

## Cuerpo extraño inusual en recto como causa de obstrucción intestinal, Reporte de un caso.

**Jesús Vázquez Añorve**<sup>1</sup>

[jesusgp4@hotmail.com](mailto:jesusgp4@hotmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-5221-0734>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Puebla, Puebla, México

**Ana Karen García Hernández**

[akareengh@gmail.com](mailto:akareengh@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-4625-516X>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Puebla, Puebla, México.

**Daniel Castañeda Rodríguez**

[dr.danielcastaneda01@gmail.com](mailto:dr.danielcastaneda01@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-6427-8584>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Puebla, Puebla, México.

**Gustavo Rodrigo Albarran Gómez**

[gustavo.rodrido.albarran.gomez@gmail.com](mailto:gustavo.rodrido.albarran.gomez@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-8249-2683>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Puebla, Puebla, México.

**Pedro Osimar Juárez Pérez**

[oso\\_virgo\\_4@hotmail.com](mailto:oso_virgo_4@hotmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-4832-9003>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Puebla, Puebla, México.

**José Manuel Hernández Rosario**

[joma\\_hero91@hotmail.com](mailto:joma_hero91@hotmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-6062-3304>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Puebla, Puebla, México.

**Jason Leonel Legorreta Calderón**

[drjasonlegorreta@gmail.com](mailto:drjasonlegorreta@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0003-0277-0845>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Puebla, Puebla, México.

**Luis Ángel Córdoba Muñoz**

[comluis5@gmail.com](mailto:comluis5@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-9959-0589>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Puebla, Puebla, México.

**Luis Felipe Martínez Rosas**

[Louisfe\\_mr@hotmail.com](mailto:Louisfe_mr@hotmail.com)

<https://orcid.org/0000-0003-3352-8357>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Puebla, Puebla, México

### Resumen:

El recto, la penúltima porción del intestino grueso, tiende a ser de especial interés debido a las denominadas urgencias anorrectales, las cuales se definen como “una amplia variedad de enfermedades que comparten síntomas en común, como son dolor anorrectal o sangrado, las cuales pueden requerir de manejo inmediato”. Estas urgencias, son consideradas un problema de salud pública que derivan en un gran gasto económico, tiempo, medicamentos, días de vida laboral y afectan la calidad de vida. La presencia de un cuerpo extraño en el recto constituye un reto para el cirujano. Esta patología muestra una amplia predisposición por el género masculino con un pico en su presentación entre los 20 y 40 años, siendo la principal etiología de índole sexual por lo que muchas veces los pacientes tienden a evitar el buscar ayuda por miedo a ser juzgados. Se presenta el caso de un hombre de 33 años de edad, con antecedente de alcoholismo crónico, en proceso de rehabilitación internado en una clínica, de donde es referido por presentar dolor abdominal, vómito en numerosas ocasiones e incapacidad para evacuar de 3 días de evolución, además de sangrado transanal en cantidad leve a moderada, fétida, líquida oscura, se realiza tomografía simple y contrastada que muestra la presencia de impacción a nivel de ampulla rectal de aparentes “huesos de pollo”, el cual se corrobora tras el interrogatorio dirigido y la exploración rectal con extracción de algunas piezas. Es ingresado a sala de quirófano donde se extrae bajo bloqueo regional y con instrumentación el cuerpo extraño, es hospitalizado y manejado con laxantes, se egresa a los 4 días por mejoría.

**Palabras clave:** Cuerpo extraño; recto; obstrucción intestinal.

---

<sup>1</sup> Autor Principal

## **Unusual foreign body in the rectum as a cause of intestinal obstruction, a Case Report.**

### **Abstract**

The rectum, the penultimate portion of the large intestine, tends to be of special interest due to so-called anorectal emergencies, which are defined as "a wide variety of conditions that share common symptoms, such as anorectal pain or bleeding, which may require immediate management." These emergencies are considered a public health problem that result in a large economic expense, time, medications, days of working life and culmination of quality of life. The presence of a foreign body in the rectum constitutes a challenge for the surgeon. This pathology shows a wide predisposition for the male gender with a peak in its presentation between 20 and 40 years, being the main etiology of a sexual nature, which is why patients often tend to avoid seeking help for fear of being judged.

