
Cuerpo extraño intra-anal en un niño en edad escolar. A propósito de un caso

Margarita Monge Zamorano*, Javier Lorenzo Toledo*, Manuel E. Méndez Abad**, Nayra Negrin Torres*, Anselmo Hernández Hernández*, Cristina Quintana Herrera**

*Centro de Salud de Tacoronte (Tenerife)

**Centro de Salud Orotava-San Antonio (Tenerife)

Introducción

La presencia de cuerpos extraños ano-rectales es un fenómeno conocido en adultos pero raro en niños. Existen múltiples series que recogen cuerpos extraños de localización ano-rectal, pero la mayoría de ellas incluyen pacientes adultos junto con niños y cuerpos extraños ingeridos por vía oral e introducidos por vía anal en la misma serie^{1,2}.

Aunque existen algunas publicaciones referidas exclusivamente a cuerpos extraños ano-rectales y sus consecuencias, sólo hemos encontrado dos artículos publicados referidos a objetos punzantes (aguja y alfiler, respectivamente) en recto en niños. El primero trata de un lactante de 19 meses que debutó con cojera por un alfiler localizado en ampolla rectal, que pudo extraerse vía anal bajo sedación³. El segundo, se refiere a otro lactante de mes y medio con llanto y cólicos desde 18 días previos en el que se localizó alfiler que se extrajo con pinza hemostática sin complicaciones posteriores⁴. En ambos casos el mecanismo de introducción no llegó a conocerse y se clasificaron como ingesta accidental del cuerpo extraño ya que las familias desconocían el mecanismo por el que habían sido deglutidos y negaban la introducción rectal de los mismos. También se han descrito casos en la literatura por la introducción poco cuidadosa de termómetros⁵ o de cánulas de limpieza. Incluso existe, un caso publicado por cuerpo extraño vegetal secundario a abuso sexual en un lactante de dos meses⁶.

Con respecto al tratamiento que se debe realizar, existen variaciones en función de la naturaleza del objeto. Al tratarse, la mayoría de las veces, de actuaciones urgentes y de objetos de naturaleza muy variada, las formas de extracción descritas obedecen a la experiencia personal del médico y a su capacidad de improvisación. Así por ejemplo, existe una

publicación sobre un varón de 14 años portador de una lata de refresco intra-rectal que consiguieron extraer de forma artesanal bajo anestesia, cambiando la estructura de la lata, retorciéndola y estrujándola hasta convertirla en un cono, para facilitar el paso a través del esfínter anal⁷. En el caso de que sea punzante, como sucedió en el paciente que presentamos, hay que tener especial precaución para que no se produzcan lesiones del esfínter por lo que es necesario realizar maniobras suaves para su extracción, que a veces, pueden reducirse al tacto rectal con desinserción y extracción, sin que se requiriera anestesia local ni sedación, pero en un porcentaje importante, que varía según las series, requieren anestesia o sedación.

Presentamos el caso de un niño de siete años que acudió llevado por sus padres a un servicio de Urgencias por presentar un cuerpo extraño punzante insertado en ano

Caso clínico

Niño de siete años que es llevado al servicio de urgencias de un centro de salud por sus padres, por tener insertado un hierro con forma helicoidal (parte extraíble de una batidora) en ano. Según explicaron los padres, acudieron a la habitación donde se encontraba el niño junto con su hermana mayor de nueve años, ante los gritos de los dos niños, y encontraron al niño con el hierro de la batidora incrustado en la zona anal. Ante el llanto y excitación que presentaba el paciente, lo cogieron en brazos con cuidado y lo llevaron al servicio de urgencias más próximo sin hacer ningún intento de desinserción. A la exploración, el niño presentaba gran excitación y llanto y un hierro de forma helicoidal de 22 cm de longitud insertado en ano, accesorio de una batidora eléctrica (figura 1). Durante la anamnesis a los padres y al niño, se puso de manifiesto que ni los padres ni ningún adulto

estaban presentes en el momento del accidente. El niño refería haberse caído encima del hierro.

El médico de urgencias realizó tacto rectal con 5º dedo para valorar el grado de penetración y forma del hierro, palpándose una terminación en U y una penetración de unos 5 cm. y se consiguió desimpactar y extraer por medio exclusivamente del tacto rectal, sin necesidad de anestesia ni sedación. Posteriormente se realizó nuevo tacto rectal para valorar esfínter y mucosa rectal que no presentaban úlceras ni sangrado. Tras revisar la historia clínica del niño para descartar antecedentes similares y valorar el entorno psicosocial de la familia se decidió el alta, al no encontrar datos que pudieran hacer sospechar maltrato ni abusos, y se remitió a domicilio para observación y posterior revisión por su pediatra. El médico que lo atendió en urgencias hizo parte de lesiones al juzgado correspondiente y lo comunicó telefónicamente al pediatra. La exploración que realizó el pediatra 48 horas después también fue normal y los padres refirieron que no había mostrado dolor ni sangrado. Ante la peculiaridad del caso, se remitió al trabajador social del centro de salud para evaluar el medio social y el ambiente familiar, no encontrando tampoco distocias sociales ni datos que pudieran hacer pensar en conducta inducida ni abusos, por lo que se diagnosticó como un accidente ocurrido en su domicilio.

Discusión

Desconocemos la causa última de porqué este paciente se clavó el hierro de la batidora.

El niño refería que se había caído encima del hierro, lo cual parece poco probable. Teniendo en cuenta que las experiencias anales son narcisistas e incommunicables⁸ y que a partir

de los seis años se suele tener conciencia de las normas sociales y, por tanto, el autoerotismo forma parte de la intimidad o incluso de lo prohibido⁹, probablemente el niño no contaría toda la verdad.

