

Absceso anorrectal por ingesta de cuerpo extraño: reporte de caso

Anorectal Abscess Due to Foreign Body Ingestion: A Case Report

Carlos Mauricio Martínez-Montalvo,^{1*} Juan Pablo Pérez-Daza,² Johana Andrea Sisa-Rodríguez,² Wilmer Orlando Aponte-Barrios,³ Édgar Germán Junca.⁴

ACCESO ABIERTO

Citación:

Martínez-Montalvo CM, Pérez-Daza JP, Sisa-Rodríguez JA, Aponte-Barrios WO, Junca EG. Absceso anorrectal por ingesta de cuerpo extraño: reporte de caso. *Revista colomb. Gastroenterol.* 2025;40(2):372-376. <https://doi.org/10.22516/25007440.1284>

¹ Médico Internista, Universidad del Rosario. Gastroenterólogo, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

² Médico cirujano, residente de Radiología e Imágenes Diagnósticas, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

³ Director del Departamento de Radiología e Imágenes Diagnósticas, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

⁴ Cirujano Gastrointestinal, Universidad Nacional de Colombia, Hospital Universitario Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

*Correspondencia: Carlos Mauricio Martínez-Montalvo. carlitos220792@gmail.com

Fecha recibido: 13/09/2024

Fecha aceptado: 18/11/2024



Resumen

Introducción: el absceso anorrectal es una condición de afectación de glándulas anales. Su principal causa es la obstrucción de las glándulas anales, seguido de enfermedad de Crohn, trauma, malignidad e inmunodeficiencias. La ingestión por cuerpo extraño es una etiología rara, dentro de la que se describe el trauma por palillo de dientes. **Presentación del caso:** un hombre de 36 años sin antecedentes consultó por un cuadro clínico de una semana de dolor abdominal tipo punzada, con un posterior cuadro de dolor perianal asociado a fiebre y drenaje purulento. Inicialmente se documentó un absceso anorrectal con extensión por encima del músculo elevador del ano, con requerimiento de una segunda revisión de resonancia magnética, donde se documentó el palillo de dientes. Fue llevado a manejo quirúrgico y terapia antibiótica guiada por 10 días. **Conclusiones:** el absceso anorrectal por ingesta de cuerpo extraño es una condición rara, su ingesta suele ser inadvertida en la mayoría de los casos y el rendimiento de las imágenes diagnósticas es variable, de las cuales la tomografía es la imagen inicial recomendada. El compromiso supraelevador requiere un drenaje temprano y adecuado para prevenir el desarrollo de una fístula.

Palabras clave

Fístula rectal, reacción a cuerpo extraño, tracto gastrointestinal, absceso.

Abstract

Introduction: An anorectal abscess results from the involvement of the anal glands. Its main cause is obstruction of these glands, followed by Crohn's disease, trauma, malignancy, and immunodeficiencies. Ingestion of a foreign body is a rare etiology, with toothpick trauma described in the literature. **Case Presentation:** A 36-year-old man with no relevant medical history presented with a one-week history of sharp abdominal pain, followed by perianal pain accompanied by fever and purulent drainage. Initial evaluation documented an anorectal abscess extending above the levator ani muscle. A subsequent MRI revealed a toothpick as the causative foreign body. The patient underwent surgical management and a 10-day course of targeted antibiotic therapy. **Conclusions:** Anorectal abscess due to foreign body ingestion is rare, often unrecognized, and imaging sensitivity is variable. Computed tomography is recommended as the initial imaging modality. Supra-levator involvement requires early and adequate drainage to prevent fistula formation.

Keywords

Rectal fistula, foreign body reaction, gastrointestinal tract, abscess.