We present the case of a 33-year-old man, with a history of chronic alcoholism, in the process of rehabilitation admitted to a clinic, where he was referred for presenting abdominal pain, vomiting on numerous occasions, and inability to evacuate for 3 days. , in addition to transanal bleeding in a mild to moderate amount, fetid, dark liquid, a simple and contrast-enhanced tomography is performed, showing the presence of impaction at the level of the rectal ampulla of apparent "bird bones", which is corroborated after directed questioning and rectal exploration with extraction of some pieces. He is admitted to the operating room where the foreign body is extracted under regional anesthesia and instrumentation, he is hospitalized and managed with laxatives, he is discharged after 4 days due to improvement.

**Key words:** Foreign body; rectum; intestinal obstruction.

*Artículo recibido 25 febrero 2023*

*Aceptado para publicación: 25 marzo 2023*

## **Introducción:**

El recto constituye la penúltima porción del intestino grueso, justo previo al conducto anal, con una longitud promedio de 12 hasta 15 cm. <sup>1-2</sup> Este tiende a ser blanco de interés, debido a las urgencias anorrectales, que son definidas de acuerdo con las guías WSES-AAST, como “una amplia variedad de enfermedades que comparten síntomas en común, dolor anorrectal o sangrado, que puede requerir manejo inmediato”<sup>3</sup>; Error! No se encuentra el origen de la referencia.. Dentro de estas condiciones podemos encontrar patologías como son: fisura anal, prolapso anal irreductible, sepsis anorrectal, tumoraciones anorrectales obstructivas, cuerpo extraño, entre otras cosas.<sup>4</sup>

Las urgencias anorrectales son consideradas un problema de salud pública, ya que estas derivan en grandes costos económicos, consumo de tiempo, medicamentos, así como días de incapacidad laboral y daño importante a la calidad de vida. <sup>4</sup>

El cuerpo extraño en recto constituye un reto para el cirujano, ya que los pacientes tienden a evitar explicar el mecanismo de inserción de este, por miedo a ser juzgados.<sup>4-5</sup>

Se muestra una amplia predisposición por el género masculino, en una razón de 28:1 con respecto a las mujeres, encontrando un pico en el grupo etario correspondiente a los 20-40 años. Dentro de la etiología hasta el 75 % de estos eventos pueden ser concernientes a la estimulación erótica, aunque esta no es la única razón para esto, pudiendo encontrar inserciones accidentales, tráfico de drogas y en raras ocasiones, estos objetos pueden ser deglutidos, pasando por todo el tracto gastrointestinal hasta llegar al ámpula rectal. <sup>4-6</sup> Existe una amplia variedad de objetos retenidos en el recto, como son: juguetes sexuales, baterías, focos, velas, vegetales, entre otras cosas. <sup>6</sup>

El retraso en la búsqueda de atención médica puede llevar a un amplio abanico de lesiones que van desde edema de la mucosa, hasta la perforación intestinal. <sup>7</sup>

Para su adecuado estudio, la Asociación Americana para la Cirugía de Trauma (AAST) ha elaborado una escala, la cual nos ayuda al correcto entendimiento y tratamiento de las lesiones rectales, aún cuando esta escala suele ser utilizada en el contexto de trauma penetrante o contuso, su uso puede

extenderse a las lesiones secundarias a cuerpos extraños (Tabla 1). El tratamiento de las lesiones rectales se basará en el tipo de lesión (hematoma, laceración o desvascularización).<sup>8</sup>

<b>GRADO</b>	<b>TIPO DE LESIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
I	HEMATOMA	CONTUSIÓN O HEMATOMA SIN DESVASCULARIZACIÓN
II	LACERACIÓN	LACERACIÓN DE ESPESOR PARCIAL
III	LACERACIÓN	LACERACIÓN < 50 % DE LA CIRCUNFERENCIA
IV	LACERACIÓN	LACERACIÓN >50 % DE LA CIRCUNFERENCIA
V	LACERACIÓN	LACERACIÓN DE ESPESOR TOTAL CON EXTENSIÓN AL PERITONEO
V	VASCULAR	SEGMENTO DESVASCULARIZADO

**Tabla 1.** Clasificación de la AAST para lesiones del recto.<sup>11</sup>

Otra clasificación, dependerá de la naturaleza de la lesión, clasificándola como sexual o no sexual, dentro de estas dos, como voluntarias o involuntarias.

