

Dolor abdominal en el cuadrante inferior izquierdo y sepsis: no siempre es diverticulitis. Presentación de caso

Abdominal pain in the left lower quadrant with sepsis, not always diverticulitis. Case report

Esteban Calleja Montealegre[1]
Carolina Jiménez Martínez[2]

https://doi.org/10.53903/01212095.237

Palabras clave (DeCS)
Perforación intestinal
Dolor abdominal
Cuerpos extraños
Neumoperitoneo

Key words (MeSH)
Intestinal perforation
Abdominal pain
Foreign body
Pneumoperitoneum

Resumen

Paciente masculino de 50 años de edad, quien ingresa al servicio de emergencias por dolor abdominal de siete días de evolución en el cuadrante inferior izquierdo. En los estudios de laboratorio se documentó leucocitosis con elevación de reactantes de fase aguda (PCR y VES), lesión renal aguda, fiebre cuantificada y taquicardia. En los estudios de imágenes iniciales se realizaron una radiografía de tórax y una de abdomen, las cuales no mostraron alteraciones. Dada la clínica, los pobres hallazgos de las radiografías, la edad del paciente y la alta sospecha de diverticulitis se practicó una tomografía (TAC) de abdomen y pelvis únicamente con medio de contraste gastrointestinal. En la TAC se evidenció una imagen de alta densidad, lineal, ubicada en la pared lateral de colon sigmoides, con algunas pequeñas burbujas de neumoperitoneo local. Se interroga de nuevo al paciente, quien refiere ingesta reciente de pollo "hasta los huesos". El paciente es llevado a sala de operaciones ante la sospecha de perforación por cuerpo extraño y se confirma el diagnóstico.

Summary

A 50-year-old male patient, who was admitted to the emergency service due to 7 days of abdominal pain in the left lower quadrant. Laboratory studies documented leukocytosis with elevated acute phase reactants (CRP and ESR), acute kidney injury, fever, and tachycardia. In the initial imaging studies, a chest x-ray and an abdominal x-ray were requested, which showed no alterations. Given the clinical symptoms, the poor x-ray findings, the patient's age, and the high suspicion of diverticulitis, a CT scan of the abdomen and pelvis was requested with gastrointestinal contrast medium only. The tomography revealed a hyperdense, linear image located on the lateral wall of the sigmoid colon, with some small bubbles of local pneumoperitoneum. The patient is re-interrogated and reports recent consumption of chicken "down to the bones." The patient was taken to the operating room due to suspicion of perforation due to a foreign body and the diagnosis is confirmed.

Introducción

La perforación intestinal es de etiología multicausal y entre las causas se deben considerar lesiones tumorales, causas iatrogénicas, espontáneas, infecciosas, diverticulitis, isquémicas, trauma por cuerpos extraños, úlceras estercorales y enfermedades inflamatorias intestinales. El diagnóstico temprano es sumamente importante, al igual que su pronta resolución quirúrgica (1).

La clínica varía según el sitio de perforación. En el esófago se presenta con odinofagia, vómito y dolor torácico agudo. Las perforaciones gastroduodenales se caracterizan por importante dolor abdominal agudo. La perforación colónica tiene una clínica de inicio insidioso con peritonitis localizada y abscesos intraabdominales (2).

Las perforaciones intestinales asociadas a ingesta de cuerpos extraños ocurren en menos del 1 % de los casos; la mayoría ocurren en porciones anguladas o sitios de estrechez. Son más comunes de forma accidental e inadvertida en pacientes adultos con prótesis dentales, alteraciones cognitivas y pacientes alcohólicos (3). La ingesta voluntaria de cuerpos extraños está relacionada con intento de autoeliminación (4). La perforación intestinal asociada a ingesta de cuerpos extraños constituye un reto diagnóstico, ya que puede estar asociada con otras patologías en las que existe un mecanismo dual de perforación (5).

Discusión

En el Reino Unido se presentan 6000 casos de ingesta de cuerpos extraños al año, la mayoría de estos tienen un pasaje intestinal sin alteraciones con expulsión espontánea (5).

En Estados Unidos mueren 1500 personas al año como consecuencia de cuerpos extraños (6).

Hay que tomar en cuenta que existen patologías subyacentes, principalmente la diverticulosis, que hacen la pared intestinal más susceptible a perforarse (5).

[1]Médico radiólogo del Centro Nacional de Imágenes Médicas. San José de Costa Rica.

[2]Médico residente de Radiología del Hospital San Juan de Dios. San José de Costa Rica.

