc.
Edad	34 a	38 a	30 a
Ocupación	Ama de casa	Empleado	Empleado
Preferencia sexual	Heterosexual	Heterosexual	Heterosexual
Método diagnóstico	Colonoscopia	EDR	EDR-Rx Proctoscopia
Lugar procedimiento	Quirófano	Urgencias	Urgencias
Procedimiento	LAPE Extracción	Remoción	Remoción
Sitio anatómico	Colon descendente	Recto	Recto
Complicaciones	Ninguna	Ninguna	Desgarro mucosa rectal
Seguimiento	Alta	Alta	Alta

*DVP: Derivación Ventrículo Peritoneal / EDR: Examen Digital Rectal



Imágenes 1 y 2. Tubo Metálico



Imágenes 3 y 4. Botella de cristal.



Imágenes 5 y 6. Palo de madera.

ANEXOS

Anexo I. Formato de recolección de datos

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
SERVICIO DE CIRUGIA DE COLON Y RECTO

1. Nombre: _____
2. Afiliación: _____ 3. Sexo M () F ()
4. Edad: _____ años 5. Ocupación: _____
6. Preferencia sexual: _____ 7. Fecha de diagnóstico realizado _____
8. Fecha de procedimiento realizado: _____
9. Cuadro clínico de presentación: _____

10. Estudios realizados:
Rayos X Si () No () Especifique: _____
Examen Digital Rectal Si () No ()
Proctoscopia Si () No ()
Otros Si () No () Especifique: _____
11. Diagnóstico inicial: _____
11. Lugar donde se realizó procedimiento: Urgencias () Quirófano ()
12. Procedimiento realizado: _____
13. Hallazgos (Cuerpo extraño): _____
14. Sitio anatómico afectado:
a) Colon: Apéndice () Ascendente () Transverso ()
Descendente () Sigmoides ()
b) Recto: Tercio superior () Tercio medio () Tercio Inferior ()
15. Complicaciones: _____
16. Seguimiento: Si () No () Alta ()
17. Comentarios: _____

BIBLIOGRAFIA

1. Nehme KA, Abcarian H. Colorectal Foreign Bodies. Management Update. Diseases of the Colon and Rectum 1985; 28(13):941-4.
2. Crass RA, Tranbaugh RF, Kudsk KA, Trunkey DD. Colorectal Foreign Bodies and Perforation. The American Journal of Surgery 1981; 142: 85-88.
3. Barone JE, Norman S, Nealon TF. Perforations and Foreign bodies of the Rectum: Report of 28 cases. Annals of Surgery 1976; 185(5): 601-3
4. Eftaiha M, Hambrick E, Abcarian H. Principles of Management of Colorectal Foreign Bodies. Archives of Surgery 1977; 112:691-5.
5. Current Surgical Teraphy. Cameron JL. Cap. Cuerpos Extraños en Recto (Large Bowel). Vol .II,7a. Edición. E.U. Edit Mosby 2001; pp 315.
6. Biriukov IV, Volkov OU, An VK, et al. Treatment of patients with foreign bodies in rectum. Khirurgiia 2000; (7): 41-3
7. Oor BS, Hu YH, Eu KW, et al. Management of anorectal foreign bodies a cause of obscure anal pain. Aust NZ Journal Surgery 1998; 68(12): 852-5
8. Weinstein MA, Sohn N, Robbins RD. Syndrome of Pelvic Cellulitis Following Rectal Sexual Trauma. American Journal Gastroenterology 1981 ; 75 (5) : 380-1
9. Subbotin VM, Davidov MI, Fainshtein AV. Foreign bodies of the rectum. Vestn Khir Im I Greek 2000; 159(1): 91-5
10. Gunn A. Intestinal perforation due to swallowed fish or meat bone. The Lancet 1966; (15):125-28.
11. Maleki M, Evans WE. Foreign-body perforation of the intestinal tract. Report of the 12 cases and review of the literature. Archives of Surgery 1970; 101:475-77.

12. Moreira CA, Wongpakdee S, Gennaro AR. A Foreign Body (chicken bone) in the rectum causing extensive perirectal and scrotal abscess: report of a case. Diseases of the Colon and Rectum 1975;18(5):407-9.
13. Preston HJ, Marice HP, Byron GT. Method of removing a hollow object from the rectum. Diseases of the Colon and Rectum 1976;19(1):44-6
14. Clarke DL, Buccimazza I, Anderson FA, Thomson SR. Colorectal foreign bodies. Colorectal Disease 2005;7(1):98-103.
15. Yaman M, Deitel M, Burul CJ, et al. Foreign bodies in the rectum. Canadian Journal Surgery 1993; 36(2):173-7
16. Barone JE, Yee J, Nealon TF. Management of Foreign Bodies and Trauma of the Rectum. Surgery, Gynecology and Obstetrics 1983; 156: 453-7
17. Siroospur D, Dragstedt L. A Large Foreign Body Removed Through the Intact Anus. Diseases of the Colon and Rectum 1975;18(7):616-19.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**