	<b>VOLUNTARIO</b>	<b>INVOLUNTARIO</b>
<b>SEXUAL</b>	VIBRADORES, DILDOS, ETC...	VIOLACIÓN O AGRESIÓN
<b>NO SEXUAL</b>	TRÁFICO DE DROGAS ILÍCITAS	CASOS DE ENFERMEDAD MENTAL O NIÑOS; TERMÓMETROS RECTALES RETENIDOS; PUNTAS DE ENEMA; INGESTA ORAL COMO SON HUESOS, MONDADIENTES, OBJETOS PLÁSTICOS

**Tabla 2.** Clasificación de cuerpos extraños en recto.<sup>11</sup>

Todo cuerpo extraño alojado en el recto debe ser clasificado como potencialmente peligroso, así mismo, debe ser clasificado para su estudio y tratamiento, siendo las lesiones más comunes grado I y II de acuerdo con la AAST.

El diagnóstico tiende a ser retador, debido a que el paciente puede sentirse avergonzado ante esta situación, por lo que se lleva a un retraso en la búsqueda de auxilio médico, así mismo, al existir una amplia variedad de objetos los cuales pueden ser encontrados en el recto, puede complicar la presentación clínica. En múltiples ocasiones, los pacientes tienden a buscar ayuda tras múltiples intentos de retirar por sí mismos los objetos, llevando a edema, sangrado y espasmo muscular, complicando la extracción.<sup>6</sup>

Una vez que el paciente acude a urgencias, el primer paso, tras una adecuada anamnesis, es la obtención de estudio de imagen, incluso previo a la exploración digital, debido a la posibilidad de encontrar objetos puntiagudos o afilados, los cuales puedan lesionar al médico, sugiriendo la obtención de radiografías en dos proyecciones (anteroposterior y lateral), para identificar la localización, forma y tamaño del objeto, así como la presencia de neumoperitoneo que nos llevaría a la sospecha de perforación de víscera hueca, siempre y cuando el paciente se encuentre estable, hemodinámicamente.<sup>3,4</sup> Una vez obtenidos los estudios de imagen pertinentes, debe llevarse a cabo una exploración abdominal, seguida de la exploración rectal digital, documentando exhaustivamente los hallazgos de esta exploración; las laceraciones, hematomas y perforaciones, pueden producir una descarga de sangre fresca o hasta la expulsión de sangre achocolatada, la cual podría indicar desde necrosis del tejido hasta sepsis.<sup>4</sup> La exploración abdominal nos podría evidenciar la presencia de signos peritoneales o incluso, en algunos casos, puede el cuerpo extraño puede ser palpable desde el abdomen.<sup>4,8</sup>

La meta, una vez identificada la presencia de un cuerpo extraño en el recto, es la remoción de este, limitando el daño que este o su extracción puedan causar; esto puede ser realizado ya sea por extracción transanal, remoción endoscópica o intervención quirúrgica.

En pacientes hemodinámicamente estables, sin datos de perforación o peritonitis, si el cuerpo extraño se encuentra próximo al margen anal, se recomienda la realización de un abordaje transanal, siendo este el abordaje menos invasivo, logrando el éxito en 60-70 % de los casos.<sup>3,8,10</sup> El factor más importante en el abordaje transanal es la relajación, la cual puede ser lograda mediante un bloqueo perianal, anestesia espinal o cualquiera de estos agregados a una sedación intravenosa; esto ayuda a disminuir el espasmo del esfínter anal, mejorando la visualización y exposición del objeto. Una vez lograda la sedación del paciente y con el paciente en posición de litotomía, puede intentarse la extracción, esta puede ser realizada mediante la implementación de fórceps y bajo visualización directa con la ayuda de un anoscopio o un sigmoidoscopio, de esta forma se disminuye la posibilidad de realizar una lesión iatrógena.<sup>6,8</sup> Existen predictores de fallo ante la extracción transanal como son: objetos con longitud mayor a 10 cm, objetos rígidos o afilados que pueden haber migrado al colon sigmoides, retención del cuerpo extraño por más de dos días.

