

# Ingestión de cuerpo extraño asociado a trastorno psiquiátrico

Carlos Banse E, Rachid Gorrón M, Daniela Cardemil N\*, Valentina Riquelme O\*, Patricio Cardemil L\*, Ana María Birrer G\*.

## RESUMEN

*Se 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. Se analizan aspectos psicopatológicos propios del perfil de estos pacientes y el enfoque terapéutico, tanto de su patología de base como del tratamiento endoscópico de los cuerpos extraños. (Palabras claves/Key words: Cuerpos extraños/Foreign bodies; Extracción endoscópica/Endoscopic extraction; Paciente psiquiátrico/Psychiatric patient).*

## INTRODUCCIÓN

La ingestión de cuerpos extraños (CE) es una entidad de rara ocurrencia, siendo más frecuente en niños (80%), ya sea en forma accidental o intencional. Entre los adultos, los grupos de mayor riesgo son los pacientes ancianos con prótesis dentales, pacientes con alteraciones mentales y reclusos con fines de auto lesión<sup>1</sup>.

Estos dos últimos grupos de personas ingieren CE voluntariamente y algunos en forma recurrente con los más diversos fines<sup>2-4</sup>. También es amplia la variedad de objetos ingeridos. En cuanto a los pacientes que usan prótesis dentales, éstos suelen no percatarse de su ingestión debido a la disminución de la sensibilidad del paladar<sup>5</sup>.

La mayoría de los CE progresan espontáneamente a través del tracto digestivo, avanzando sin producir mayor daño<sup>6,7</sup>. Por el contrario, cuando los CE tienen potencial peligro debido a su forma o tamaño, deben ser removidos.

El manejo debe ser conservador en lo posible, con cirugía indicada sólo en caso de complicaciones o fracaso de la extracción por endoscopia, que es el método de elección.

En esta comunicación se presenta el caso clínico de un paciente psiquiátrico que ha presentado la ingestión voluntaria y recurrente de CE metálicos.

## CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 17 años de edad, de procedencia rural, con historial médico desde el año 2001. Con antecedentes de trastorno conductual secundario, con múltiples episodios de ingesta voluntaria de objetos corto punzantes, acción realizada en cuatro ocasiones, llegando incluso a la perforación gástrica. Los objetos extraídos en esas ocasiones fueron: hojas y mangos de cuchillos, mangos de cucharas y resortes, lográndose en una ocasión extraer 4 piezas metálicas.

Ingresa a la Unidad de Emergencia el 2 de Marzo de 2003, derivado desde el área, con una presión arterial de 140/100 mm Hg, pulso de 88 por minuto, hidratación adecuada, abdomen doloroso y con defensa muscular abdominal. En una placa simple de abdomen se evidenció la presencia de varios cuerpos extraños metálicos con sospecha de

corresponder a cuchillos en tubo digestivo. No hubo evidencia de perforación de víscera hueca (Figura 1).

El paciente fue sometido el mismo día a una endoscopia digestiva alta (EDA), en la cual se extrajo cuatro CE longilíneos, capturando cada uno de ellos por su extremo proximal mediante un asa de polipectomía.

Los CE extraídos en esta ocasión fueron: dos mangos de cubiertos metálicos, un mango plástico de cuchillo y un destornillador sin mango, que midieron entre 11 y 12 cm de longitud, con un diámetro mayor de 18 mm (Figura 2).

El paciente evolucionó satisfactoriamente. Se realizó interconsulta a psiquiatría en donde se diagnosticó:



**FIGURA 1.** Radiografía simple abdomen que muestra cuerpos extraños metálicos.



**FIGURA 2.** Cuerpos extraños extraídos endoscópicamente.

- Trastorno conductual secundario con ingesta voluntaria de objetos cortopunzantes.
- Personalidad anormal de tipo limítrofe o "borderline".
- Intentos de suicidios múltiples.
- Trastorno de la identidad sexual.
- Posible inteligencia límite (disarmónico).

Se le indicó tratamiento con decanoato de flufenazina 0,25 ml (7,5 mg) IM cada 30 días. Fue dado de alta el 4 de Marzo de 2003 con indicación de control en psiquiatría para evaluar tratamiento neuroléptico. Paciente no contaba con soporte familiar para supervisión de terapia ni asistencia a controles.

