

CUERPO EXTRAÑO EN TRACTO GASTROINTESTINAL

* Dr. Héctor Otero Cruz

* Dra. Yudelka Peralta García

* Dra. Elsa M. Peña Lara

Resumen

Se presenta un estudio de cuerpo extraño en tracto gastrointestinal realizado en el período comprendido entre 1989-1990 en el Hospital Dr. Robert Reid Cabral.

Diez casos son reportados.

Los objetos metálicos fueron los más frecuentemente reportados (60%). Entre las manifestaciones clínicas predominaron las náuseas y los vómitos, presentes en un 40% de los pacientes.

La radiografía simple de abdomen, fue el principal procedimiento diagnóstico auxiliar utilizado.

Resalta que la totalidad de los afectados logró la evacuación del cuerpo extraño antes de las 48 horas.

Se llama la atención sobre el seguimiento conservador de este problema.

Cuerpo extraño en tracto gastrointestinal

Abstract

A study about foreign body in the gastrointestinal tract was made between 1989-1990 at Dr. Robert Reid Cabral Hospital.

Ten cases are reported

The most frequently report objects were the metallic ones, about 60%. The predominating clinical manifestations were nausea and vomiting, present in 40% of the patients.

The x-ray film of the abdomen was the main auxiliary diagnostic tool.

It is important to remark, that all patients evacuated the forcing body within the first 48 hours.

We recommend a conservative management of this problem.

Forcing body in the gastrointestinal tract

* Del Servicio de Cirugía, Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, República Dominicana

INTRODUCCION

Se considera cuerpo extraño en el tracto gastrointestinal, al objeto que por distintas circunstancias accidentales, traumáticas o iatrogenicas, se encuentre en este aparato¹.

En la mayoría de los casos se presenta entre los 3 y 6 años de edad, siendo la principal causa el descuido, negligencia y el abandono de las personas^{1,2}.

Es importante tener en cuenta el tipo de cuerpo extraño. Los menos peligrosos y los más corrientes son los objetos redondeados, como bolitas de cristal etc.^{1,3}.

Otro grupo está compuesto por objetos punzantes como alfileres, agujas, clavos y un último grupo que consiste en artefactos largos y finos, que producen complicaciones a causa de su longitud². Fig No. 1.

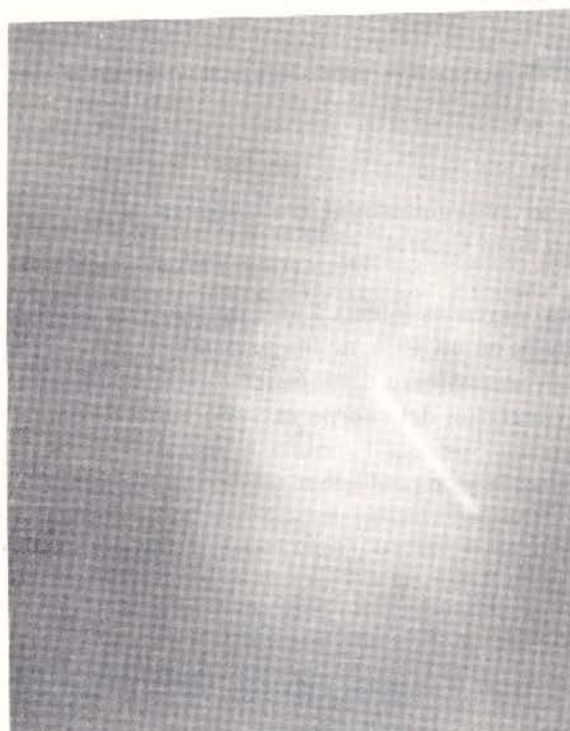


FIG. 1. SE OBSERVA CUERPO EXTRAÑO METALICO EN TRACTO INTESTINAL.

No existe en nuestro país, ningún estudio que oriente, sobre este problema, que sin lugar a dudas ha experimentado un incremento en el niño.

Motivados por esta observación, decidimos realizar este trabajo, cuyo objetivo fundamental, es entre otros, cuantificar el número de pacientes asistidos para transmitir los resultados del análisis del problema, a todos aquellos médicos

que en su ejercicio traten pacientes pediátricos.

MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio prospectivo en el cual se estudiaron los pacientes asistidos en el Hospital Dr. Robert Reid Cabral con el diagnóstico de cuerpo extraño en el tracto gastrointestinal en el período comprendido 1989-1990.