Si la extracción transanal con bloqueo regional falla, la extracción mediante el abordaje quirúrgico está recomendada, así mismo en pacientes que presentan datos de perforación de víscera hueca, sepsis o peritonitis la recomendación es la realización de una laparotomía exploratoria.<sup>3, 10</sup> El primer paso para seguir, una vez realizada la laparotomía, en ausencia de perforación, se recomienda ordeñar el colon para propulsar el cuerpo extraño y así intentar nuevamente la extracción transanal, en caso de que esto no sea posible se debe considerar el realizar una colotomía, siendo factible un cierre primario en caso de que la contaminación no sea muy extensa, si el tejido se encuentra bien vascularizado y no se produzca mucha tensión entre los tejidos; caso contrario puede ser necesaria la realización de un procedimiento de Hartmann cuando no se cumplen estas condiciones o coexista inestabilidad hemodinámica.<sup>3,8,10</sup>

No se recomienda el uso indiscriminado de tratamiento antibiótico, siendo necesaria la selección de pacientes, eligiendo pacientes con datos de inestabilidad hemodinámica o datos de perforación, siendo sugerida la utilización de antibióticos de amplio espectro.<sup>3,8</sup>

El manejo postoperatorio dependerá de múltiples factores: el estado hemodinámico del paciente, comorbilidades presentes. Se recomienda la vigilancia imagenológica y endoscópica del paciente una vez el cuerpo extraño haya sido extraído, para descartar una perforación que haya pasado inadvertida, continuando con un adecuado manejo hídrico y control analgésico, para reiniciar la dieta enteral una vez que la función del intestino se haya normalizado. <sup>11</sup>

### **Caso clínico**

Acude al servicio de urgencias un hombre de 33 años de edad, cuenta con los siguientes antecedentes: alcoholismo desde los 13 años hasta llegar a la embriaguez, el cual se ha intensificado en el último año, sin especificar sustancias, cantidad y frecuencia.

Se encuentra desde hace 3 meses internado en clínica privada para tratamiento de alcoholismo.

Niega otros antecedentes de importancia.

Inicia su padecimiento hace 3 días al presentar dolor abdominal de tipo colico, difuso, mal localizado, intensidad 5/10, sin irradiaciones, sin factores que lo aumenten o disminuyan, se acompaña de vómito en numerosas ocasiones de contenido intestinal e incapacidad para evacuar. Refiere además sangrado transanal desde hace 1 mes en cantidad leve-moderada, líquida oscura, fétida, que en ocasiones acompaña a las evacuaciones, así como cambios en los hábitos defecatorios desde hace 1 mes, al ser de consistencia líquida Bristol 7, pujo y excreción de restos alimenticios correspondientes a "huesos de pollo".

A la exploración física signos vitales: tensión arterial 105/72, frecuencia cardíaca 86, frecuencia respiratoria 16, temperatura 37, consciente, orientado, adecuada coloración de piel y tegumentos, regular hidratación, fascie álgica, normocefalo, sonda nasogástrica con gasto de contenido intestinal, fétido, no cuantificado, murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, ruidos cardiacos adecuado tono y ritmo, abdomen ligeramente distendido, peristalsis disminuida, timpanico a la percusión, doloroso a la palpación profunda, difuso, signo de Von Blumberg negativo, genitales acorde a edad y sexo, sonda foley a derivación con orina clara, no cuantificada, resto de exploración sin alteraciones.

Al tacto rectal presencia de resto hemáticos en margen anal, ano de características normales, doloroso a la digitalización, adecuado tono basal de esfínter anal, paredes edematosas, se palpan cuerpos extraños impactados de consistencia sólida con superficies puntiformes, restos de sangre y materia fecal.

