

Cuerpos extraños en tracto gastrointestinal asociados a trastorno mental. Reporte de caso

Associated mental upheaval to ingestion of strange bodies. Case report

Gregorio Sánchez Vallejo,¹ Eisner Iván Osorio Correa,² Ana Madeleine Barrera López,³ César Augusto Cardona.⁴

RESUMEN

Reportamos un caso de mortalidad de un hombre de 49 años con retardo mental asociado a alteración en su comportamiento con actitudes de autoagresión como clavarse agujas e ingesta múltiple de cuerpos extraños, que lo llevó a diversas complicaciones que requieren la participación multidisciplinaria de servicios como psiquiatría, cirugía general, UCI y medicina interna. A la luz de este caso reportado se hace una revisión del tema.

Palabras clave

Retardo mental, autoagresión, cuerpos extraños.

SUMMARY

We described the case postmortem of a man of 49 years with associated mental retardation to alteration in its behavior with auto aggression attitudes, being representative case but of the presented/displayed ones in the service of psychiatry, which required multidisciplinary valuation general surgery, internal medicine, unit of intensive care.

Key words

Mental retardation, auto aggression, foreign bodies.

INTRODUCCIÓN

La ingesta de cuerpos extraños en el adulto, se presentan generalmente bajo la existencia de trastornos de la personalidad (*borderline*), condición de gran parte de reclusos en quienes son más frecuentes las conductas de autoagresión ya sean por incitación de un líder, por la dificultad de adaptación al régimen penitenciario o por problemas familiares, entre otros. Sin embargo, también es común en aquellos pacientes con limitaciones en sus habilidades adaptativas (retardo mental), alteración en el estado de ánimo o personalidad impulsiva. De manera que los médicos se ven enfrentados a dos

situaciones que tienen igual importancia; en primer lugar, la resolución del cuadro inicial que puede ser quirúrgico dependiendo del tamaño y del objeto ingerido y en segundo lugar, la evaluación, seguimiento continuo y resolución del trastorno conductual para evitar episodios repetidos y consecuencias fatales.

Caso clínico

Paciente masculino de 49 años, natural y procedente del área urbana de Armenia, con antecedentes de DM tipo II de 8 años de evolución y retardo mental moderado, antecedentes familiares de RM.

¹ Jefe Área Medicina Interna. Facultad de Ciencias de la salud. Universidad del Quindío-Hospital Universitario San Juan de Dios de Armenia. Presidente Asociación colombiana de medicina interna 2008-2010. Armenia, Colombia.

² Medicina interna. Cuidado intensivo. Coordinador Unidad de Cuidado Intensivo Hospital Universitario San Juan de Dios. Armenia, Colombia.

³ Medicina General. Investigación Clínica-Centro de Investigaciones Clínicas del Quindío-Cequin. Servicio de Medicina Interna-Hospital Universitario San Juan de Dios. Armenia, Colombia.

⁴ Medicina General-Investigación Clínica. Centro de Investigaciones Clínicas del Quindío-Cequin. Servicio de Medicina Interna-Hospital Universitario San Juan de Dios. Armenia, Colombia.

Fecha recibido: 11-11-08/ Fecha aceptado: 29-01-09

Multiconsultante al servicio de urgencias desde el año 2001 por sintomatología gastrointestinal, gastritis crónica antral (endoscopia vías digestivas altas mayo 2001), se realizó ecografía de vías biliares reportando microlitiasis. Continúa frecuentes consultas por dolores precordiales atípicos sin evidencia clínica ni paraclínica de compromiso cardíaco. Valorado por el servicio de psiquiatría en varias de sus consultas a urgencias debido a cambios del ánimo recibe manejo ambulatorio con fluoxetina y trazodone y en una ocasión estuvo hospitalizado.