Los datos obtenidos de los padres del paciente y del expediente de este fueron asentados en un protocolo previamente elaborado para tales fines y el cual incluyó: edad, sexo, procedencia, desarrollo psicomotor, estado mental, tipo de instrumento, antecedentes, tratamiento y evolución.

Diez niños constituyeron el total de pacientes analizados.

RESULTADOS

Durante el período de estudio fueron atendidos por cuerpo extraño en tracto gastrointestinal diez niños. En la distribución por sexo predominó el masculino con nueve casos (90%).

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE LOS CASOS SEGUN EDAD

EDAD EN AÑOS	No.	TASA EN %
0-2	3	30
2-4	4	40
> 4	3	30
TOTAL	10	100

El grupo de edad mayormente afectado fueron los comprendidos entre los dos y cuatro años, resaltando que hubo tres casos por encima de los diez años. Cuadro 1.

Hubo un solo caso con historia anterior de cuerpo extraño. Las manifestaciones clínicas predominantes fueron náuseas y vómitos. Cuadro No. 2.

Los procedimientos diagnósticos más empleados fueron los radiográficos:

CUADRO No. 2
MANIFESTACIONES CLINICAS

MANIFESTACIONES	No.	TASA EN %
Ninguna	6	60
Vómitos	2	20
Náuseas	2	20
Dolor Abdominal	1	10
Fiebre	1	10
Anorexia	1	10
Dificultad respiratoria	1	10

radiografía-abdominal (60%), radiografía de abdomen (40%) y una de tórax (10%).

No se administró ningún tratamiento previo a su ingreso al hospital a siete niños (70%), en dos

CUADRO No. 3
TIPO DE CUERPO INGERIDO

TIPO DE CUERPO EXTRAÑO	No.	TASA EN %
Clavo	2	20
Moneda	2	20
Aguja	1	10
Tornillo	1	10
Vegetales	1	10
Piedra	1	10
Vidrio	1	10
Perdigones	1	10
TOTAL	10	100

casos se utilizó laxante (20%) y Al restEnta le habían aplicado un enema.

En cuanto al tiempo transcurrido entre la ingesta y la consulta o ingreso al hospital, cuatro pacientes se presentaron antes de las cuatro horas (40%), tres después de las cuatro horas

(30%), dos entre las 12-24 horas (20%) y uno entre 4-12 horas (10%). En relación al tipo de cuerpo extraño fue variado, predominando los objetos metálicos (60%). Cuadro No. 3.

La mitad de los pacientes (5 casos) expulsó el cuerpo extraño luego de 36 horas de haberlo ingerido, cuatro entre 24-36 horas (40%) y uno entre las 12-24 horas (10%).

Ninguno de los pacientes requirió intervención quirúrgica, siendo el tratamiento estrictamente conservador. No hubo mortalidad.

DISCUSION

A partir del momento en que el niño puede agarrar objetos y llevar su mano a la boca es propenso a ingerir toda clase de materias extrañas, desde inofensivos pedazos de peluza de su manta, hasta imperdibles abiertos, esto así por el instinto de exploración del medio y el espíritu temerario e irresponsable de experimentación en el lactante, el preescolar y el niño de menor edad^{2,4}. De acuerdo a algunos autores revisados¹⁻⁴ la mayoría de los casos se presentan entre los seis meses y tres años de edad. Nuestro estudio en cambio reveló una ligera diferencia en este sentido, pues la edad predominante fué de dos a cuatro años.

No observamos diferencias con otros autores^{3,4} en relación al sexo, prevaleciendo también entre nuestros pacientes el masculino sobre el femenino. Pensamos que este predominio podría explicarse por la mayor libertad que tienen los varones en el entorno, no solo familiar sino incluso de la sociedad misma.

Por otra parte es importante resaltar que los niños que acostumbran ingerir objetos pueden tener trastornos conductuales o antecedentes de esta practica. En efecto uno de nuestros investigados tenía historia de ingesta de cuerpo extraño.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, la más frecuentemente reportadas son: dolor abdominal, náuseas, vómitos y fiebre¹⁻⁷.

Sin embargo, de los infantes analizados solo el 40% presentó manifestaciones similares a estas. Una vez en el estómago un 90 a 95% de todos los cuerpos extraños ingeridos pasarán sin originar trastornos por todo el tracto intestinal.

Las zonas que impiden el progreso son el píloro, el duodeno, el ligamento de Treitz, y en ocasiones la región ileocecal¹

El procedimiento diagnóstico más útil es sin lugar a dudas la radiografía abdominal^{3,4} la cual fué empleada en todos nuestros pacientes.

