



# Cuerpos extraños rectales

AUTORES: INTERNA. IGNACIA SANTIAGOHERMOSILLA

PROF.DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNANDEZ

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA SUR

FACULTAD DE MEDICINA

## **Introducción**

Los cuerpos extraños rectales (CER) son una condición cuya incidencia ha aumentado en los últimos años, si bien existen escasos datos epidemiológicos confiables a la fecha, debido a que la mayoría de la literatura describe la experiencia local de cada centro o reportes de casos individuales. (1, 2,3).

El diagnóstico de estos casos puede ser dificultoso, ya que los pacientes suelen entregar relatos confusos o incompletos que retrasan además su manejo y aumentan el riesgo de complicaciones. La extracción de estos objetos representa frecuentemente un desafío para el cirujano debido a las diversas formas, tamaños y materiales del elemento impactado; requiriendo conocimiento de los diversos métodos de extracción, con el fin de evitar complicaciones (1,2,4,5).

El objetivo de esta revisión es describir y analizar las publicaciones nacionales e internacionales respecto a la presentación, diagnóstico y manejo de pacientes con CER durante la última década.

## **Materiales y métodos**

Se realizó una revisión de bibliografía en las bases de datos Medline (PubMed) y Google Académico, incluyendo publicaciones desde el año 2010 al 2020. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron “rectal”, “foreignbody” / “foreignbodies”, “recto” y “cuerpo extraño” / “cuerpos extraños”; seleccionando revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones bibliográficas y estudios retrospectivos de series de casos.

## **Resultados**

En total se obtuvieron 29 resultados en la búsqueda, de la cual se seleccionaron 8 publicaciones, eliminándose aquellas publicaciones enfocadas en cuerpos extraños extrarrectales o lesiones rectales de otras etiologías; y reportes de casos individuales.

- Epidemiología

De acuerdo con la literatura, existe un predominio masculino en los pacientes con CER, variando esta relación entre 6:1 y 28:1; con mayor incidencia entre los 20-40 años. (1,2,3,4) Si bien la incidencia exacta es desconocida, en EEUU se describen 0.15 casos por 100.000 habitantes(1). En un metaanálisis de Ploner M. et Al, se reporta que en un 35.8% de los casos, los objetos fueron introducidos como estimulación sexual, en su mayoría auto insertados, con un 50.6% de casos sin causa reportada y un 5.2% secundarios a una agresión por terceros.

En cuanto al tipo de cuerpo extraño retenido, el mismo estudio informó que de 303 casos incluidos, un 35.7% correspondieron a dispositivos sexuales, un 17.5% a botellas de vidrio, 11.2% a alimentos y un 14.5% a “otros”, dentro de los que se incluyen: Ampolletas, botellas plásticas. Velas, huesos, entre otros (1).

- Clínica

Las publicaciones describen dificultades en el diagnóstico temprano, principalmente debido a historias confusas o incompletas entregadas por los pacientes como resultado de problemas psico-sociales y/o vergüenza. (2,3,4,5) Dentro de la historia clínica, es de gran importancia obtener información sobre el tipo de objeto inserto, con el fin de programar el posterior manejo, y realizar una detallada exploración física, con examen ano-rectal y abdominal, en busca de complicaciones y más información sobre la ubicación y características del cuerpo extraño. (1,4,5)

Los síntomas cardinales descritos son el dolor anal o constipación. Se reporta además la posible presencia de sangrado, incapacidad de micción, dolor abdominal en cuadrantes inferiores, incontinencia anal, diarrea o sepsis (hipotensión, taquicardia e irritación peritoneal) en caso de perforación; o con colapso cardiovascular en pacientes utilizados para tráfico de drogas que presenten rupturas de ovoides. (1,3,)

Los pacientes suelen tener múltiples intentos de extracción fallidos previo a la consulta, resultando en un retraso adicional a la atención médica y un aumento potencial del riesgo de complicaciones asociado con edema y trauma de mucosa, espasmos musculares e íleo intestinal, con posible ascenso de los objetos retenidos. (1,5,6)

- Métodos diagnósticos

Según la información disponible, la mayoría de los CER pueden ser identificados mediante Radiografías (Rx) anteroposteriores y laterales de abdomen y pelvis, permitiendo una aproximación a la ubicación y morfología del cuerpo extraño (2,5,6,7) . Una Rx sin hallazgos, sin embargo, no permite descartar la presencia de algún objeto de menor densidad, como plásticos, velas, frutas, vegetales, entre otros. (5)

La tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis no fue necesaria para el diagnóstico en la mayoría de los casos, aunque es de gran utilidad en la localización de objetos radio opacos y al evaluar posibles abscesos, obstrucciones o perforaciones intestinales. (1,5)

En cuanto a la detección de compartimentos con drogas (ovoides), se ha descrito mayor sensibilidad diagnóstica para la TC de abdomen y pelvis, en comparación con la Rx convencional. (5)

- Tratamiento

Existen múltiples técnicas de extracción descritas en las publicaciones, dependiendo del tamaño, forma y material del cuerpo extraño, así como también de su ubicación, y el riesgo o sospecha de complicaciones asociadas. (1,4,7)

Se ha descrito un efecto de succión en algunos objetos (principalmente vasos, jarros y botellas, en los cuales la cavidad del objeto está orientada a proximal) lo que puede generar el ascenso de éstos, imposibilitando su extracción transanal y aumentando el riesgo de ruptura.

En estos casos, se recomienda flanquear el CER una sonda vesical o sonda de Sengstaken-Blakemore vía transrectal, para contrarrestar el efecto y luego retirarlo con tracción suave.

En el caso de objetos de pequeño diámetro y sin efecto de succión, se describen manejos con fleet enemas o extracción transanal en box de servicios de Urgencias (1,3,4,7).