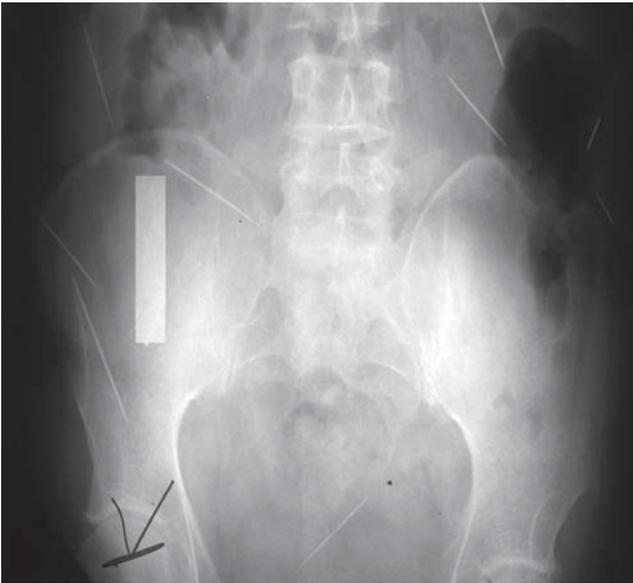


Figura 1. Rx abdomen simple. Múltiples agujas (2006).

Consulta a urgencias en junio de 2006 refiriendo autoclavarse agujas a nivel abdominal, inguinal derecha, escrotal y muslo izquierdo. Se encuentra en Rx de abdomen (figura 1) y la rectofluoroscopia evidencia 5 cuerpos extraños que se retiran bajo anestesia local sin complicaciones.

Nuevamente valorado en diciembre de 2007 por referir dolor abdominal asociado a 2 meses de ingesta repetida de cuerpos extraños (clavos, tornillos y cabezas de destornillador) se toma Rx de abdomen donde se encuentran en diferentes sitios (figuras 2, 3 y 4). El servicio de cirugía realiza seguimiento clínico y radiológico sin evidencia de progresión de dichos cuerpos extraños por lo que se programa laparotomía exploratoria encontrándose 49 clavos

en estómago, 2 cabezas de destornillador y 8 clavos en válvula ileocecal (figuras 4, 5). A los 6 días del postoperatorio presenta evisceración contenida, se lleva nuevamente a cirugía donde se realiza lavado de cavidad abdominal y colocación de viaflex en pared abdominal. A los 10 días de POP # 2 es llevado a cierre de laparostomía y se encuentra absceso de pared abdominal, sin más cuerpos extraños; en el postoperatorio inmediato se descompensa hemodinámica y respiratoriamente con hipotensión, desaturación, trastornos ácido básicos; se maneja en UCI con estabilidad relativa, salida persistente de material purulento por herida quirúrgica, signos de bajo gasto persistentes asociados a choque séptico. Presenta paro cardiorrespiratorio que no cede a maniobras de reanimación y fallece.



Figura 2. Rx abdomen lateral. Acúmulos de clavos y tornillos (2007).

DIAGNÓSTICO

1. Retardo mental severo con trastornos del comportamiento
2. Ingestión patológica de cuerpos extraños
3. Cuerpos extraños múltiples en tracto digestivo tipo clavos, tornillos, agujas y cabezas de destornilladores

3. Peritonitis secundaria
4. Sepsis de origen abdominal-choque séptico
5. Diabetes mellitus tipo II.



Figura 3. Rayos X de abdomen simple. Clavos en diferentes sitios de colon (2007).

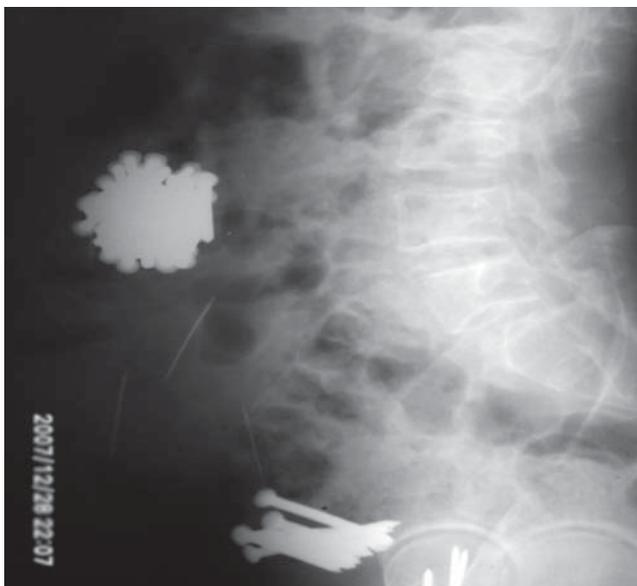


Figura 4. Rayos X de abdomen. Acúmulo de clavos en cavidad abdominal. No progresión (2007).

