



# UNA CAUSA INUSUAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: PALILLO MONDADIENTES CLAVADO EN EL DUODENO.

## AN UNUSUAL CAUSE OF UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING: A TOOTHPICK STUCK IN THE DUODENUM.

J Rodríguez-Sánchez<sup>1</sup>, M Salas Cabañas<sup>2</sup>,  
T Martínez Torres<sup>1</sup>, MT Luque Nuñez<sup>1</sup>, F Luna Hita<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Endoscopia. <sup>2</sup> Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Gutiérrez Ortega. Valdepeñas (España).

### RESUMEN

**Introducción:** la hemorragia digestiva como única manifestación clínica de impactación de un cuerpo extraño, es algo anecdótico tan sólo comunicado en forma de casos clínicos, por lo que se desconoce su prevalencia como causa de hemorragia digestiva alta.

**Métodos:** varón de 56 años que ingresa en nuestro Servicio por rectorragia asociada a anemia, pero sin clínica de inestabilidad hemodinámica. En la gastroscopia de urgencias, se objetiva un palillo mondadientes que se encuentra clavado desde bulbo duodenal hacia cavidad gástrica sobresaliendo su extremo proximal a través de un pliegue prepilórico. Tras comprobar la ausencia de complicaciones extraparietales, se extrae por endoscopia sin complicaciones.

**Conclusión:** la impactación de cuerpos extraños punzantes, supone una urgencia endoscópica con potenciales complicaciones como la hemorragia y la perforación. Este cuadro clínico puede ser tratado endoscópicamente de forma exitosa, siempre que previamente descartemos lesiones extraparietales.

**PALABRAS CLAVE:** palillo mondadientes, cuerpo extraño, hemorragia digestiva alta.

### ABSTRACT

**Introduction:** gastrointestinal bleeding as the only clinical manifestation of impaction of a foreign body, is only anecdotal statement as clinical

cases, making its prevalence is unknown as a cause of upper gastrointestinal bleeding.

**Methods:** 56 year old male was admitted to our department complaining of rectal bleeding associated with anemia, but without clinical hemodynamic instability. In emergency gastroscopy, objectified a toothpick that is nailed from duodenal gastric cavity towards its proximal end protruding through a fold prepilórico. After confirming the absence of complications extraparietales, extracted endoscopically without complications.

**Conclusion:** the sharp foreign body impaction, is a potential emergency endoscopic complications such as bleeding and perforation. This clinical picture can be successfully treated endoscopically, always discard previously extraparietales injuries

**KEY WORDS:** toothpick, foreign body, upper gastrointestinal bleeding.

### Sr. Editor:

La hemorragia digestiva alta causada por cuerpos extraño punzantes, es un cuadro infrecuente y potencialmente grave. Se han publicado casos aislados<sup>(1-5)</sup>, pero no existen estudios que analicen su prevalencia real, aunque se estima que esta es inferior al 5%<sup>(6)</sup>. La manifestación clínica fundamental en la impactación de cuerpos extraños punzantes es el dolor abdominal (55%) y los vómitos de repetición (16%), siendo la hemorragia digestiva aislada una manifestación anecdótica.

Presentamos el caso de un varón de 56 años, con demencia vascular, secuela de un accidente cerebrovascular 2 años antes, que acude al Servicio de Urgencias de nuestro Centro por cuadro de melenas de 4 días de evolución, sin dolor abdominal asociado ni clínica de inestabilidad hemodinámica. En el hemograma presenta unas cifras de hemoglobina de 8,2 g/dl, hematocrito 26%, con fórmula leucocitaria dentro de límites normales. En la bioquímica destaca una urea 67 mg/dl con creatinina en rango normal.

Ante estos hallazgos, se decide realizar endoscopia urgente con sospecha de hemorragia digestiva alta. Se realiza gastroscopia sin sedación, apreciando un cuerpo extraño de madera punzante (palillo mondadientes), que se encuentra clavado desde bulbo duodenal hacia cavidad gástrica sobresaliendo su extremo proximal a través de un pliegue prepilórico. Se consigue franquear el píloro, y visualizamos como el extremo distal del cuerpo extraño se encuentra clavado en cara posteroinferior de primera rodilla duodenal (**Figura 1**), sin apreciar sangrado activo a ningún nivel.

Debido a la posibilidad de presentar una perforación y previo al intento de terapéutica endoscópica, se decide solicitar TAC abdominal urgente. El radiólogo informa de la existencia de un marcado engrosamiento del bulbo duodenal, sin datos de perforación ni afectación de estructuras vasculares.

### CORRESPONDENCIA:

Dr. Joaquín Rodríguez Sánchez.  
Hospital Gutiérrez Ortega. Valdepeñas (Spain).  
Av. de los Estudiantes, s/n  
13300 Valdepeñas, Ciudad Real (Spain).  
Phone number: 926320200 ext. 20409.  
Email: joarosa@sescam.jccm.es



**FIGURA 1.-** Palillo monda-dientes ensartado en pliegue prepilórico desde bulbo duodenal.



**FIGURA 2.-** Extracción de Palillo con fórceps convencional, y posteriores secuelas las cuales no presentan datos de sangrado, ni signos subsidiarios de tratamiento endoscópico. El cuerpo extraño extraído, es punzante por ambos extremos y presenta una longitud de 7 cm.

