

Cuerpo extraño rectal en emergencias: Dos casos clínicos

MANUEL GREZ IBÁÑEZ,¹ ZYANYA LÓPEZ CORTEZ,¹ VÍCTOR ROJAS VILLA,³

Rectal foreign body in emergencies: Two clinical cases

Abstract

Introduction: Rectal foreign body (RFB) poses a challenge for emergency surgeons in diagnosis. Clinical suspicion is essential, along with imaging support, which will allow the most effective removal treatment to be carried out depending on the case.

Objective: To describe the procedures for an anorectal pathology commonly present in emergency services.

Clinical cases: Two cases are reported of men who were admitted to the emergency room with a self-inserted RFB (carrot and screwdriver). Upon admission, they gave a confusing anamnesis, and images were taken to confirm their diagnosis. They required a laparotomy to assist in its transanal removal in the first case and a protective loop colostomy in the second.

Discussion: RFB consultation frequently occurs in male patients who have inserted objects for sexual self-stimulation. Because of the shame and desire to conceal these cases, these patients become "special" patients. Literature reviews and case studies on the subject in particular are scarce.

Keywords: Foreign body, rectum, emergency service

Resumen

Introducción: El cuerpo extraño rectal (CER) plantea al cirujano de urgencias un desafío en el diagnóstico, su sospecha clínica es fundamental junto con el apoyo de imágenes, lo que permitirá realizar el tratamiento de extracción más efectivo según sea el caso.

Objetivo: Describir los procedimientos para una patología ano rectal presente comúnmente en los servicios de urgencia.

Casos clínicos: Se reportan dos casos de hombres que ingresaron a emergencias con un CER auto insertado (zanahoria y destornillador), entregando a su ingreso una confusa anamnesis, tomándose imágenes que certificaron su diagnóstico y que requirieron una laparotomía para ayudar en su extracción transanal en el primer caso y una colostomía de protección en asa en el segundo.

Discusión: La consulta por CER se presenta frecuentemente en pacientes hombres que han introducido objetos por autoestimulación sexual. Por la vergüenza y deseo de ocultamiento en estos casos, convierte a estos pacientes, en pacientes "especiales". Las revisiones bibliográficas y la casuística sobre el tema en particular son escasas.

Palabras clave: Cuerpo extraño, recto, servicio de emergencias

1. Servicio de Urgencia Hospital San Juan de Dios de Curicó.
2. Servicio de Radiología Hospital San Juan de Dios de Curicó.

Correspondencia:

Manuel Grez Ibañez
magrezster@gmail.com

Enviado: 12-07-2024

Aceptado: 16-09-2024

Introducción

Se define al CER como la permanencia en la luz recto colónica de un elemento no fisiológico, con o sin lesión de sus paredes, ingerido, introducido por vía anal o proveniente de órganos vecinos.¹ Los casos más antiguos datan de la antigua Grecia y del antiguo Egipto, su incidencia actualmente es desconocida². La bibliografía del CER es escasa a nivel nacional como internacional, basándose en reportes de casos o series de pacientes a nivel local³. Es común que los pacientes que acuden a urgencias con un CER, en su mayoría hombres, se deba a una inserción transanal del objeto como práctica sexual. Dado que muy pocos pacientes admiten libremente la introducción transanal de estos, los relatos confusos e incompletos dificultan el diagnóstico, retrasan su manejo y aumentan el riesgo de complicaciones.³

Se debe sospechar del diagnóstico cuando un paciente presenta dolor abdominal bajo, pélvico, perianal o hemorragia rectal en el contexto de una historia clínica poco clara.²

La extracción del CER representa frecuentemente un desafío para el cirujano, debido a las diferentes formas, tamaños y materiales del elemento impactado, requiriendo conocimientos de los diversos métodos de extracción, bien sea por vía anal o abdominal y el que represente el menor riesgo posible con el fin de evitar complicaciones.⁴

Caso clínico No.1

Hombre de 61 años con antecedentes de hipertensión arterial y de constipación de seis días de evolución que consultó en el servicio de urgencia refiriendo que: “por motivo de su estitiquez prolongada se había introducido con vaselina en región rectal, un cuerpo extraño vegetal para solucionarlo”. El paciente se encuentra estable, con un examen físico normal. En el tacto rectal se encontró la ampolla

ocupada con un CER.