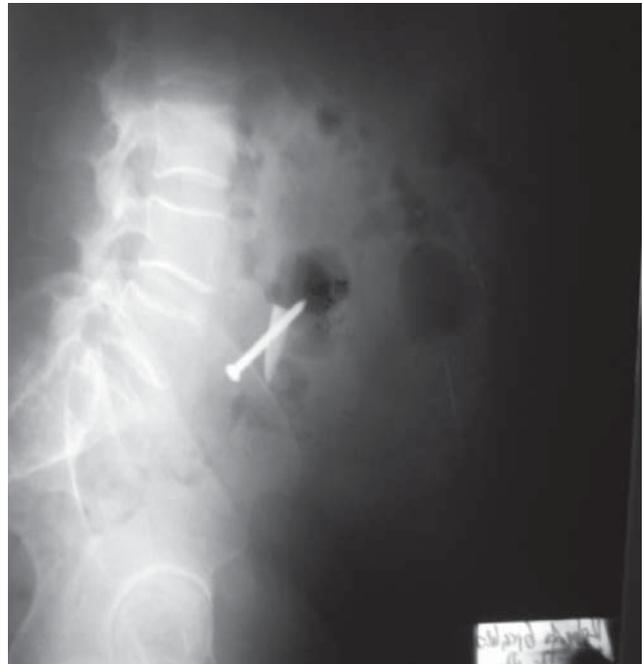


Figura 5. Rayos X de abdomen. Clavos en intestino delgado (2007).

DISCUSIÓN Y REVISIÓN

Se mencionan en la literatura diferentes formas de autolesivismo, entre ellas: heridas y contusiones causadas por objetos carcelarios, introducción o ingestión de cuerpos extraños, ingestión e inoculación de sustancias tóxicas, intentos de ahorcamiento y amputaciones de diferentes partes del cuerpo, entre otras (1). También existen autores que toman como una forma de autoagresión la actitud de huelga de hambre o rechazo voluntario a la ingestión de alimentos.

La ingestión intencional de cuerpos extraños (CE) rara vez ha sido discutida en la literatura psiquiátrica. Las víctimas son principalmente sicóticas y sus actos están motivados por ideas delirantes y/o alucinaciones. Se han descrito variedades de comportamientos dañinos, pero la mayoría de los reportes de ingestión de CE es en prisioneros. Los pacientes psiquiátricos que ingieren objetos extraños puntiagudos tienen serias psicopatologías, posibles ideas suicidas y hospitalizaciones psiquiátricas pasadas; también es notable el número de pacientes con dependencia a sustancias o intoxicaciones en el momento de la

ingestión. Drogas y alcohol parecen asociarse con autodaño (2).

Se encuentran en la literatura algunos casos reportados que analizan aspectos psicopatológicos propios del perfil de estos pacientes y el enfoque terapéutico de la ingestión del cuerpo extraño, como forma de autoagresión. El estudio realizado en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro" Santa Clara, Villa Clara, Cuba, encontró un total de 18 pacientes reclusos jóvenes, los cuales en el transcurso de un mes habían ingerido uno o varios cuerpos extraños de forma voluntaria con la intención de autoagredirse. El 100% era seropositivo con antecedentes de trastornos psiquiátricos y de conducta, la mayoría con orientación de tipo bisexual. El motivo causal fueron conflictos íntimos y riñas entre reclusos, dificultades con la adaptación al régimen penitenciario y problemas familiares. El 89% era sintomático de dolor abdominal sin signos clínicos abdomen agudo. Todos fueron sometidos a laparotomía exploratoria y la principal complicación postoperatoria fue la infección del sitio operatorio en relación directamente proporcional al tiempo ingestión-laparotomía.

Otro caso es reportado en el Departamento de Medicina Interna y Departamento de Cirugía General del Hospital Arzobispo Loayza, Lima, Perú: Síndrome de Rapunzel: tricobezoar gastroduodenal, caso de una adolescente de 18 años de edad con antecedente de depresión mayor, en tratamiento irregular en el año previo e historia de 5 meses de náuseas, vómitos y pérdida ponderal de 15 kg. Procedía de un entorno familiar con múltiples conflictos y estado socioeconómico pobre. Negó tricotilomanía y trico-fagia (3). La trico-fagia es una perversión del apetito determinada por alteraciones afectivas, aislamiento social (esquizofrenia), angustia y RM, común en mujeres menores de 30 años.