Una vez comprobada la ausencia de complicaciones extraparietales, se realiza endoscopia en quirófano bajo sedación con propofol e intubación orotraqueal, asistido por Anestesiólogo. Con ayuda de Forceps convencional (2,8 mm biopsy fórceps-Endojaw. Olympus. Hamburgo. Ale), traccionamos suavemente comprobando como el palillo se “desenvaina”, siguiendo un trayecto submucoso hasta su completa extracción del pliegue mucoso, retirándolo sin ayuda de sobretubo no presentando complicaciones. Posteriormente se revisan las ulceraciones provocadas por su extremo proximal y distal, sin presentar sangrado activo ni datos subsidiarios de tera-

péutica endoscópica, por lo que optamos por finalizar el procedimiento (Figura 2).

El paciente es dado de alta a las 48 horas, encontrándose asintomático. Si bien, se decide tratamiento antibiótico de amplio espectro con amoxicilina-clavulánico 1 gramo cada 12 horas durante 7 días como profilaxis de complicaciones infecciosas posteriores.

La urgencia endoscópica por impactación de cuerpos extraños es un hecho frecuente, suponiendo la segunda causa de urgencia endoscópica en nuestro medio (7). Según la guía de consenso recientemente publicada

sobre el manejo endoscópico de cuerpos extraños por la American Society of Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) <sup>(8)</sup>, se aconseja la extracción de aquellos objetos superiores a 6 cm, ya que en un porcentaje amplio de casos no serán capaces de franquear el píloro. Sin embargo, en un 15 % quedan retenidos en el duodeno, siendo necesaria la cirugía para su extracción en el 35% de los casos <sup>(9)</sup>. La hemorragia digestiva como única manifestación clínica de impactación de un cuerpo extraño, es algo anecdótico tan sólo comunicado en forma de casos clínicos, por lo que se desconoce su prevalencia como causa de hemorragia digestiva alta. Se ha demostrado como los cuerpos extraños que permanecen impactados más de 24 horas, producen un incremento del riesgo de complicaciones (perforación y hemorragia), más aun si estos son punzantes <sup>(10)</sup>. En nuestro caso, desconocemos el tiempo de evolución, ya que el paciente no recordaba cuando pudo ingerir el palillo, pero dada la clínica, suponemos que presentaba más de 72 horas de evolución.

A la luz de los hallazgos endoscópicos, resulta muy interesante reflexionar sobre el posicionamiento del palillo a nivel de la submucosa, sin llegar a perforar la pared duodenal, lo cual permitió el manejo conservador. Es posible, que el episodio de hemorragia digestiva se autolimitara, y en el proceso de cicatrización el palillo quedara incluido en el tejido. Sin embargo, al desconocer el tiempo desde la ingestión del palillo, esto sólo puede ser contemplado como hipótesis.

En conclusión, la impactación de cuerpos extraños punzantes, supone una urgencia endoscópica con potenciales complicaciones como la hemorragia y la perforación. Por lo que es aconsejable no demorar la actitud terapéutica, no sin antes llevar a cabo una evaluación radiológica mediante TAC que nos prediga el daño derivado de la impactación y por lo tanto la capacidad de éxito del tratamiento endoscópico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Huiping Y, Jian Z, Shixi L. Esophageal foreign body as a cause of upper gastrointestinal hemorrhage: case report and review of the literature. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008 Feb;265(2):247-9.
2. Kaya E, Lenz P, Lebiecz P, Baumgarten K, Wessling J, Domagk D. Placement of covered self-expanding metal stent to treat razor blade-induced esophageal hemorrhage. *Endoscopy* 2010;42 Suppl 2:E201-2.
3. Norrie MW, Chapman G, Connor SJ. A case of upper gastrointestinal bleeding secondary to a bread bag clip. *Aust N Z J Med* 1997 Feb;27(1):75.
4. Korfel Z. [Digestive tract hemorrhage caused by the impact of a foreign body in the duodenum]. *Pol Tyg Lek* 1969 Feb 18;24(7):241-2.
5. Abasov B, Aslan-zade RA. [Mirror bleeding ulcers and obstruction of the duodenum with a foreign body]. *Vestn Khir Im I I Grek* 1989 Jul;143(7):59-60.
6. Hwang JH, Fisher DA, Ben-Menachem T, Chandrasekhara V, Chathadi K, Decker GA, et al. The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2012 Jun;75(6):1132-8.
7. Rodriguez-Sanchez J, Lopez Viedma B, Verdejo Gil C, Martin Davila F, Hernandez Albuja A, Lorente Poyatos R, et al. [Predictive factors of eosinophilic esophagitis in esophageal food bolus impaction]. *Rev Gastroenterol Mex* 2013 Jan;78(1):5-11.
8. Ikenberry SO, Jue TL, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, Ben-Menachem T, et al. Management of ingested foreign bodies and food impactions. *Gastrointest Endosc* 2011 Jun;73(6):1085-91.
9. Palta R, Sahota A, Bemarki A, Salama P, Simpson N, Laine L. Foreign-body ingestion: characteristics and outcomes in a lower socioeconomic population with predominantly intentional ingestion. *Gastrointest Endosc* 2009 Mar;69(3 Pt 1):426-33.
10. Chaves DM, Ishioka S, Felix VN, Sakai P, Gama-Rodrigues JJ. Removal of a foreign body from the upper gastrointestinal tract with a flexible endoscope: a prospective study. *Endoscopy* 2004 Oct;36(10):887-92.