Se procedió a tomar radiografía de abdomen simple que resultó normal (Figura 1) y luego se solicitó un TAC de abdomen y pelvis, el que evidenció un cuerpo extraño en parte alta de recto sigma (Figura 2 y 3). El paciente es llevado a pabellón, bajo anestesia espinal, realizando intentos de su extracción manual e instrumental transanal, la cual no fue posible por estar ascendido hacia el colon sigmoidees, por lo que debió complementarse con una laparotomía media infraumbilical, hasta ubicarlo y comprimir externamente el asa (ordeño) desplazándose el CER hacia el ano. Finalmente, el paciente estuvo hospitalizado cuatro días, dándose de alta en buenas condiciones.

Caso clínico No. 2

Hombre de 73 años, diabético, hipertenso, que fue traído por su hijo al servicio de urgencia refiriendo que: “Ocho días atrás se había caído en el baño, pegándose en glúteo derecho, quedando con dolor y hematoma local”. En su examen de ingreso se pesquisó parte metálica distal de un destornillador sobresaliendo de parte medial de glúteo derecho con celulitis vecina (Figura 4a). Se tomó radiografía de abdomen simple que mostró imagen radiopaca de la parte metálica del destornillador (Figura 5) y luego un TAC de abdomen y pelvis (Figura 6 y 7).

El paciente es llevado a pabellón, donde, en posición de litotomía se realizó exploración anal bajo anestesia espinal, a través de la ampolla rectal, con separador de Park, se desplazó con pinza Kelly Foerster el destornillador hacia proximal desimpactándolo del glúteo y luego extrayéndose (Figura 4b), quedando perforación de pared de recto inferior la cual se suturo vía transanal. Luego se complementó con una colostomía de protección en asa. Se dejó tratamiento antibiótico endovenoso biasociado. El paciente permaneció hospitalizado por siete días, dándose de alta en buenas

condiciones para un control posterior en policlínico para programar su reconstitución de tránsito.

Discusión

La mayoría de los casos reportados que acuden al servicio de urgencia, se tratan de hombres adultos que se han auto introducido un CER como estímulo sexual anal, que al complicarse (retenerse o perforarse el recto), consultando muchas veces de forma tardía, se convierten en pacientes “especiales”, ya que ellos al conocer su real diagnóstico (haberse introducido un CER) tienen vergüenza, con ocultamiento, evasión o falseamiento de los datos amnésicos, esperando que el médico tratante resuelva su problema sin juzgarlos o discriminarlos, haciendo el menor tipo de preguntas, y llegando a un rápido diagnóstico y tratamiento.

Aunque las revisiones bibliográficas recientes sobre el tema son escasas, existen algunas, entre las que destacan: la de Kurer⁵ de Reino Unido en el 2009, donde se evalúan artículos desde 1950 al 2009 con 193 pacientes, tomando como criterio de inclusión la inserción de CER (no ingerido ni migrado) con una relación de 37:1 de hombres a mujeres y una media de 44 años. La mayoría se solucionó con extracción transanal antes de las 24 horas de su introducción.

El estudio de Montoya² en Colombia en el 2018, describe un enfoque del manejo del CER clasificándolos según su tipo, cuadro clínico, hallazgos en el examen físico, los estudios diagnósticos imagenológicos a realizar y las técnicas de extracción, acompañando un algoritmo de su manejo y mencionando sus posibles complicaciones.