Cuando el CER está localizado en recto superior o unión rectosigmoidea, la literatura recomienda sedar al paciente y colocarlo en posición de litotomía, con el objetivo de lograr mayor relajación del esfínter anal y permitir el descenso por peristalsis (1,3)

Dentro de los predictores para extracción transanal fallida se describen: CER mayor a 10cm, elementos duros y/o aguzados, CER que hayan migrado a colon sigmoides y aquellos retenidos por más de 2 días. (7)

En caso de una extracción transanal fallida, hay descritas 2 aproximaciones mínimamente invasivas como opción a la laparotomía exploradora: Sigmoidoscopia flexible y TAMIS (Cirugía Transanal Mínimamente Invasiva) (1,3) En aquellos pacientes con signos sugerentes de peritonitis, se recomienda realizar una intervención quirúrgica, privilegiando el abordaje laparoscópico, según el caso y contexto de cada centro. (1,3,4)

Con el objetivo de prevenir complicaciones, las distintas publicaciones recomiendan considerar anestesia regional o general para la extracción transanal, lo que disminuye el tono esfintérico anal, mejora la visualización del objeto y reduce sustancialmente el riesgo de iatrogenia. (1,3,7) En el metaanálisis de Ploner M. et Al, se describe el uso de anestesia general en el 45.2% de los pacientes tratados, mientras que un 29% y 15.7% recibieron sedación y Anestesia Regional/local, respectivamente. (1)

Existe consenso en cuanto a la necesidad de realizar una proctosigmoidoscopia posterior a la extracción del CER, buscando descartar posibles lesiones intestinales o la presencia de otros elementos. (1,3,7)

- Complicaciones

Entre las complicaciones más frecuentemente descritas se encuentran: Laceración del esfínter anal y/o mucosa rectal, obstrucción intestinal, perforación de asas y peritonitis. (1,5,6,7)

Se han descrito técnicas para reparación de perforaciones colorrectales secundarias a CER con abordaje abierto y laparoscópico, así como también con y sin colostomía protectora; con resultados favorables. (1,4,8) En los distintos estudios publicados, se describen hasta un 30,4% de pacientes que presentaron complicaciones post quirúrgicas, entre las que destacan abrasiones (laceraciones y desgarros de mucosa rectal/ esfínter anal), con un 75.7 %, y otras (Hemorragias, sepsis, perforación de hernias y abscesos subhepáticos), en un 13.5%. (1,6,7)

- Discusión

La bibliografía respecto a CER es escasa a nivel nacional como internacional, basándose en reportes de casos o series de pacientes a nivel local, con un número de casos no mayor a 20, lo que dificulta el análisis e impide realizar conclusiones confiables. Del mismo modo, la gran variabilidad de escenarios, dado la multiplicidad de objetos retenidos, y distintos abordajes posibles o recomendados para cada caso; impiden contar con evidencia suficiente para poder desarrollar un manejo estandarizado para esta patología.

Pese a lo anterior, se cuenta con recomendaciones generales que permiten orientar el manejo en base a criterios clave, como la sospecha de complicaciones, tiempo de evolución, ubicación y tipo de cuerpo extraño, entre otras.

Según la experiencia actual, se cree que la incidencia de CER puede aumentar, principalmente debido a cambios culturales y a la búsqueda de la población de diversas formas de gratificación sexual, por lo que es importante que el personal de salud tenga en consideración la posibilidad de un CER en pacientes que se presenten con un cuadro de abdomen agudo, rectorragia o dolor perianal; además de estar familiarizados con las opciones de manejo, para entregar una resolución oportuna o derivar al centro asistencial correspondiente de ser necesario. Es necesario destacar además la importancia de mantener la privacidad del paciente en estos casos, ya que generan frecuentemente cuadros de gran angustia, incomodidad y/o vergüenza en los pacientes que consultan.

## **Bibliografía**

1. Ploner M, Gardetto A, Ploner F, Scharl M, Shoap S, Bäcker HC. Foreign rectal body – systematic review and meta-analysis. *Acta Gastroenterol Belg.* 2020;83(1):61–5.
2. Rodríguez TR, Claudio C. Tratamiento del cuerpo extraño rectal en un Servicio de Urgencia. *RevCir (Mex)* [Internet]. 2019;71(6):518–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492019006385>
3. Martínez CE, Mateus L, Ibáñez H, Senejoa N, Medellín A, Obando A, et al. Enfoque del manejo de cuerpos extraños colorrectales : revisión de la literatura Literature Review of Management of Colorectal Foreign Bodies. :49–56.
4. Ayantunde AA. Approach to the diagnosis and management of retained rectal foreign bodies: Clinical update. *Tech Coloproctol.* 2013;17(1):13–20.
5. Pinto A, Miele V, Pinto F, Mizio V Di, Panico MR, Muzj C, et al. Rectal Foreign Bodies: Imaging Assessment and Medicolegal Aspects. *Semin Ultrasound, CT MRI* 2015;36(1):88–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.sult.2014.11.002>
6. Odagiri H, Yasunaga H, Matsui H, Fushimi K, Iizuka T, Kaise M. Difference in outcomes of rectal foreign bodies between males and females: A retrospective analysis of a national inpatient database in Japan. *Digestion.* 2015;92(3):165–70.
7. Kokemohr P, Haeder L, Frömling FJ, Landwehr P, Jähne J. Surgical management of rectal foreign bodies: A 10-year single-center experience. *Innov Surg Sci.* 2020;2(2):89–95.
8. Najah H, Pocard M. Laparoscopic repair of rectal foreign body perforation without protective colostomy (with video). *J Chir Viscerale* [Internet]. 2015;152(1):65–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2014.09.009>