CUADRO No. 4

INGESTION CUERPOS EXTRAÑOS. TRACTO INTESTINAL

TIPOS	ASINTOMATICO	SINTOMATICO	MANEJO
Redondeados	- Manejo conservador	Dolor abdominal	
Puntiagudos	- Manejo ambulatorio	Vómitos ininterrumpidos	
Bacterias	- Aceite mineral	Rectorragia	En todos los casos sintomaticos el manejo es quirurgico
Objetos de plomo *	- Observación de las deposiciones	Enclavamiento 48 horas	
Imperdibles abiertos	- Radiografía	Fiebre persistente	
Pasadores, clavos, vegetales, calcáreos	- No purgantes	Neumoperitoneo Obstrucción intestinal	

* Deben ser intervenidos 24-48 horas después de su ingestión por el contenido tóxico que poseen.

El tipo de tratamiento del niño con cuerpo extraño en el tracto gastrointestinal dependerá de las características no solo físicas de este, sino también de su composición química, pues si bien es cierto que mientras los objetos lisos no representan una urgencia, los puntiagudos deben extraerse rápidamente para evitar una perforación^{1,8}. Los artefactos que contengan plomo no pueden permanecer en el tracto más de dos semanas, luego de su ingestión^{2,9-13}. Este es un criterio que consideramos debe ser asumido conscientemente por quienes tengan responsabilidad pediátrica.

A pesar del largo trayecto que debe recorrer el objeto ingerido, por fortuna en la mayoría de los casos su expulsión es voluntaria^{2,10}, de manera que se debe insistir en el manejo conservador de este problema. Cuadro No. 4.

Es muy rara la obstrucción de la luz intestinal por un cuerpo extraño, más comúnmente el objeto perfora la pared intestinal y pasa con lentitud a la cavidad peritoneal, quedando por lo general la zona tabicada por asas intestinales y epiplón¹.

Las indicaciones para la extracción quirúrgica son el dolor abdominal, vómitos ininterrumpidos o la presencia de sangre en las heces, o en el niño asintomático el hecho de que no haya expulsado el objeto en 4-5 semanas^{2,10}, así como también la intoxicación debida a sustancias nocivas contenidas en el cuerpo extraño.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Benson C D, Mustard W T, Ravitch N, Snyder W H, Welch K J. Cirugía Infantil. Edición Revolucionaria Instituto Cubano del Libro, Cuba, 1967. Tomo II; pags:769-774.
- 2.- Holder T N, Ashcraft K W. Cirugía Pediátrica. México, Nueva Editora Interamericana, 1984. Pag:135-139.
- 3.- Valeria J, Romero H, Torres F. Cuerpos extraños en el tubo digestivo. Cirugía y Cirujanos (Mex) 1980; 48 (2): 132-138.
- 4.- Fucille V, Anza J, Posso R. Cuerpos extraños en el tubo digestivo. Acta Gastroent Lat 1982; 12 (3): 231-236.
- 5.- López R, Hernández E, Gutierrez D. La endoscopia anal, diagnóstico y tratamiento de cuerpos extraños en vías aéreas y digestivas. Ciruj y Ciry (Mex) 1982; 50 (5): 271-290.
- 6.- Smurea A, Cilisio L, Pisoni M. Cuerpos extraños en recto, nuestra experiencia. Prensa Médica Argentina 1986; 73 (19-20): 847-849.
- 7.- Busta D, Fagarrello C, Susana G. Traumatismos de recto por cuerpo extraño. Prensa Médica Argentina 1986; 73 (10): 422-423.
- 8.- San José Gonzales G, Calvo Gridilla J A, De la Calle V. Foreign bodies in the digestive tract. Rev Esp. Enferm Apar Dig 1986; 70 (2): 151-155.
- 9.- Kiely B, Agill D. Ingestion of button batteries. Hazards in management. Br Med J(Clin. Res)1986; 293 (65):30-309

- 10.- Lister J. Complications of pediatric surgery an complications in surgery. Baillieri Tindall. W. B. Saunders. London. 1986; pag. 87.
- 11.- Volle E, Hanel D, Beyer P, Kaufman H J. Ingested foreign bodies: removal by magnet. Radiology 1986; 160 (2): 407-409.
- 12.- David T J, Ferguson A P. Management of children who have swallowed buttons. Arch Dis Child 1986; 61 (4): 321-322.
- 13.- Fernandez-Palacios E, Garcia-Bearl. Our experience with foreign bodies in the gastrointestinal tract. Rev Esp Enferm Apar Dig 1985; 68 (5): 407-412.