Están claramente relacionados la ingestión de objetos extraños y el retardo mental (RM); sin embargo, la causa directa de esta relación no está tan bien definida porque dichas conductas pueden ser desencadenadas por impulsividad propia del déficit adaptativo, por la limitación funcional y social a la

que se ven enfrentadas las personas con CI bajo o por la inestabilidad afectiva y conductas autolesivas propias de su cuadro de base, siendo más marcada esta situación a mayor grado de RM; a menudo es difícil dilucidar si estas manifestaciones clínicas son trastornos mentales comórbidos o secuelas directas de las limitaciones del desarrollo impuestas por el RM (4).

Es también clara la alta prevalencia de comorbilidad psicopatológica, aproximadamente un 40,7% de las personas con discapacidad intelectual cumplía criterios de al menos un trastorno psiquiátrico, siendo las principales asociaciones la esquizofrenia y los trastornos del estado del ánimo, estos últimos presentes hasta en el 50% de los pacientes con RM (2-4).

Las conductas autolesivas también se presentan en gran proporción tales como golpearse y morderse relacionadas con la producción de opioides endógenos mostrando dicha hipótesis que una de las búsquedas de estas conductas es el placer, que se convierte en un círculo de estímulo y respuesta, donde estas conductas dolorosas aumentan el grado de euforia y conllevan al aumento de la gravedad de estas situaciones incluso con la muerte (5).

Por otro lado, y no relacionado con la sensación de placer, se encuentran los intentos de suicidio que acompañan a los trastornos depresivos de los pacientes con RM, los cuales son muy comunes, ya que son personas de baja autoestima, creada incluso desde el hogar donde compiten constantemente por la atención, y se sienten inferiores incluso a personas de menos edad. La pobre funcionalidad social es otro rasgo importante sobre todo en los RM leves o moderados que son más concientes de la limitación que poseen, características que sumadas los convierten en personas con escasa tolerancia a la frustración, presencia de una autoimagen negativa, dependencia de otras personas y un estilo rígido para responder a las dificultades por lo que no es difícil que se manifiesten la depresión y por ende los intentos de suicidio (4).

Otro trastorno psiquiátrico a evaluar es la esquizofrenia que causa ira e impulsividad, las cuales pueden

ser simples respuestas funcionales al pensamiento primario en el cual se desenvuelven, como autoagredirse, hacer daño a los demás, o evidencia de alucinaciones corporales o auditivas, por ejemplo comer objetos puntiagudos para hacerle daño a los “animales que tienen dentro”, o comerlos porque las voces propias de su trastorno se lo mandan; sin embargo, la relación es menos conocida en estos casos porque los pacientes que cursan con esta clase de síntomas están sin medicación, y el intento de suicidio aparece hasta en un 50% de los esquizofrénicos, aunque también en aquellos en tratamiento, que tienen conciencia de la enfermedad y que viven solos.

El área de cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile reporta: Ingestión de cuerpo extraño asociado a trastorno psiquiátrico. Discute el enfrentamiento psiquiátrico asociado al tratamiento de cuerpos extraños autoingeridos, en relación al caso de un paciente con alteraciones conductuales y antecedentes de ingestión a repetición de múltiples cuerpos extraños.

La ingestión de cuerpos extraños ocurre en un 80% en niños por causa accidental o intencional; en adultos, el grupo de mayor riesgo es el de ancianos con prótesis dentales, pacientes con alteraciones mentales, reclusos con fines de autolesión de forma voluntaria y recurrente (6).

Es amplia la variedad de objetos ingeridos y la mayoría progresan espontáneamente a través del tracto digestivo avanzando sin producir mayor daño.

El estudio y manejo de cuerpos extraños en tracto gastrointestinal se ha dividido en 4 áreas:

1. Orofaringe y esófago
2. Estomago y duodeno
3. Intestino delgado y grueso
4. Recto y ano.

A nivel orofaríngeo son bastante sintomáticos, ya que en el esófago puede presentarse obstrucción a cualquier nivel de sus estrecheces (esfínter esofágico superior 30%, en esófago medio a nivel del arco aórtico 10% y el esfínter esofágico inferior 60%)

además de tener en cuenta posibles anomalías esofágicas comunes (estrechez esofágica secundaria, divertículos, acalasia, esclerodermia, etc.). Los objetos encontrados son comida, semillas, dentaduras, vidrios, hueso de pollo, espina de pescado, vidrios o latas, botones, bolas de cristal, pilas, juguetes pequeños, cucharas, cuchillos y alfileres, entre otros (7).