Laboratorios: leucos 13 mil, hb 12, plaq 305, gluc 98, creat 1.1, na 132, k 3.1, tp 15, inr 1.1 tpt 27

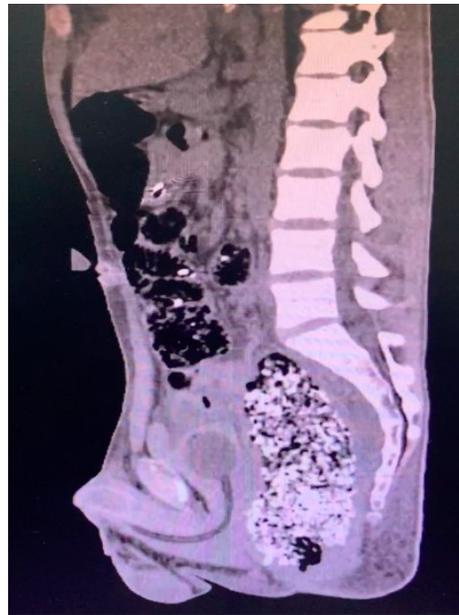
Gasa ph 7.35 Po2 88 Pco2 36 SO2 98% lact 0.6 -BE -3.4 HCO3 24

Rx abdomen: dilatación de asas intestinales y marco colico, presencia de niveles hidroaéreos, ausencia de aire en ámpula rectal.

Debido a los hallazgos obtenidos del interrogatorio, la exploración física y tras la extracción de cuerpos extraños anorectales por aparentes restos alimenticios pertenecientes a "huesos de pollo", se establece el diagnóstico de oclusión intestinal secundaria a cuerpo extraño en recto, al no contar con urgencia quirúrgica se instaura manejo médico y se solicita tomografía simple de abdomen y pelvis.



**Figurra 1.**



**Figura 2.**

**Figura 1** Tomografía computarizada en corte coronal con imagen con densidad calcio que ocupa el recto.

**Figura 2** Tomografía computarizada en corte sagital con imagen con densidad calcio que ocupa el recto.

Tras los hallazgos reportados en la tomografía computarizada se decide exploración ano rectal bajo bloqueo regional en quirófano.

Cirugía programada: Exploración anorectal bajo bloqueo regional.

Cirugía realizada: Exploración anorectal bajo bloqueo regional.

Hallazgos: Cuerpos extraños que pertenecen a "huesos de pollo" impactados en ampulla rectal hasta unión rectosigmoidea, aproximadamente 1 kilogramo, materia fecal de consistencia líquida, fétida, edema importante de paredes de recto con presencia de desgarros de mucosa.



**Figura 3** Cuerpo extraño extraído del recto del paciente que corresponden a múltiples fragmentos de "huesos de pollo".

Tras la extracción instrumentada de la mayoría de los cuerpos extraños, el paciente ingresa a hospitalización en donde es tratado con laxantes arrojando el resto del material extraño, se realiza

tomografía de control el cual evidenciaba la ausencia de los mismos, cursa con adecuada evolución y es egresado a los 4 días de su intervención con seguimiento por consulta externa.



**Figura 4** Tomografía computarizada de control en corte coronal, posterior a evento quirúrgico, ausencia de cuerpo extraño en recto, datos de inflamación rectal.

### **Discusión**

No es tan infrecuente que el cirujano general se encuentre con hallazgos inesperados en las cirugías de urgencias anorrectales, por lo que requiere gran experiencia para resolver los problemas de la mejor manera posible.

De inicio la clínica es indispensable en sospecha de la presencia de un cuerpo extraño en el recto, el dolor anorrectal y sangrado transanal constituyen los síntomas más comunes, aunque pueden incluir dolor abdominal, distensión, vómito y constipación asociados a cuadro de oclusión intestinal, no obstante, la obstrucción colónica es más gradual y tiene un dolor más moderado que cuando se presenta en el intestino delgado.

Los estudios complementarios reportaban un aumento en el recuento de glóbulos blancos asociados a un proceso inflamatorio pero el resto de los laboratorios se encontraban dentro de parámetros normales.

El estudio de imagen que constaba de una radiografía de abdomen mostraba datos sugestivos de oclusión intestinal a nivel de colón, cabe recalcar que los cuerpos extraños pueden causar en ocasiones obstrucción de colon al insertarse en el recto.