Ingresó nuevamente el 15 de Abril de 2003 a la Unidad de Emergencia con sospecha de ingestión de CE, presentando buenas condiciones generales, con una presión arterial de 100/70 mm Hg, pulso de 92 por minuto y temperatura de 36.8 °C, abdomen doloroso a la palpación en forma difusa y resistencia muscular voluntaria. Se realizó EDA y se extrajeron endoscópicamente desde la cavidad gástrica dos cuerpos extraños metálicos (trozos de cuchillo y tenedor), además se evidenció erosiones en pared gástrica y esofágica (Figura 3).

## COMENTARIO

Comentaremos el caso clínico presentado desde el punto de vista psicoantropológico y del manejo de la ingestión de cuerpos extraños.

### Enfoque psicopatológico

El comportamiento autodestructivo dentro de la esfera psiquiátrica puede presentarse tanto de forma directa como indirecta. Los gestos suicidas, intentos de suicidio y el suicidio consumado, son ejemplos de comportamientos autodestructivos directos. El comportamiento autodestructivo indirecto implica la participación generalmente de modo repetido, en actividades peligrosas sin que exista una intención conciente de morir.

En la literatura psiquiátrica se han descrito muchas variedades de comportamientos dañinos. Las víctimas son principalmente sicóticos y sus actos están motivados por ideas delirantes y/o alucinaciones. El fenómeno más común son los cortes superficiales repetidos en distintas partes del cuerpo, principalmente en las muñecas, estando a menudo asociados a desorden de la personalidad tipo *borderline*<sup>8</sup>.

La ingestión intencional de CE rara vez ha sido discutida en la literatura psiquiátrica. La

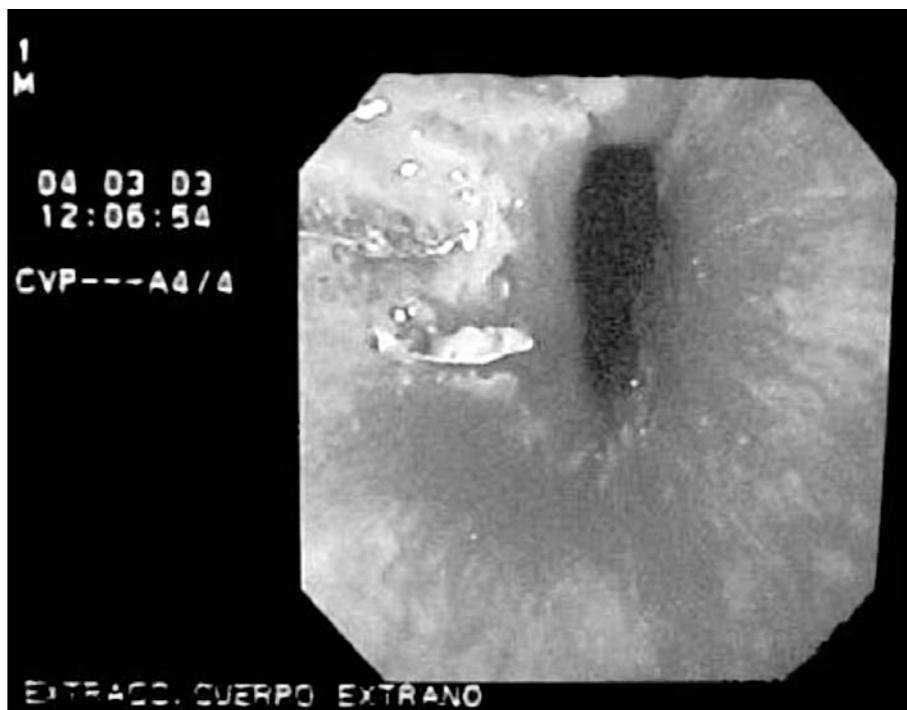


FIGURA 3. Mínimas erosiones cardiales post extracción endoscópica.

mayoría de los reportes de ingestión de CE han sido en prisioneros. Menor atención ha recibido la ingestión de objetos puntiagudos en la población de prisioneros.

Los pacientes psiquiátricos que se tragan 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 auto daño.

Los impulsos de auto daño se pueden presentar cuando los pacientes se ven enfrentados a situaciones conflictivas con alto componente emocional<sup>9</sup>.

El enfrentamiento de este grupo de pacientes creemos debe ser enfocado por una parte, a la resolución de la patología quirúrgica destinada a revertir el riesgo que podría significar para la vida del paciente, y por otro lado, a la resolución de la patología de base que es el trastorno conductual para así evitar la recurrencia del cuadro.

