

OPEN

Recibido: 10 junio, 2020 • Aceptado: 14 junio, 2020 • Online first: 19 agosto, 2020

DOI: <https://doi.org/10.5554/22562087.e917>

Acufagia: implicaciones para la anestesia

Acuphagia: Anesthetic implications

Sandeep Khanna^a , Sergio Bustamante^b 

^a Departamento de Anestesiología Cardiorácica, Departamento de Anestesiología General y Departamento de Investigación de Desenlaces, Instituto de Anestesiología, Cleveland Clinic Foundation, Ohio, USA.

^b Departamento de Anestesiología Cardiorácica, Instituto de Anestesiología, Cleveland Clinic Foundation, Ohio, USA.

Correspondencia: Department of Cardiothoracic Anesthesiology, Department of General Anesthesiology and Department of Outcomes Research, Anesthesiology Institute, Cleveland Clinic Foundation. 9500 Euclid Avenue, E3-108, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio 44122. **E-mail:** khannas@ccf.org

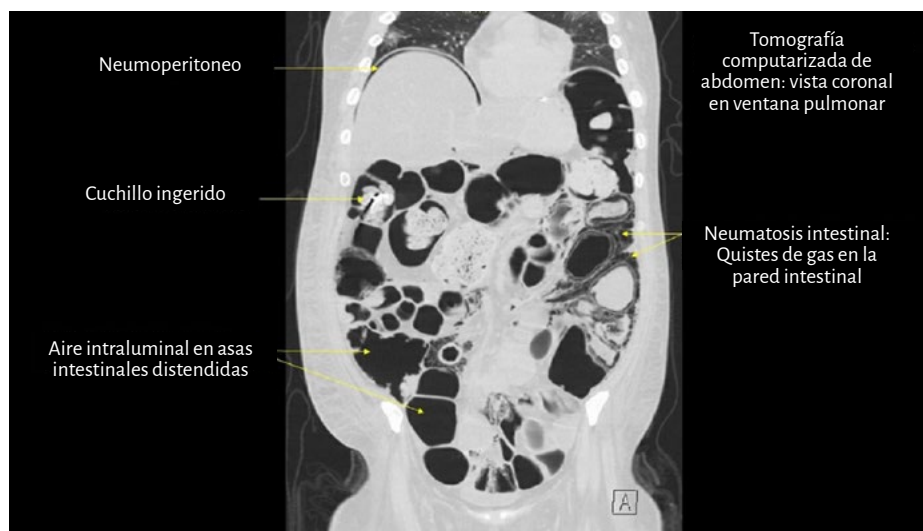
Cómo citar este artículo: Khanna S, Bustamante S. Acuphagia: Anesthetic implications. Colombian Journal of Anesthesiology. 2021;49(1):e917.

IMAGEN 1. En el panel A se ilustra la presencia de un cuchillo aserrado alojado en el cuadrante superior derecho del abdomen.



FUENTE: Autores.

IMAGEN 2. En el panel B se ilustra la presencia de asas intestinales distendidas, neumatosis intestinal y neumoperitoneo en la imagen radiográfica.



FUENTE: Autores.

La acufagia o la práctica del consumo inapropiado de sustancias metálicas cortopunzantes no alimenticias es una forma rara de pica que puede llevar a consecuencias devastadoras.⁽¹⁾ En el panel A se ilustra la presencia de un cuchillo aserrado alojado en el cuadrante superior derecho del abdomen (**Imagen 1**). En el panel B se ilustra la presencia de asas intestinales distendidas, neumatosis intestinal y neumoperitoneo en la imagen radiográfica (**Imagen 2**).

A diferencia de los cuerpos extraños romos ingeridos que pasan sin problema

alguno por el intestino, los objetos cortopunzantes en la vía gastrointestinal se deben retirar de urgencia mediante endoscopia debido al riesgo elevado de perforación de las vísceras huecas. La mayoría de los cuerpos extraños presentes en la vía gastrointestinal se pueden extraer mediante endoscopia, evitando la cirugía en muchas ocasiones. Aunque el neumoperitoneo y/o la neumatosis intestinal son indicios importantes que sugieren perforación o isquemia intestinal, la necesidad de hacer la explora-

ción quirúrgica la determinan la presencia de signos peritoneales al examen clínico o el empeoramiento de la sepsis.

El acto anestésico puede ser difícil puesto que la lesión de la orofaringe y la vía gastrointestinal causada por la ingestión de objetos cortantes complica el manejo de la vía aérea. La distensión abdominal y el íleo aumentan el riesgo de broncoaspiración y, por ende, se hace necesaria una secuencia rápida de intubación. La odinofagia relacionada con la lesión orofaríngea impide la

deglución, generando un exceso de secreciones orales. Adicionalmente, el sangrado de la vía digestiva alta, el trauma oculto de la vía aérea y el edema tisular debido a la lesión de la porción cervical del esófago pueden impedir la visualización de la anatomía de la vía aérea y de la glotis. Por consiguiente, puede dificultarse la intubación mediante laringoscopia o fibrobroncoscopia, mientras que la ventilación por máscara y el uso de dispositivos supraglóticos pueden ensuciar la vía aérea. Es prudente prepararse para establecer una vía aérea quirúrgica de emergencia antes de la inducción. (2)

El choque séptico relacionado con perforación visceral y endotoxemia puede producir inestabilidad hemodinámica. Además, el choque hipovolémico secundario al sangrado y el síndrome compartimental abdominal inducido por la distensión intestinal suelen contribuir a la inestabilidad hemodinámica. Es preciso establecer accesos venosos periféricos o centrales de grueso calibre junto con monitoreo arterial invasivo antes de la inducción en pacientes críticos. Además de reanimación hídrica prudente, el uso de vasoconstrictores, la instauración precoz de antibióticos y una ventilación protectora de los pulmones son medidas valiosas para el manejo de estos pacientes. (3)

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales

No se realizaron experimentos con personas o animales.

Confidencialidad de los datos

Se cumplieron todos los protocolos de nuestra institución y se eliminó toda información de las imágenes que pudiera servir para identificar a los pacientes u hospitales.

Derecho a la intimidad y consentimiento informado

Puesto que se eliminaron todos los identificadores de los pacientes y hospitales, no se solicitó consentimiento informado para este trabajo.

RECONOCIMIENTO

Contribuciones de los autores

SK: Concepción del proyecto, planeación y redacción final del manuscrito.

SB: Concepción del proyecto, aprobación del manuscrito

Ayuda con el estudio

Ninguna declarada.

Soporte financiero y patrocinio

Ninguno declarado.

Conflictos de interés

Ninguno declarado.

Presentación

Ninguna declarada.

REFERENCIAS

1. Mouchli MA, Sweetser S. Acuphagia Presenting with Vomiting, Abdominal Pain, and Weight Loss. *Am J Gastroenterol* 2018; 113: S1490-1. DOI: <https://doi.org/10.14309/00000434-201810001-02673>
2. Kristensen MS, McGuire B. Managing and securing the bleeding upper airway: a narrative review. *Can J Anesth* 2020; 67: 128–140. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01479-5>
3. Peden C, Scott MJ. Anesthesia for emergency abdominal surgery. *Anesthesiol Clin* 2015; 33:209–21. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2014.11.012>