La de Kasotakis⁶ de USA en el 2012, junto con reportar un CER (un huevo de mármol de 12x8 cms. que necesitó una laparotomía para facilitar su extracción) realiza además una revisión del tema y presenta un algoritmo

de tratamiento. Y la de Santiago³ en Chile del 2020, entrega un enfoque en la presentación clínica, el diagnóstico y el manejo del CER.

Igualmente, la casuística hispano americana reciente también es escasa entre las que destacamos: La argentina de Castiglioni¹ del año 1998 con 74 casos en 16 años a partir de 1972; la española de Rodríguez Hermosa⁷ del año 2001 con 6 casos en 2 años; la mejicana de Camacho⁸ del año 2009 con 34 casos en 4 años; y la chilena de Rodríguez C⁹ del 2019 con 18 pacientes en 5 años, orientadas al tratamiento de CER. No fueron encontrados casos en la región reportados sobre este tema.

Resulta interesante que dos revistas publicaran como “imagen del mes” sendos CERs: Rossi⁴ en México reportando un consolador y Romera¹⁰ en España, un destornillador, que resulta similar a las imágenes del caso 2 que reportamos, con la diferencia que el destornillador con la aguzada punta metálica perforó el recto y el glúteo derecho.

En el intento de extracción transanal, puede usarse un anoscopio, un proctoscopio y/o un espéculo que facilitan la visualización directa y la extracción de los CER. Si se palpa, bajo anestesia espinal, se puede dilatar el ano digital o instrumentalmente, tratando de tomarlo para extraerlo.²⁻⁶ En algunas ocasiones, la mucosa rectal puede adherirse firmemente al objeto, generando un vacío que impide que sea extraído. Se puede pasar una sonda Foley por detrás del objeto con insuflación de aire con el fin de quitar el vacío que puede permitir la remoción con una tracción sutil.² Debido a que a veces el grado de adherencia es mayor impidiendo que la sonda pase, recomendamos, siguiendo el mismo principio del vacío que existe a proximal, sobrepasarlo con un elemento más duro y rígido como lo es el “gum elastic bougie” (introduccion endotraqueal) el que luego guiará un tubo endotraqueal (al igual que en la intubación orotraqueal) venciendo así la presión negativa que dificulta la extracción del CER y luego, igualadas las

presiones, esperar que los movimientos peristálticos lo desplacen a distal.

En los presentes casos reportados, ambos pacientes demoraron en asistir a urgencias, y cuando consultaron entregaban datos anamnésticos confusos. En el segundo caso, a pesar de su rotura transrectal y absceso glúteo secundario. Los CERs se pesquisaron en el tacto rectal. En ambos casos se solicitaron radiografía de abdomen simple (Fig. No. 1 y 5), siendo negativa en el caso de la zanahoria por ser radiolúcida. Se complementa los diagnósticos con imágenes de TAC de abdomen y pelvis (Fig. No 2, 3, 5 y 7).

Creemos que, en el primer caso al intentar extraer la zanahoria en pabellón, se podría haber realizado la maniobra descrita anteriormente, para igualar las presiones intraluminales, introduciendo un tubo endotraqueal, pudiéndose haber evitado así la laparotomía exploradora. Sin embargo, en ambos casos debieron ser llevados a pabellón para intentar su extracción manual transanal y al final requirieron cirugía abdominal, el primero para realizar una laparotomía para “ordeñar” el CER hacia distal y el segundo para confección de colostomía en asa de protección.

Al examinar al segundo paciente, que refería una caída de nivel, se pudo apreciar el glúteo derecho transfixiado totalmente con el vértice metálico y puntiagudo de un destornillador, visualizándose desde el exterior (Fig. No. 4a) (creemos que una exteriorización cutánea de una parte del CER, nunca antes ha sido reportada). Cabe asombrarse y preguntarse cuál pudo haber sido el mecanismo que lo originó, pudiendo entenderse mejor al examinar las imágenes del TAC lateral (Fig. No. 6 y 7), donde se determina que el mango del CER habría sido “succionado” hacia la parte más proximal del colon, y luego por movimientos peristálticos habría sido desplazado hacia el recto, encontrándose entonces con la importante curvatura que se produce en la unión recto sigmoidea, dirigiéndose la parte más

aguzada, metálica y rígida del destornillador, en forma recta, produciendo así la perforación de la pared posterior del recto y luego atravesando los músculos glúteos hasta llegar a asomarse en la superficie cutánea.