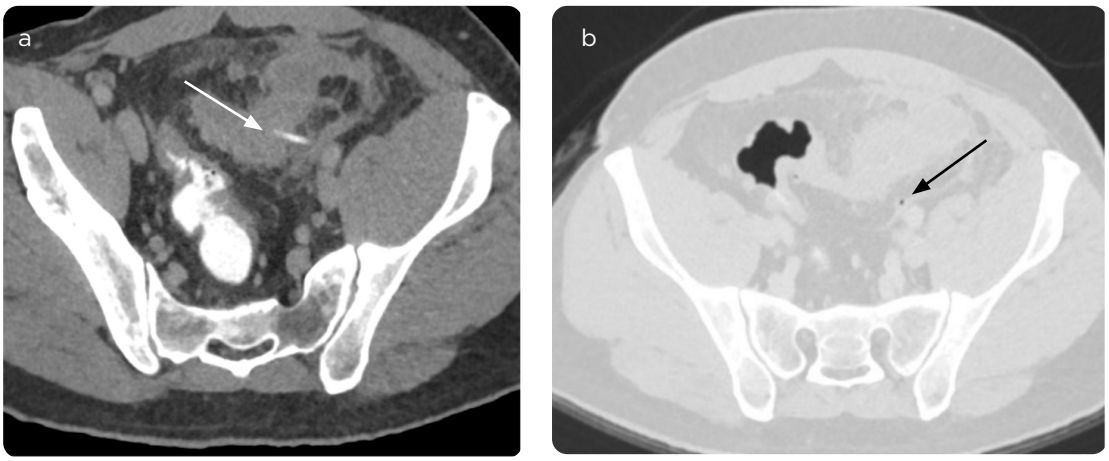


Figura 1. TAC de abdomen. Cortes axiales. a) Ventana de abdomen. b) Ventana de pulmón. Engrosamiento difuso de las paredes del colon sigmoides, asociado a estriación grasa pericolónica, escaso líquido libre, neumoperitoneo (flecha en *b*) y una imagen lineal de alta densidad de 2 cm de longitud correspondiente con el cuerpo extraño (flecha en *a*).



Figura 2. TAC de abdomen y pelvis. Corte coronal. Engrosamiento difuso de las paredes del colon sigmoides, asociado a estriación grasa pericolónica, escaso líquido libre y una imagen lineal de alta densidad de 2 cm de longitud correspondiente con el cuerpo extraño (flecha).



Figura 3. Sitio quirúrgico con el cuerpo extraño en la pared intestinal.

La presentación clínica es variable (4), dependiente del tiempo de evolución y de la localización de la perforación; los sitios más comunes de perforación son íleon terminal, válvula ileocecal y rectosigmoides (4).

Los cuerpos extraños, como huesos de pollo, también pueden provocar complicaciones a mediano y largo plazo, ya que pueden generar fístulas (5).

Radiología convencional

Estos estudios se utilizan para el abordaje inicial y ayudan a definir si el cuerpo extraño es radiopaco, su localización, forma y tamaño. La valoración de objetos no radiopacos es limitada. Algunos objetos radiolúcidos son los huesos de pollo y pescado, madera, plástico y algunos metales delgados. Cuando se documenta un objeto puntiagudo, se debe controlar diariamente luego de su paso por el duodeno (6).

Tomografía

La tomografía axial computarizada (TAC) es de suma importancia, porque puede mostrar los cambios inflamatorios locales, el sitio de perforación y la causa (1,2). El signo radiológico patognomónico de perforación de víscera hueca es el neumoperitoneo.

La TAC es altamente sensible para objetos extraños y su sensibilidad puede aumentar con reconstrucciones en 3D. El uso de medio de contraste

oral o vía rectal limita la valoración de cuerpos extraños de alta densidad; sin embargo, en el caso de que se sospechen complicaciones, como abscesos, el uso de contraste intravenoso (IV) aumenta el rendimiento diagnóstico del estudio (6).

La TAC es particularmente útil en pacientes febriles, con dolor abdominal en el cuadrante inferior izquierdo, leucocitosis, sepsis y sensación de masa dolorosa palpable. Actualmente, el uso del medio de contraste oral positivo depende mucho de los protocolos de cada centro y deberían ser individualizados para cada paciente; algunos centros consideran que utilizar este tipo de contraste es anticuado y retrasa el tiempo de diagnóstico, mientras que otros consideran que aporta algunos beneficios diagnósticos y confianza para el radiólogo. En el contexto de emergencias se indica en sospecha de fugas intestinales, fístulas gastrointestinales, abscesos interasas y dolor abdominal no específico, sin otros síntomas (7,8).

El protocolo tomográfico recomendado es utilizando medio de contraste IV y oral neutro con cortes que incluyan desde cúpulas diafragmáticas hasta isquion. La inyección de medio de contraste IV es de 3-5 mL/s con un retraso de 60-70 segundos. Se recomienda que el grosor del corte sea de 1 mm con reconstrucciones multiplanares de 2-3 mm (7).