El examen rectal corroboró la sospecha clínica y finalmente fue el motivo por el cual el paciente fue sometido a una tomografía simple de abdomen para posteriormente ser programado a procedimiento quirúrgico para extracción instrumentada de los cuerpos extraños, ya que ese momento no contaba con urgencia quirúrgica. De acuerdo a la literatura actual se considera que la colonoscopia se ha convertido en herramienta importante en el manejo de cuerpos extraños en el colon, permitiendo la extracción de los objetos que anteriormente solo era posible recuperar por intervención quirúrgica. Sin embargo, puede haber complicaciones como hemorragia masiva y perforación intestinal.

### **Conclusión**

El manejo de las patologías anorrectales representa un desafío para todo cirujano, independientemente de su etiología. La oclusión intestinal por cuerpo extraño supone una entidad poco frecuente en nuestro medio por lo que es imprescindible que el cirujano conozca aspectos básicos de dicha entidad. Una vez que existe la sospecha clínica se deben solicitar estudios de imagen que ayuden al médico a identificar la localización, forma y tamaño del objeto para normar una conducta quirúrgica a seguir. Así mismo es importante hacer énfasis en la vigilancia imagenológica y endoscópica del paciente una vez el cuerpo extraño haya sido extraído.

## Lista de referencias

Bullar Dunn, K. M., & Rothenberger, D. A. (2015). Chapter 29. Colon, Rectum, and Anus. En F. C. Brunnicardi, *Schwartz's Principles of Surgery*, tenth edition (págs. 1175-1239). McGraw Hill.

John E, S., Kingsnorth, A. N., Gene L, C., Weidman, T. A., Skandalakis, P. N., & Skandalakis, L. J. (2015). Intestino grueso, recto y ano. En E. a. John E. Skandalakis, *Skandalakis' Cirugía con bases anatómicas y embriológicas de la cirugía* (págs. 764-894). Marbán.

Tarasconi, A., Et al (2021). Anorectal emergencies: WSES-AAST. *World Journal of Emergency Surgery*, 16-48.

Lohsiriwat, V. (2016). Anorectal Emergencies. *World Journal of Gastroenterology*, 5867-5878.

Galia, M., Agnello, F., La Grutta, L., Lo Re, G., Cabibbo, G., Grassedonio, E., ... Midiri, M. (2015). Computed tomography of bowel obstruction: tricks of the trade. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 9(8), 1115–1125.

Rodríguez, T., Mora, C. (2019) Tratamiento del cuerpo extraño rectal en un Servicio de Urgencia, 518-522.

Eng K, Kay M. Gastrointestinal bezoars: history and current treatment paradigms. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2012 Nov;8(11):776-8. PMID: 24672418; PMCID: PMC3966178.

Manatakis D, Sioula M, Passas I, Zerbinis H, Dervenis C. Rectal seed bezoar due to sunflower seed: a case report and review of the literature. *Pan Afr Med J*. 2018 Oct 31;31:157.

Ayantunde, A. (2013) Approach to the diagnosis and management of retained rectal foreign bodies: clinical update, 13-20.

Hui Ye, Et al (2018) Migration of a foreign body to the rectum A case report and literature review, 1-4.

Goldberg, J. E., & Steele, S. R. (2010). Rectal Foreign Bodies. *Surgical Clinics of North America*, 90(1), 173–184.

Kopke Túlio M, Barreiro P, Bana e Costa T, et al Rectal bone bezoar: an unusual finding Case Reports 2016

Ernest E. Moore, MD, Thomas H. Cogbill, MD, Mark Malangoni, MD, Gregory J. Jurkovich, MD, and Howard R. Champion, MD. “Injury Scoring Scale.” *The American Association for the Surgery of Trauma*, 27 Aug. 2009, [www.aast.org/resources-detail/injury-scoring-scale](http://www.aast.org/resources-detail/injury-scoring-scale).

Grossi, A. E. de L. M. T., Rodriguez, J. E. R., de Freitas Sousa, A. A., Machado, D. A. B., de Albuquerque, V. V. M. L., & de Macedo, F. P. P. C. (2022). Management of unusual rectal foreign body - Case report and literature review. *International Journal of Surgery Case Reports*, 94(107051), 107051.

Kasotakis, G., Roediger, L., & Mittal, S. (2012). Rectal foreign bodies: A case report and review of the literature. *International Journal of Surgery Case Report*