Los reportes sobre el uso del destornillador como CER son escasos, y que estos se compliquen con una perforación rectal son más raros aún. Shaban,¹¹ el 2019 reportó el caso clínico de un CER con perforación y absceso local secundario, y realiza revisión de la literatura específica sobre esta complicación y la reparación posterior del colon. Sharif¹² desde Irán reportó hace un año, el caso de un adulto con un destornillador introducido al recto consignando, que los casos más comunes son la auto inserción voluntaria del CER como objeto de estimulación sexual.

Referencias

1. Castiglioni RG, Zanoni LA; Espeche AN, Turkienicz E. Cuerpos extraños en recto y colon. *Rev. argent. coloproctología*. 1998;9(1): 71-78.
2. Montoya Botero, JA, Medellín Abuela AY, Obando Rodallega A, Cardona Gaviria H, Martínez Jaramillo CE, Mateus Barbosa LM, ... Senejoa Nuñez, NJ. 2018. Enfoque del manejo de cuerpos extraños colorettales: Revisión de la literatura. *Revista colomb. Gastroenterol*;33(1), 49–56. doi: <https://doi.org/10.22516/25007440.231>.
3. Santiago Hermosilla I, Peña Zacconi J, González Johnson L, Vicuña Viera E. Cuerpos extraños rectales. Revisión bibliográfica actualizada *Rev Chil Estud Med*. 2020; 3(1): 9-14.
4. Rossi UG, Squarza S y. Cariati M. Cuerpo extraño rectal. Imagen clínica *Rev Gastroenterol Méx*. 2017;82(3): 255-256. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rgmex.2017.03.011>.
5. Kurer MA, Davey C, Khan S, Chintapatla S. Colorectal foreign bodies: a systematic review. *Colorectal Dis*. 2010;12(9):851-61. doi: 10.1111/j.1463-1318.2009.02109.x.

- 6.G. Kasotakis, L. Roediger, S. Mittal, Rectal foreign bodies: A case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep.* 2012;3(3): 111-115 doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2011.11.007>.
- 7.Rodríguez Hermosa JI, Codina Cazador A, Alayrach Vilella J et al. Cuerpos extraños en el rectosigma. *Cir Esp.* 2001;69: 404-407.
- 8.Camacho Aguilera JF, García Govea F y Reyes Escanilla. A Cuerpos Extraños en el recto. 2009;31(2):97-104.
- 9.Rodríguez CT y Mora PC. Tratamiento del cuerpo extraño rectal en un Servicio de Urgencia *Rev Cir* 2019;71(6):518-522.
10. Romera Barba E, González Navarro M, Vázquez JL. Cuerpo extraño rectal. La imagen del mes. *Circ Esp.* 2017;95(3): 169. doi: [10.1016/j.ciresp.2016.12.009](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.12.009).
11. Shaban Y, Elkbuli A, Ovakimyan V, Wobing R., Boneva D, McKenney M, y Hai S. Rectal foreign body causing perforation: Case report and literature review. *Ann. Med. surg.* 2019;47: 66–69. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2019.10.005>.
12. Sharif MR, Alizargar J. Self-insertion of a screwdriver into the rectum for sexual pleasure: a case report. *Australas. J. Paramed.* 2013;10(1):1-2. doi: <https://doi.org/10.33151/ajp.10.1.47>



Figura 1: Radiografía de abdomen simple anteroposterior. No se visualiza imagen sugerente de cuerpo extraño intrarrectal.