Una revisión de 250 casos reportó que la naturaleza de los cuerpos extraños porcentualmente fue dividida en: 56% material óseo (pescado y aves), 20% carne, 14% prótesis dentarias y 10% varios, destacándose principalmente monedas y baterías (8). Es más frecuente que los hombres sean afectados, y principalmente se observa en niños entre 6 meses y 4 años.

Cerca del 90% de los CE deglutidos pasa espontáneamente las principales barreras intestinales (estrecheces), siendo eliminados por vía natural dentro de los siguientes 7 a 8 días. Aquellos cuerpos extraños mayores de 6 cm de longitud y 2 cm de espesor muy rara vez logran pasar todo el TGI, deben ser extraídos mediante procedimientos endoscópicos y de estos solo el 1% puede causar perforación (9). De los objetos cortantes y punzantes del 20 al 35% causan perforación.

La estrecha anatomía del intestino delgado y los ángulos del colon más la válvula ileocecal son los causantes de que el cuerpo extraño no progrese. Pueden ocurrir dos eventos: el intestino tiene un flujo axial y con esto el cuerpo extraño puede girar y con el filo rasgar el intestino. Una vez llega el cuerpo extraño al colon este puede envolverse en la materia fecal, ser englobado y así salir por el ano sin lesionar nada.

A nivel anal cada vez un mayor número de cuerpos extraños son reportados, los que más se presentan son los objetos usados con fines eróticos (vibradores, cepillos, varillas, zanahorias, plátanos, objetos de madera, lápices) (figura 6).

La presentación clínica es variable según el sitio de enclavamiento, los más frecuentes son: disfagia y/u odinofagia, sialorrea, disnea, epiglotitis, dolor precordial, opresión, sensación de masa, ahogamiento, dolor cervical. En niños, el 30% son asintomáticos.

En el estómago son generalmente asintomáticos y cuando se presenta algún síntoma es por que hubo alguna complicación. A nivel anal los principales síntomas son: dolor anal, pujo, tenesmo rectal, prurito, constipación, sangrado rectal, perforación, obstrucción, peritonitis (10).



Figura 6. Objetos eróticos.

Se describen como principales complicaciones ante un cuerpo extraño ingerido: erosiones de la mucosa gastrointestinal, abrasiones, perforaciones, y la migración de los mismos puede conllevar a peritonitis, mediastinitis, neumotórax y neumonías químicas. Ocasionalmente se presentan fístulas traqueoesofágicas como resultado de la ingestión de cuerpos extraños.

Entre las complicaciones severas de la ingestión de CE encontramos obstrucción intestinal, hemorragia, perforación y abscesos intraabdominales siendo este infrecuente (11).

La evaluación debe comprender una historia clínica completa con énfasis en el inicio de los síntomas, tipo de objeto que ingirió, historia de alteraciones esofágicas, ingesta de cuerpos extraños, alcoholismo, antecedentes psiquiátricos. El examen físico debe estar enfocado a buscar signos de complicación; se recomienda no hacer tacto rectal sin antes haber tomado una placa de rayos X por la posibilidad de ser un objeto pun-

zante. Las ayudas diagnósticas incluyen la laringoscopia/nasolaringscopia para CE en orofaringe, el esofagograma no es de elección sino en caso de no disponer de endoscopia, en el 25% de los casos la EVDA no encuentra nada, sin embargo, no excluye la ausencia de cuerpo extraño, los rayos X son útiles no solo para determinar la ubicación del CE sino para ver si hay alguna complicación, como aire retrofaríngeo, la TAC de faringe y esófago hace el diagnóstico en el 85% de los casos (12, 13) (figura 7).



Figura 7. Visión endoscópica de cuerpo extraño.

MANEJO - RECOMENDACIONES

- Cuerpos extraños en el esófago requieren usualmente rápida intervención, extracción endoscópica, siendo aconsejable la extracción luego de 6 horas desde la última ingesta alimentaria.
- En el lumen gástrico los objetos son frecuentemente retenidos por largos períodos sin presentar consecuencias y dependiendo de la naturaleza del CE (punzantes o mayores de 6 cm longitud o 2 cm de grosor), la conducta puede ser expectante.
- Una vez el CE se ubica en el intestino, se le debe hacer seguimiento radiológico cada 72 horas, si en este tiempo no ha progresado se debe hacer manipulación endoscópica o quirúrgica, excepto las bolsas de cocaína o heroína.