INTRODUCCIÓN

El absceso anorrectal es una condición supurativa inflamatoria debido al compromiso de las glándulas anales en el plano interesfinteriano; es más común en hombres y se puede presentar a cualquier edad, pero tiene un pico de incidencia entre 20 y 40 años⁽¹⁾. Su principal causa es la obstrucción de las glándulas anales, seguido de enfermedad de Crohn, trauma, malignidad e inmunodeficiencias⁽²⁾. Las localizaciones más comunes son perianal (42,7%), isquirrectal (22,7%), interesfintérico (21,4%) y supraelevador (7,3%)⁽³⁾. Una causa rara es debido a la ingesta de cuerpos extraños, de los que se han descrito múltiples objetos asociados, uno de ellos los palillos de dientes⁽⁴⁾. Este tipo de objeto con mayor frecuencia causa perforación del colon, seguido del duodeno. A nivel anorrectal, se ha descrito una incidencia del 7% y cursa con perforación alrededor del 70% de los casos⁽⁵⁾. Se presenta un caso con una ingesta inadvertida de palillos de dientes, con un posterior desarrollo de absceso anorrectal con compromiso supraelevador y documentado en una segunda revisión de la resonancia magnética inicial.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Un hombre de 36 años sin antecedentes ingresó por un cuadro de una semana de evolución de dolor abdominal tipo punzada de carácter migratorio inicialmente en el epigastrio luego de su ubicación en el hipogastrio y la fosa iliaca izquierda, con una posterior aparición de dolor en la región perianal, secreción purulenta y picos febriles (38,7 °C) dos días antes del ingreso. En el examen físico, el abdomen era blando, depresible y en posición de litotomía; el examen físico perianal, en el eje horario de las 9 horas se evidenció un orificio de drenaje de pus, sin cambios inflamatorios, y en el tacto rectal se palpó un abombamiento mucoso a nivel del recto distal en el cuadrante posterior derecho. En los paraclínicos de ingreso se evidenció leucocitosis con neutrofilia y proteína C-reactiva (PCR) elevada, mientras que el resto de los estudios no mostraron alteraciones. Se indicó el cubrimiento antibiótico con ceftriaxona 2 g/día y metronidazol 500 mg/12 horas.

Se realizó una rectosigmoidoscopia en la que se halló un abombamiento de mucosa en el recto distal, sin cambios mucosos o defectos de continuidad. Se realizó una resonancia magnética de pelvis contrastada con evidencia de absceso anorrectal y compromiso supraelevador, con un volumen aproximado de 40 mL, ganglios reactivos mesorrectales e iliacos internos, así como miositis del músculo puborrectal (**Figura 1**). En un segundo interrogatorio, el paciente refirió la ingesta de papa con palillo una semana antes del inicio de la sintomatología, por lo que se realizó una segunda revisión

de las imágenes de resonancia magnética de pelvis, en la que se observó un cuerpo extraño lineal que perforaba el esfínter anal interno y se extendía a la grasa isquirrectal derecha (**Figura 2**). Fue llevado a manejo quirúrgico con drenaje de absceso y extracción de cuerpo extraño sin complicaciones, y se dejó drenaje de sitio (**Figuras 3 y 4**). Se realizó una terapia con antibiótico dirigido por 10 días, para el aislamiento de *Escherichia coli* sensible.

DISCUSIÓN

Los cuerpos extraños ingeridos suelen alojarse principalmente en el estómago, sin generar mayores complicaciones; sin embargo, algunos pacientes pueden tener complicaciones graves como perforación, fístula, obstrucción o sangrado⁽⁶⁾. La ingesta de palillo de dientes es un evento raro. Un estudio recopiló datos desde 1957 hasta 2012 y se reportaron 136 casos, de los cuales el 50% fueron ingestas inadvertidas; su principal síntoma fue dolor abdominal (82%) seguido de náuseas (31%), y el 70% tuvo perforaciones. La ubicación más común fue el colon (37%) y el duodeno (23%), mientras que el recto se afectó solo en el 7% (9 casos). Más de la mitad de los pacientes requirió manejo quirúrgico y se describió una mortalidad del 9,6%⁽⁵⁾. Zhang y colaboradores recopilaron los casos desde 2013 hasta 2022 y encontraron 68 pacientes, en los cuales se identificaron como factores de riesgo el consumo de alcohol, la discapacidad cognitiva o incluso recibir golpes mientras comen; en su mayoría no recuerdan el momento de la ingesta, y hubo perforación en el 66,2%, la mayoría a nivel colorrectal. El 60% de los pacientes fue llevado a manejo quirúrgico, y solo murió un paciente⁽⁴⁾. Se han descrito complicaciones en órganos adyacentes en alrededor del 40% de los casos, con afectación de vasos sanguíneos abdominales, hígado, músculos abdominales, riñones, uréteres y mesenterio⁽⁷⁾.

En pacientes que refieren la ingesta, el dolor abdominal que se presenta en el 82% de ellos⁽⁵⁾ en conjunto con la temporalidad de la ingesta son puntos clave para determinar el posible sitio de perforación con orientación de exámenes en busca de signos de perforación (gas libre, pared engrosada, estriación de la grasa, absceso o signos de obstrucción intestinal)⁽⁴⁾, teniendo en cuenta que el palillo puede durar hasta seis meses en el abdomen⁽⁸⁾. Las imágenes disponibles tienen un rendimiento variable; incluso, hay datos que muestran que el 34% tiene un diagnóstico erróneo inicialmente⁽⁵⁾. El rendimiento de la radiografía para la detección de palillos de dientes es del 5,5% al 15%; el de la ecografía, del 22% al 40%; el de la tomografía, del 42,6% al 62,5%, y el de la resonancia magnética, del 22,2%^(4,5,9). Por lo anterior, la tomografía es la modalidad de elección para la detección de este tipo de cuerpo extraño.