### Tratamiento del cuerpo extraño

Diferentes tipos de CE se pueden alojar en el tubo digestivo, ya sea en forma accidental o provocada. Cerca del 90% de los CE deglutidos pasa espontáneamente las principales barreras intestinales, siendo eliminados por vía natural dentro de los siguientes 7 a 8 días. En el 10% restante se trata de elementos por ejemplo punzantes, de conformación o tamaño considerable y/o potencialmente tóxicos, los que deben ser extraídos mediante procedimientos endoscópicos<sup>10</sup>. Sólo en el 1% es necesario llegar a la cirugía; en tales casos la técnica laparoscópica puede ser utilizada como una primera aproximación. La perforación del tubo digestivo causada por un CE es un hecho excepcional, observado en cerca del 1% de los casos. Los objetos afilados y puntiagudos son los que acarrearán el máximo riesgo de perforación, así como también los con poder corrosivo como baterías y pilas. La naturaleza de los CE es muy variada: monedas, tapas de bebidas, palillos, agujas, cucharas, cuchillos de afeitar, cuchillos cocineros, pinzas metálicas etc.<sup>11-13</sup>.

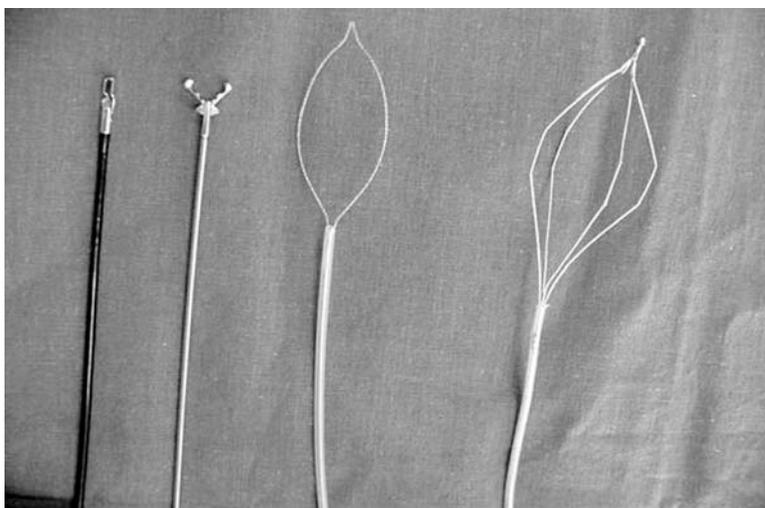
La extracción endoscópica es factible y altamente exitosa cuando los objetos se encuentran alojados en el esófago o estómago. Hay corrientes de opinión que prefieren el manejo expectante en pacientes psiquiátricos por la reincidencia conocida,

y otros el manejo quirúrgico temprano en casos accidentales o en reclusos<sup>14</sup>. De esta manera, la presencia de las complicaciones sería una clara indicación quirúrgica. Otras alternativas de tratamiento, como el uso de catárticos y enemas, están contraindicados debido a la alta morbimortalidad que provocan, ocasionando hasta un 30% de complicaciones y un 11% de mortalidad según algunos autores.

Cuerpos extraños en el esófago requieren usualmente rápida intervención. Constituye una de las más antiguas medidas de tratamiento endoscópico conocidos, siendo aconsejable la extracción luego de 6 horas desde la última ingesta alimentaria. En contraste, en el lumen gástrico los objetos son frecuentemente retenidos por largos períodos sin presentar consecuencias<sup>15</sup>, y dependiendo de la naturaleza del CE, la conducta puede ser expectante. En pacientes pediátricos es mandatoria la extracción bajo anestesia general. En adultos y dependiendo del CE a extraer, es factible una sedación endovenosa. Sin embargo, el riesgo de aspiración al momento de la extracción y/o posibles lesiones faringoesofágicas por la descompensación del paciente, hacen aconsejable también muchas veces la administración de anestesia general con intubación orotraqueal. La extracción endoscópica es posible, la mayoría de las veces, mediante endoscopia flexible y con diferentes alternativas de pinzas: asa de polipectomía, pinza de cuerpo extraño ("cocodrilo"), canastillo de Dormia, etc. (Figura 4).