Sin embargo, en el presente estudio se hizo una excepción protocolaria, ya que el paciente tenía una creatina sérica en 2,2 mg/dL y una tasa estimada de depuración de 39,77 mL/min, y clínicamente una alta sospecha de diverticulitis perforada. Por ello, se realizó una TAC de abdomen y pelvis sin medio de contraste IV, únicamente con medio de contraste gastrointestinal, para evidenciar fugas del medio de contraste y no tener que esperar la hidratación del paciente previo al estudio. Entre los hallazgos se observó: engrosamiento difuso de las paredes del colon sigmoides, estriación grasa pericolónica, líquido libre y una imagen lineal de alta densidad, con extremos agudos, de 2 cm de longitud. Dichos hallazgos se compartieron con el grupo quirúrgico y el diagnóstico prequirúrgico fue confirmado durante el operatorio.

Tratamiento

La perforación colónica asociada a cuerpos extraños es una emergencia quirúrgica que puede ser secundaria a ingesta o inserción (5). El 5 % de los casos de ingesta de cuerpos extraños requieren cirugía y el procedimiento de elección es resección del segmento afectado con anastomosis; sin embargo, en algunos casos es necesario utilizar ostomías (4) y futura anastomosis. En este paciente se realizó sigmoidectomía, con colostomía y reconexión luego de un año del evento.

Conclusiones

La mayoría de cuerpos extraños, aproximadamente un 80-90 %, pasan sin complicaciones por el tracto gastrointestinal (6). La TAC es sumamente útil para identificar, caracterizar y localizar cuerpos extraños de forma precisa, así como para definir sus complicaciones (9). La valoración ideal consta de un estudio tomográfico bifásico: sin medio de contraste y con medio de contraste IV, con medio de contraste oral neutro. El manejo del diagnóstico diferencial es sumamente importante (7), ya que en este caso se pudo haber obviado un objeto extraño pensando en diverticulitis y se pudo haber errado en el diagnóstico por el uso de medios de contraste orales positivos.

Referencias

1. Sung HK, Sang SS, Yong YJ, Suk HH, Jin WK, Heoung KK. Gastrointestinal tract perforation: MDCT findings according to the perforation sites. Korean J Radiol. 2009;10(1):63-70. https://doi.org/10.3348/kjr.2009.10.1.63
2. Pouli S, Kozana A, Papakitsou I, Daskalogiannaki M, Raissaki M. Gastrointestinal perforation: clinical and MDCT clues for identification of aetiology. Insights Imaging. 2020;11(1). https://doi.org/10.1186/s13244-019-0823-6
3. Rasheed A, Deshpande V, Slanetz P. Colonic perforation by ingested chicken bone. Am J Roentgenol. 2001;176(1):152. https://doi.org/10.2214/ajr.176.1.1760152
4. Kornprat P, Langner C, Mohadjer D, J. Mischinger H. Perforation eines Sigmadivertikels durch einen Hühnerknochen in die rechte Leiste mit nachfolgender Bauchdeckenphlegmone. Wien Klin Wochenschr. 2009;121(5-6):220-2. https://doi.org/10.1007/s00508-009-1157-7
5. Terrace JD, Samuel J, Robertson JH, Wilson RG, Anderson DN. Chicken or the leg: Sigmoid colon perforation by ingested poultry fibula proximal to an occult malignancy. Int J Surg Case Rep. 2013;4(11):945-7. https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2013.08.001
6. Guelfguat M, Kaplinskiy V, Reddy SH, DiPoce J. Clinical guidelines for imaging and reporting ingested foreign bodies. Am J Roentgenol. 2014;203(1):37-53. https://doi.org/10.2214/AJR.13.12185
7. Gore R, Levine M. Textbook of gastrointestinal radiology. 5th edition. Estados Unidos: Elselvier; 2021.
8. Pickhard P. Positive oral contrast material for abdominal CT: Current clinical indications and area of controversy. Am J Roentgenol. 2020;215:69-78. https://doi.org/10.2214/AJR.19.21989
9. Lugo-Fagundo C, Ghodasara N, Fishman EK, Azadi JR. CT evaluation of self-induced and retained foreign bodies in the abdomen and pelvis. Clin Imaging. 2021;80:26-35. https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2021.06.029

Correspondencia

Esteban Calleja Montealegre
Departamento de Posgrado de Radiología de la Universidad de Costa Rica
San José de Costa Rica, Barrio Escalante, Alma de Escalante
estebancalleja2@gmail.com

Recibido para evaluación: 10 de abril de 2023
Aceptado para publicación: 25 de mayo de 2023