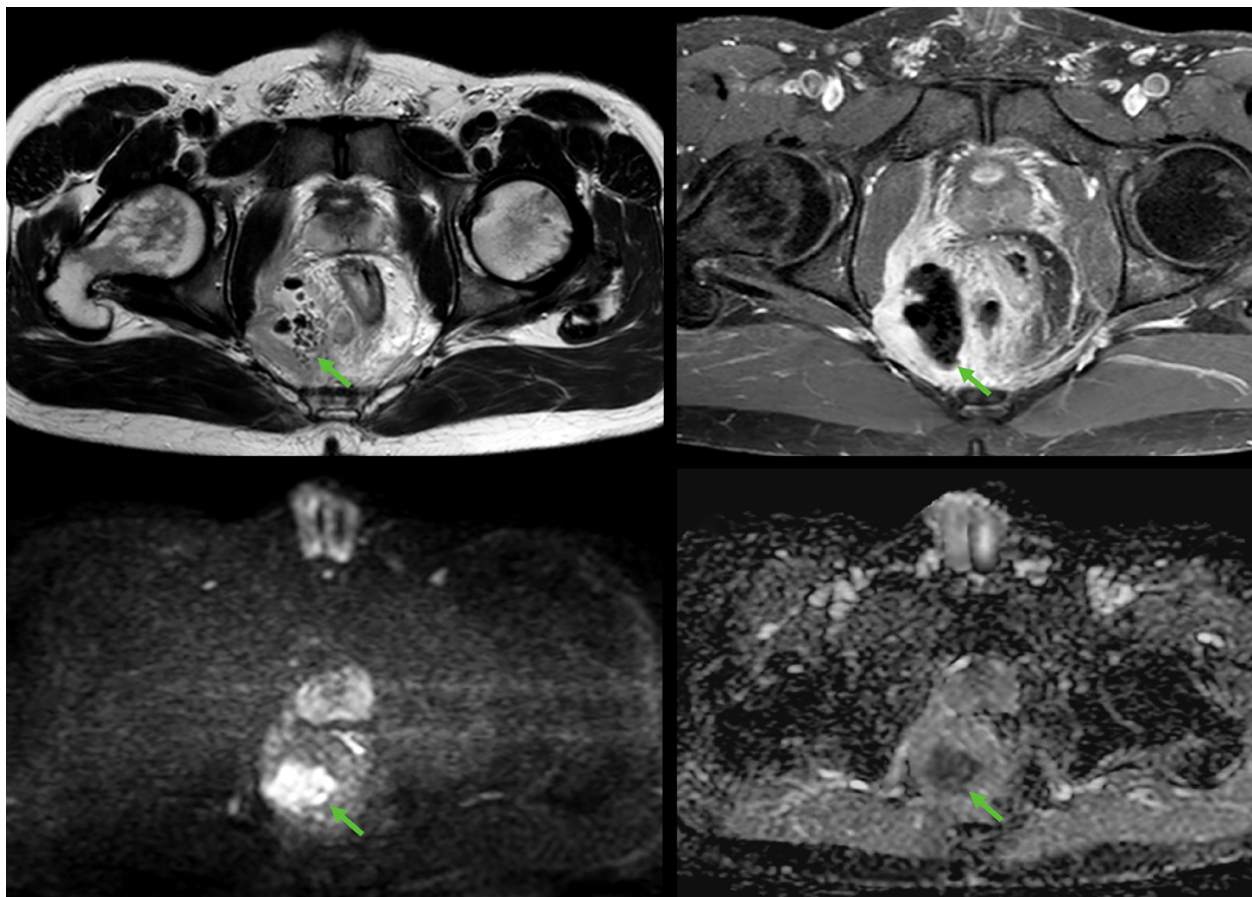


Figura 1. Exámenes imagenológicos del caso clínico. **A.** Imagen axial ponderada en T2. **B.** Imagen axial ponderada en T1 con supresión grasa poscontraste. **C.** DWI B800. **D.** Mapa de ADC. Hallazgos iniciales de resonancia magnética de pelvis con contraste, que identifican el absceso supraelevador derecho (flecha), lo que demuestra una alta intensidad de señal en T2WI con realce periférico y restricción a la difusión (alta intensidad de señal en DWI B800 y baja intensidad de señal en el mapa de ADC) y burbujas de gas en su interior. Imágenes propiedad de los autores.