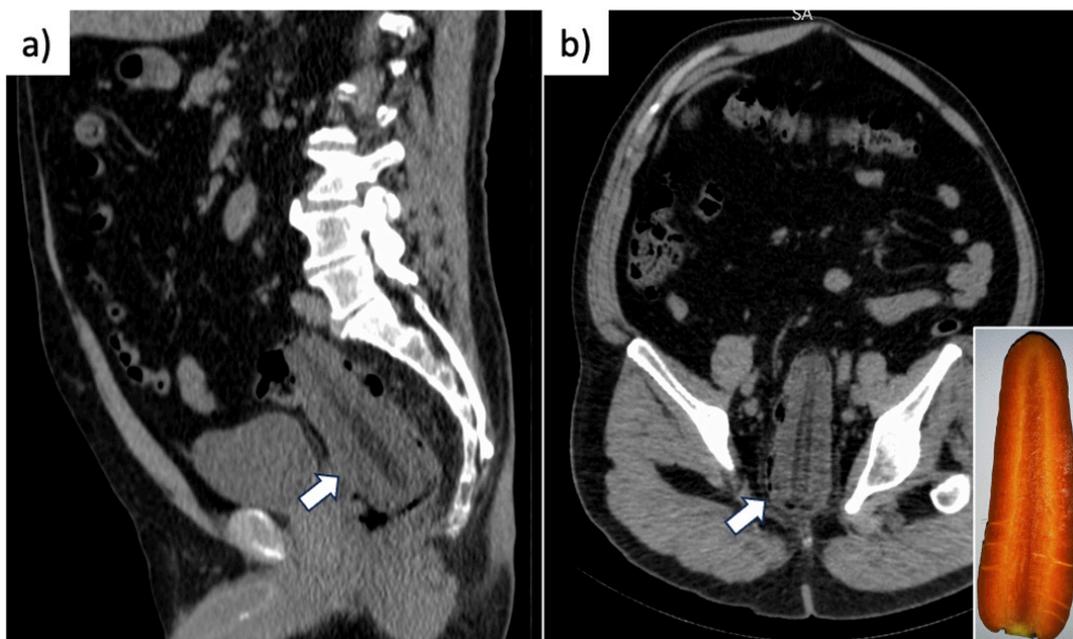


Figura 2: Tomografía axial computada (TAC) de abdomen y pelvis, reconstrucción a) sagital y b) coronal oblicua. Se observa cuerpo extraño rectal con morfología de zanahoria (flecha). En borde inferior izquierdo: corte longitudinal de zanahoria de características similares a hallazgo tomográfico.