Se excluyó razonablemente la posibilidad de abusos sexuales ya que no había en el domicilio personas extrañas y los padres fueron entrevistados por el trabajador social, el médico y el pediatra sin encontrar ningún dato que apoyara esta tesis. Además, acudieron de forma rápida a urgencias sin intentar maniobras de desinserción domiciliaria y posteriormente acudieron puntualmente a las citas que se les recomendó.

Hay que tener en cuenta, que los niños son curiosos de forma natural. La exploración del propio cuerpo es normal en los niños pequeños, incluso hay niños que intentan meterse objetos en sus orificios genitales. Este comportamiento se puede calificar como peligroso pero no anormal y puede compararse a la introducción de objetos en la nariz o en los oídos¹⁰.

Una posible explicación estaría en relación con el erotismo anal. Desde Freud, los psicoanalistas han teorizado sobre la fase anal. La organización anal se muestra en la teoría psicoanalítica, como un punto crucial en la organización psíquica, en tanto liga pulsiones, narcisismo y defensas, constitución del yo e interiorización de normas. Freud confiere una gran importancia al erotismo anal y al aprendizaje del control de esfínteres en la maduración infantil¹¹. Para los psicoanalistas, la etapa o fase anal, se sitúa alrededor del tercer año de vida. Es esencial para la organización psicosexual infantil. Se caracteriza por el establecimiento de la organización sádico-anal, el predominio de la pulsión de control, la confrontación del sadismo y erotismo anal



Figura 1. Cuerpo extraño. Accesorio de una batidora eléctrica manual. de 22 cm de longitud

... mediante la oposición actividad o control y la pasividad, siendo la mucosa intestinal el órgano más cargado de significación sexual. .El paciente que se presenta tenía siete años, por lo que aunque su edad no encajaría exactamente en este momento evolutivo, dado que la maduración infantil es muy variable, los distintos periodos pueden alargarse en función de cada individuo.

Otro dato a tener en cuenta es que el niño estaba solo sin control de ningún adulto, lo que se ha relacionado con los accidentes en general¹². En este sentido, nos parece importante informar a los padres siempre que tengamos oportunidad, de que aunque la mortalidad por accidentes infantiles ha disminuido en los últimos 15 años, en España continúa siendo una de las primeras causas de muerte entre 1 y 14 años. Además los accidentes son más frecuentes en los niños que en las niñas. Por esto, es importante tenerlos siempre bajo vigilancia de un adulto ya que los niños a estas edades, exploran todo lo que hay a su alrededor. Otro aspecto a tener en cuenta es que también se sabe que los niños con más riesgo de experimentar relaciones sexuales tempranas son los que tienen menos supervisión parental¹³.

Es necesario también tranquilizar a los padres explicando que estas prácticas de autoerotismo anal son un comportamiento que se encuentra dentro de lo normal y que no suponen ninguna aberración pero que, sin embargo, al tratarse de un objeto metálico y punzante si son peligrosas, por lo que es necesario hablar con el niño y explicárselo con palabras que el pueda entender¹⁴.

Bibliografía

1. Ayantunde AA, Oke T. A review of gastrointestinal foreign bodies. *Int J Clin Pract* 2006; 60: 735-739
2. Clarke DL, Buccimazza I, Anderson FA, Thomson SR. Colorectal foreign bodies. *Colorectal Dis* 2005; 7:98-103
3. Alfonso Diego J, Riquelme Ferre C, Figaró i Voltà C, Feliu Rovira A, Escribano Subías J. Un niño que cojea. *An Esp Pediatr* 1999; 50:299-300
4. Gutiérrez-Torres P, Sotelo-Cruz N. Cuerpo extraño punzante en tubo digestivo bajo en un lactante menor. Presentación de un caso. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2005; 22:138-141
5. Aprahamian N, Lee L, Shannon M, Hummel D, Johnston P, Kimia A. Glass thermometer injuries: it is not just about the mercury. *Pediatr Emerg Care* 2009; 25:645-647
6. Aprile A, Cesca E, Cecchetto G, Viel G, Mognato G, Gamba P. Partial bowel obstruction in a 2-month-old child. A delayed diagnosis of anal abuse. *Forensic Sci Int* 2009; 192:e7-9
7. Steenvoorde P, Rovers JP, Tollenaar RA. Retained foreign body in a 14-year-old boy. *J Pediatr Surg* 2003; 38:1554-1556
8. Heimann P. Notes on the anal stage. *Int J Psychoanal* 1962; 43: 406-414
9. De la Cruz Martín-Romo C, Fernández Cuesta Valcarce MA, Bataller i Perelló V. Atender y educar la sexualidad desde la consulta de pediatría. http://www.ampap.es/docencia/pdf/2013_taller_adolescente_sexualidad_en_consulta_ped.pdf
10. Los niños y la sexualidad. California Child Care Health Program. Accesible en: www.ucsfchildcarehealth.org/pdfs/.../Children&SexualitySP012306.pdf. Último acceso 01-02-2014
11. Janin B. Niños encopréticos: La organización anal y sus perturbaciones. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente* 2008; 45/46:39-62
12. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Fazlur Rahman AKM et al. Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. UNICEF. OMS 2011. Accesible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/docs/informeMundialInfanciaEsp.pdf>. Último acceso 20-0-2013
13. Prevencion de Accidentes. Gobierno de Canarias. Accesible en: www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/.../21_Prevencionaccidentes.pdf. Último acceso 22-10-2013
14. American Academy of Pediatrics: Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Committee on Adolescence. Sexuality education for children and adolescents. *Pediatrics* 2001; 108:498-502