- Tener en cuenta que las complicaciones al extraer los cuerpos extraños oscilan entre el 0 y el 3%.
- Recordar que el esfínter esofágico inferior es el sitio más difícil de vencer y si el CE lo logra pasar se dice que el 90% de todos ellos pasarán todo el TGI.
- Observación clínica 24 horas luego de haber extraído un cuerpo extraño.
- Una EVDA se debe tomar 24 horas después y a los 14 días para ver si hay fístula.
- En aquellos pacientes “mulas” que han ingerido bolsas de cocaína y heroína, no manipularlos, el manejo debe ser expectante con enemas y laxantes.

Aunque no se encuentre claramente definida la relación entre la ingesta de objetos extraños y otras patologías psiquiátricas sí es clara la presencia de esta conducta en dichas enfermedades, y aunque la urgencia médica se debe manejar en el ámbito quirúrgico, es la causa directa de dicha conducta la que debemos encontrar para evitar casos como los de esta discusión, que a pesar que en la atención de urgencias pueden tener manejo claro, tienen mal pronóstico a largo plazo; aunque tengan una recuperación POP adecuada y buen grado de funcionalidad, son pacientes que recaerán en dichas conductas, presentándose nuevamente al servicio de urgencias cada vez con un peor pronóstico.

REFERENCIAS

1. Medrano Plana Yuri, Portal Benítez Leonila Noralys, Zurbano Fernández Joaquín, Villanueva Ramos Armando. Ingestión de cuerpos extraños como forma de autoagresión. *Quirúrgica* 2004; 2.
2. Banse E. Carlos, Gorrón M. Rachid, Cardemil N Daniela, Riquelme O Valentina, Cardemil L Patricio, Birrer G. Ana María. Ingestión de cuerpo extraño asociado a trastorno psiquiátrico, casos clínicos. *Cuadernos de Cirugía* 2003; 17: 47-51.
3. Loja David, Alvizuri José, Vilca Maricela, Sánchez Mario. Síndrome de Rapunzel: tricobezoar gastroduodenal. *An Fac med* 2003; 64.
4. Kaplan Harold I. Compendio de psiquiatría. Alteraciones de la conducta en RM, comorbilidad psiquiátrica. 6ª ed. Salvat. 2008. p. 170-174, 1123-1127.
5. Viguria Padilla F, Miján de la Torre A. Revisión la pica: retrato de una entidad clínica poco conocida, Coden Nuhoeq S.V.R. 318. *Nutr Hosp* 2006; 21(5): 557-66.
6. Otero Olay William, Rivera Diego. Cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal. Departamento de Cirugía, Hospital Universitario del Valle.
7. Shivakumar AM, Ashok S. Naik, KB Prashanth, Girish F. Hongal, Gaurav Chaturvedy. Foreign Bodies in upper Digestive Tract, *Indian Journal of Otolaryngology and head and neck surgery* 2006; 58.
8. Baquero Mejía Ingrid Carolina, Guijarro Ezequiel. Cuerpo extraño en esófago causal de fístula traqueoesofágica. *Salud Uninorte Barranquilla* 2002; 16: 45-52.
9. Benito Navarro JR, Del Cuvillo Bernal A, Porras Alonso E. Cuerpos extraños esofágicos: Nuestra experiencia en diez años. *Acta Otorrinolaringol* 2003; 54: 281-285.
10. Rodríguez Hermosa JI, Farrés Coll R, Codina Cazador A, Olivet Pujol J, Pont Vallés J, Gironés Vilá J. Perforaciones intestinales causadas por cuerpos extraños. *Cir Esp* 2001; 69: 504-506.
11. Rojas Elsa. Manual de urgencias en medicina interna. Asociación Colombiana de Medicina Interna. Ediciones Acta Médica Colombiana-Servicio de Gastroenterología - Hospital San Juan de Dios, Bogotá.
12. W Munter David, MD, MBA, Assistant Clinical Professor of Emergency Medicine, Medical Director and Chair, DePaul University Medical Center; Partner, Emergency Physicians of Tidewater, LPC; President of the DESA Consulting Group, Foreign Bodies, Gastrointestinal, eMedicine Specialties > Emergency Medicine > Gastrointestinal.
13. González Mauricio, Gómez Martín, Otero William. Cuerpos extraños en esófago. *Rev Col Gastroenterol* 2006; 21.