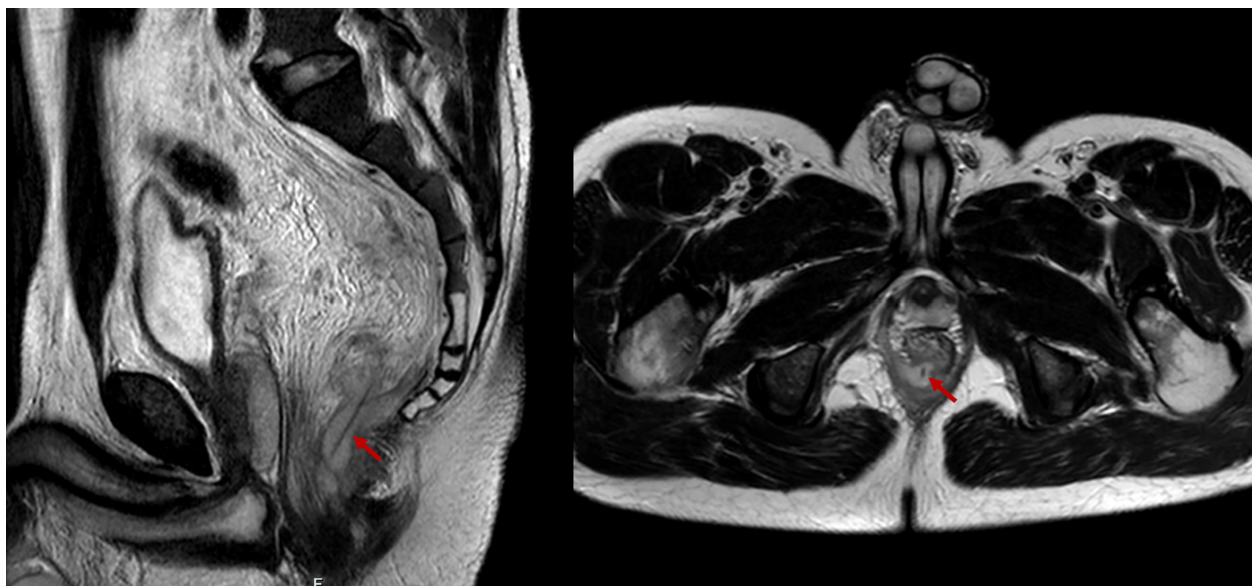


Figura 2. Palillo de dientes (PD) evidenciado en resonancia magnética de pelvis con contraste. **A.** Imagen sagital ponderada en T2. **B.** Imagen axial ponderada en T2. Se identificó una imagen lineal hipointensa que condiciona la perforación del esfínter anal interno en el eje de las 7 horas y se extiende a la grasa isquiorrectal derecha. Imágenes propiedad de los autores.



Figura 3. Palillo de dientes (PD) extraído durante el procedimiento quirúrgico. Imagen propiedad de los autores.

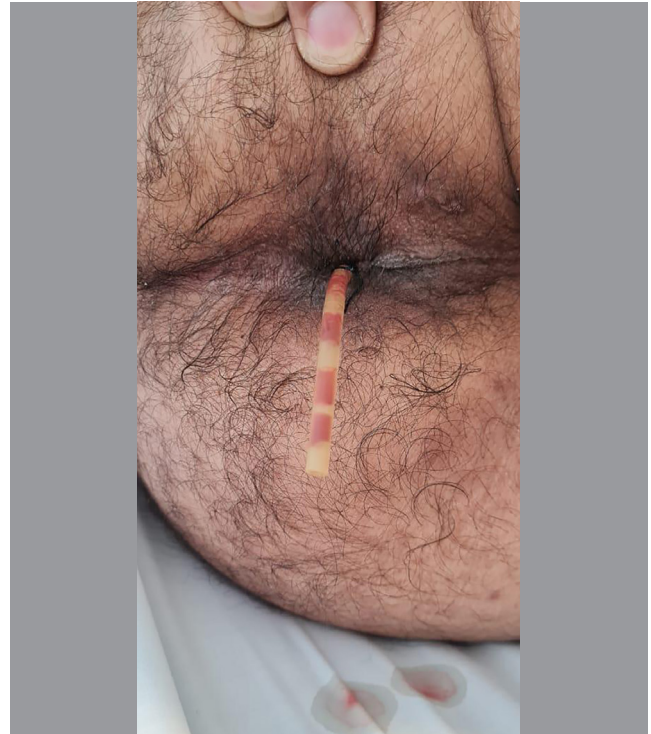


Figura 4. Posoperatorio de drenaje de absceso con tubo transanal. Imagen propiedad de los autores.