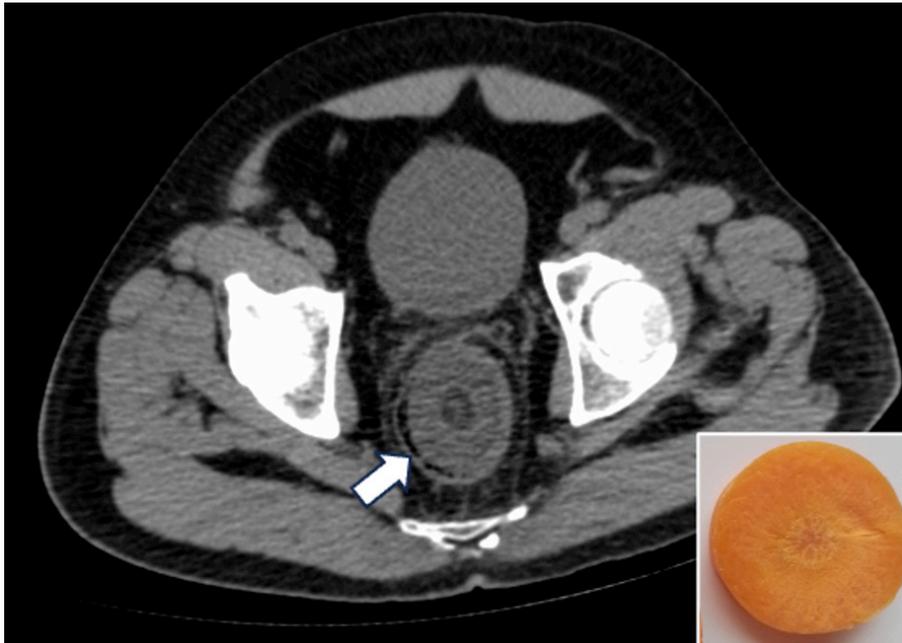


Figura 3: TAC de abdomen y pelvis, reconstrucción axial, donde se visualiza cuerpo extraño en recto (flecha). En borde inferior izquierdo, corte transversal de una zanahoria donde se distingue desde fuera hacia el centro: La corteza, la floema, el cambium, la médula o xilema.

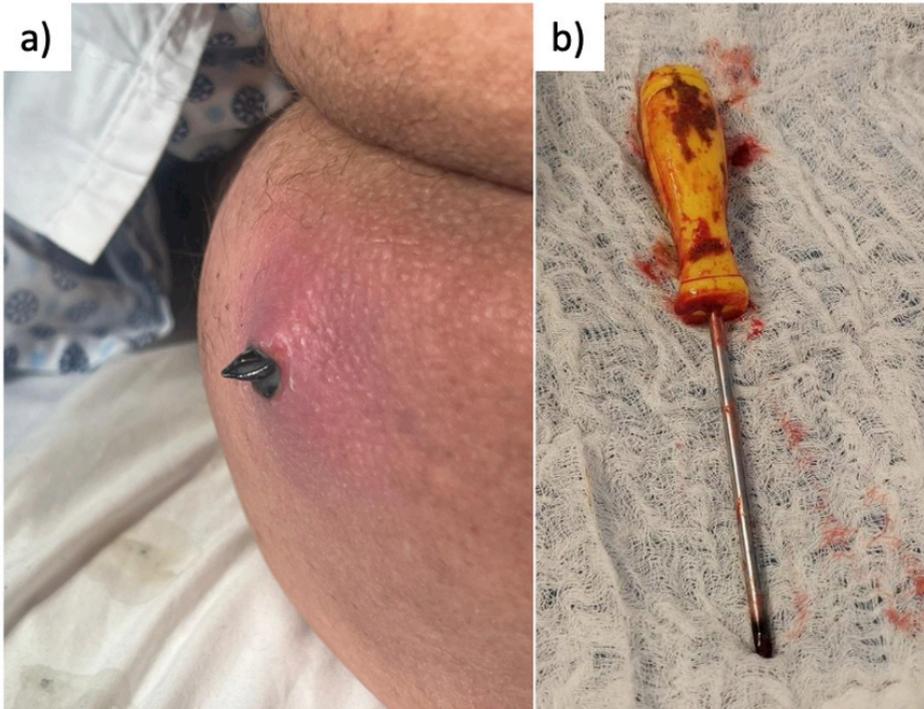


Figura 4: a) Perforación del glúteo derecho con celulitis del subcutáneo vecino por parte distal metálica de destornillador b) Destornillador recién extraído en pabellón quirúrgico, con restos de heces sanguinolentas en su mango y sobre una compresa.