Es necesario capturar el CE por el extremo menos punzante, acercándolo íntimamente al endoscopio e insuflando aire en forma permanente durante el paso por el esófago, para prevenir lesiones a este nivel. Esto normalmente es facilitado con el uso de endoscopios terapéuticos de mayor diámetro y ocasionalmente mediante un "sobretubo". La necesidad de esofagoscopia rígida es excepcional<sup>16</sup>.

Entre las complicaciones severas de la ingestión de CE encontramos obstrucción intestinal, hemorragia, perforación y abscesos intrabdominales<sup>17-19</sup>. El desarrollo de abscesos intraabdominales secundario a la ingestión de CE es un fenómeno conocido pero infrecuente, siendo el estudio imagenológico mediante ecotomografía o *scanner* abdominal, necesario para el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado de estas complicaciones. El diagnóstico del absceso es con ecografía abdominal o tomografía abdominal computarizada.



**FIGURA 4.** De izquierda a derecha se observan pinzas de cuerpo extraño (2), asa de polipectomía y canastillo de Dormia.

## REFERENCIAS

1. Rojas E. Manual de Urgencias en Medicina Interna, Hospital San Juan de Dios, Bogotá, 1995; 10: 110
2. Herrera P, Fernández Núñez J M, Arroyo B, Sánchez González FJ, De Saa Alvarez M R, García Mora R: Cuerpos extraños esofágicos. *Medicina General* 2002; 47: 660-3
3. Weiner B: Ingestion of foreign objects. *Lancet* 2001; 357(9272): 1976
4. Castineira M, Lopez M: Foreign body ingestion among prisoners. *Rev Esp Enferm Dig* 1994; 85: 254-6
5. Cárdenas P, Altamirano C, Lira E, Aguayo A, Haberle C, Luarte JM: Cuerpos extraños esofágicos. *Rev Chil Cir* 1994; 46: 367-70
6. Caratozzolo E, Massani M, Antoniutti M, Basso S, Monica F, et al: Combined endoscopic and laparoscopic removal of ingested large foreign bodies. Case report and decisional algorithm. *Surg Endosc* 2001; 15: 1226
7. O'Sullivan ST, Reardon CM, McGreal GT, Hehir DJ, Kirwan WO, Brady MP: Deliberate ingestion of foreign bodies by institutionalised psychiatric hospital patients and prison inmates. *Ir Med Sci* 1996; 165: 294-6
8. Gerdis J, Whitman L, Convit A: Ingestion of sharp foreign objects. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 171-2
9. Pillmann F: Ingestion of metals and factitious disorders. Impulse control disorder presenting on a background of situational conflicts. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 99-100
10. Soehendra N, Binmoeller K, Seifert H, Schreiber HW: Praxis der therapeutischen endoskopie. Stuttgart, Thieme Verlag, 1997: 2-12
11. Tenner S, Wong R, Carr-Locke D: Toothpick ingestion as a cause of acute and chronic duodenal inflammation. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 1860-2
12. Newell K, Taylor B, Walton J, Tweedie EJ: Plastic bread-bag clips in the gastrointestinal tract: report of 5 cases and review of the literature. *CMAJ* 2000; 162: 527-9
13. Toriz A, Rodea H, Athié C, Guizar C, Malo A, et al: Perforación intestinal por pica. *Rev Méd hospital General de Mexico*; 1999; 62: 198-201
14. Teimourian B, Cigtay As, Smyth N: Management of ingested foreign bodies in psychotic patients. *Arch Surg* 1964; 88: 915-20
15. Roark GD, Subramanyam K, Patterson M: Ingested foreign material in mentally disturbed patients. *South Med J* 1983; 76: 1125-7
16. Manegold BC: Fremdkörper im gastrointestinaltrakt. In: Ottenjan R, Classen M (eds), *Gastroenterologische Endoskopie*. Stuttgart, Enke Verlag, 1991: 527-52
17. Zambrana J, García-Gutiérrez J, Díez F: Subphrenic abscess related to the ingestion of a toothpick. *N Engl J Med* 1998; 338: 133-4
18. Klingler P, Smith S, Abendstein B, Brenner E, Hinder RA: Management of ingested foreign bodies within the appendix: A case report with review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 2295-7
19. Norstein J, Krajci P, Bergan A, Geiran O: Intestinal perforation after ingestion of a blister-wrapped tablet. *Lancet* 1995; 346: 1308