En la resonancia magnética inicial de nuestro paciente no se identificó el cuerpo extraño, por lo que se requirió una segunda revisión. Existen datos que muestran que la resonancia no se recomienda para detectar el palillo de dientes, pero en caso de realizarse, sus hallazgos son una hipointensidad lineal en T1WI y T2WI. La complicación local más común es el absceso, que demuestra una alta intensidad de señal en T2WI con realce periférico luego de la administración de contraste y restricción a la difusión⁽¹⁰⁾.

El paciente cursó con absceso por encima del músculo elevador del ano (supraelevador). El compromiso a este nivel es raro, con incidencias desde el 3% hasta el 28% y una tasa de recurrencia de hasta el 53%, y su importancia radica en un adecuado drenaje para evitar el riesgo de desarrollo de fístula supraelevador⁽¹¹⁾.

El abordaje para el retiro de palillo de dientes depende de la ubicación, presencia de ruptura de la pared, tipo de absceso y compromiso de órganos adyacentes. Inicialmente, se prefiere un retiro endoscópico; sin embargo, si atraviesa

la pared, se prefiere un manejo mínimamente invasivo por laparoscopia. La laparotomía se reserva para casos de afectación del intestino delgado, retiro incompleto por laparoscopia o paciente crítico⁽⁴⁾.

CONCLUSIÓN

La ingesta de cuerpo extraño es una condición común que suele cursar sin complicaciones, mientras que el compromiso anorrectal por palillo de dientes es raro. Su abordaje inicial de mejor rendimiento es la tomografía y el drenaje temprano, y aún más en compromiso supraelevador, pues es un factor para la prevención de trayectos fistulosos.

Contribución de los autores

Todos los autores contribuyeron en la búsqueda, realización, redacción y producción de artículo.

REFERENCIAS

1. Thompson DT, Hrabec JE. Intra-abdominal and Anorectal Abscesses. *Gastroenterol Clin North Am*. 2021;50(2):475-88. <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2021.02.014>
2. Gaertner WB, Burgess PL, Davids JS, Lightner AL, Shogan BD, Sun MY, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. *Dis Colon Rectum*. 2022;65(8):964-85. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000002473>
3. Ortiz H, Marzo M, de Miguel M, Ciga MA, Oteiza F, Armendariz P. Length of follow-up after fistulotomy and fistulectomy associated with endorectal advancement flap repair for fistula in ano. *Br J Surg*. 2008;95(4):484-7. <https://doi.org/10.1002/bjs.6023>
4. Zhang X, Xing M, Lei S, Li W, Li Z, Xie Y, et al. Case report and literature review: Orally ingested toothpick perforating the lower rectum. *Front Surg*. 2024;11:1368762. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2024.1368762>
5. Steinbach C, Stockmann M, Jara M, Bednarsch J, Lock JF. Accidentally ingested toothpicks causing severe gastrointestinal injury: a practical guideline for diagnosis and therapy based on 136 case reports. *World J Surg*. 2014;38(2):371-7. <https://doi.org/10.1007/s00268-013-2307-z>
6. Wang X, Zhao J, Jiao Y, Wang X, Jiang D. Upper gastrointestinal foreign bodies in adults: A systematic review. *Am J Emerg Med*. 2021;50:136-41. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.07.048>
7. Yang Z, Wu D, Xiong D, Li Y. Gastrointestinal perforation secondary to accidental ingestion of toothpicks: A series case report. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(50):e9066. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009066>
8. Zakościelny A, Zgodziński W, Wallner G, Zinkiewicz K. Endoscopic removal of an impacted wooden toothpick in the wall of the sigmoid colon. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*. 2018;13(3):417-419. <https://doi.org/10.5114/wiitm.2018.75863>
9. Mark D, Ferris K, Martel G, Mulholland K. Radiological diagnosis of a small bowel perforation secondary to toothpick ingestion. *BMJ Case Rep*. 2013;2013:bcr2013009869. <https://doi.org/10.1136/bcr-2013-009869>
10. Xavier J, Stewart P. Laparoscopic removal of a toothpick perforating the upper rectum. *ANZ J Surg*. 2020;90(6):1184-6. <https://doi.org/10.1111/ans.15489>
11. Zinicola R, Cracco N, Rossi G, Giuffrida M, Giacometti M, Nicholls RJ. Acute supraleator abscess: the little we know. *Ann R Coll Surg Engl*. 2022;104(9):645-9. <https://doi.org/10.1308/rcsann.2021.0257>