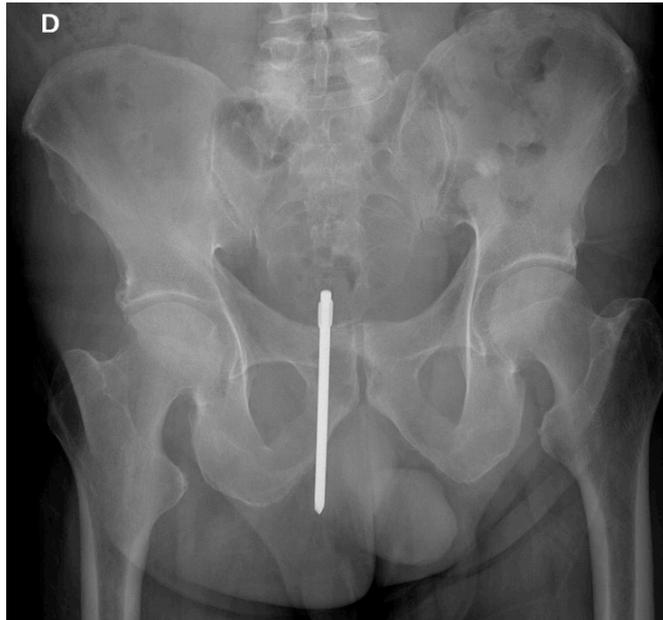


Figura 5: Radiografía de pelvis anteroposterior. En la excavación pelviana es visible imagen lineal radiopaca con punta orientada hacia caudal compatible con elemento metálico del destornillador.

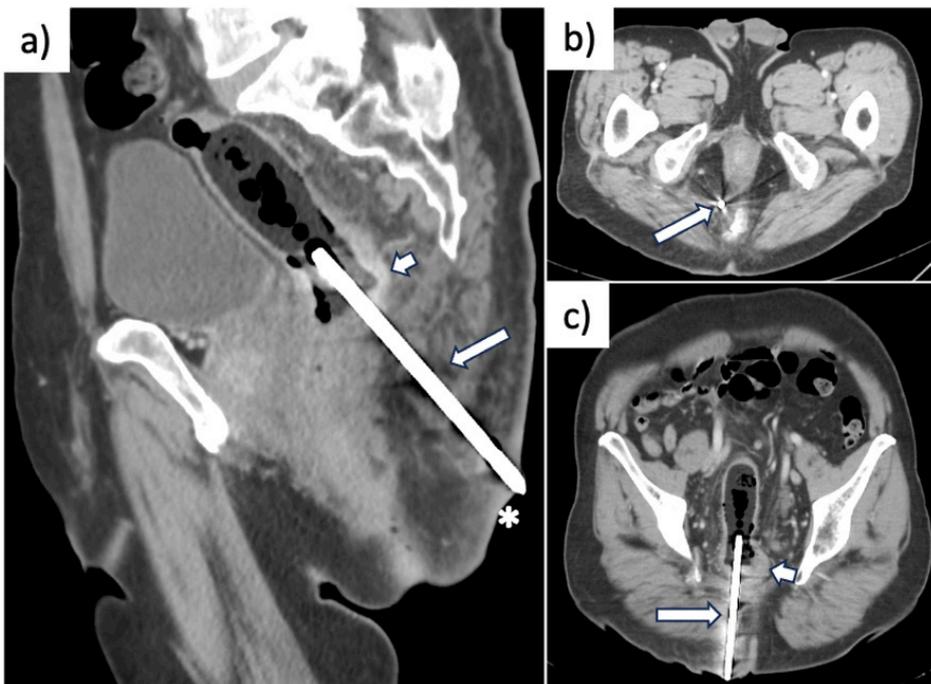


Figura 6: TAC de abdomen y pelvis, fase portovenosa, reconstrucción a) sagital, b) axial y c) coronal oblicua. Cuerpo extraño compatible con destornillador cuyo mango se encuentra en tercio superior de lumen rectal. La porción metálica del destornillador (flecha larga) perfora a nivel de la flexura rectal sacra (flecha corta) siguiendo un trayecto extraluminal a través de fosa isquirrectal derecha. Asterisco (*) indica salida de la punta del destornillador visible al ex físico.



Figura 7: Reconstrucción 3D sagital de TAC de abdomen y pelvis. Cuerpo extraño compatible con destornillador cuyo mango se encuentra impactado en tercio superior del recto, con porción metálica que perfora recto en su flexura sacra y sigue trayecto por el plano graso de la fosa isquiorrectal.