

Dispositivo antirreflujo como causa poco común de abdomen agudo en una paciente anciana en la consulta de Medicina Interna

Anti-reflux device as an uncommon cause of acute abdomen in an elderly patient at consultation of Internal Medicine.

Mónica Daniela Sánchez-Barrera,¹ Alexis Morales-Guzmán,¹ Susy Wuotto-Alvarado,¹ Raúl Valencia-López,² Daniel Ramón Hernández-Salcedo³

Resumen

ANTECEDENTES: La prótesis de Angelchik es un viejo dispositivo antirreflujo que consiste en un anillo de silicona en forma de "C" colocado alrededor de la unión gastroesofágica. Entre las complicaciones de su uso destacan: migración, desplazamiento, erosión y disfagia. La más común de estas complicaciones es la disfagia (tasas reportadas del 70 al 96%), seguida de la migración y por último la erosión. En pacientes con abdomen agudo, se ha demostrado que la impresión diagnóstica inicial es incorrecta hasta en el 66% de los pacientes. Este síndrome es un síntoma frecuente en ancianos y representa el 10% de las causas de consulta en los servicios médicos de urgencias.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 86 años de edad que ingresó al área de Medicina Interna con cuadro clínico sugerente de abdomen agudo, causado por un dispositivo antirreflujo colocado 30 años antes.

CONCLUSIONES: En pacientes ancianos, al igual que en los demás, la historia clínica es la base en el abordaje diagnóstico para así llegar al alivio del padecimiento; en este tipo de pacientes no deben dejarse de lado las antiguas prácticas quirúrgicas, que si bien ya no se encuentran entre las recomendaciones de guías actuales, por mucho tiempo fueron el pilar de tratamiento. En la consulta de Medicina Interna, donde gran parte de la población son ancianos, las principales causas de disfagia no se relacionan con los antecedentes quirúrgicos, suele tenerse una predisposición por la sospecha sistémica.

PALABRAS CLAVE: Unión gastroesofágica; abdomen agudo; ancianos.

Abstract

BACKGROUND: The Angelchik prosthesis is an old anti-reflux device that consists of a C-shaped silicone ring placed around the gastroesophageal junction. Among the complications of its use are migration, displacement, erosion, and dysphagia. The most common of these complications is dysphagia (reported rates 70% to 96%), followed by migration and finally erosion. In patients with an acute abdomen, the initial diagnostic impression is incorrect in up to two-thirds of patients. This syndrome is a frequent symptom in the elderly and represents 10% of the causes of consultation in emergency medical services.

CLINICAL CASE: A 86-year-old female patient that was admitted to the Internal Medicine service with data suggestive of acute abdomen, caused by an anti-reflux device placed 30 years before.

CONCLUSIONS: In elderly patients as in others, the clinical history is the basis in the diagnostic approach and thus cure of the condition; in this type of patients the old surgical practices should not be left aside, which although no longer found within the

¹ Residente de Medicina Interna.

² Profesor adjunto del curso de Medicina Interna.

³ Profesor titular del curso de Medicina Interna.

Hospital Ángeles Clínica Londres, Ciudad de México.

Recibido: 21 de octubre 2020

Aceptado: 16 de junio 2021

Correspondencia

Mónica Daniela Sánchez-Barrera
monicadaniela1993@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Sánchez-Barrera MD, Morales-Guzmán A, Wuotto-Alvarado S, Valencia-López R, Hernández-Salcedo DR. Dispositivo antirreflujo como causa poco común de abdomen agudo en una paciente anciana en la consulta de Medicina Interna. Med Int Méx 2023; 39 (1): 197-202.

current guideline recommendations, for a long time they were the mainstay of treatment. In the Internal Medicine consultation, where a large part of the population is elderly, the main causes of dysphagia are not related to surgical history, there is usually a predisposition for systemic suspicion.

KEYWORDS: Gastroesophageal junction; Abdomen, acute; Elderly.

ANTECEDENTES

El término abdomen agudo se define como un síndrome caracterizado por dolor abdominal de inicio agudo, generalmente mayor a 6 horas, progresivo y potencialmente mortal, que ocasiona alteraciones locales y sistémicas que dependen de la causa y su etapa evolutiva, por tanto, requieren diagnóstico y tratamiento oportunos y alivio inmediato.¹

Representa aproximadamente el 30% del total de las consultas de urgencias en México y constituye entre un 13 y 40% de todas las emergencias posiblemente quirúrgicas cuando se trata de dolor abdominal agudo no específico.²

En México se realizó un estudio en un hospital de tercer nivel con 17,524 pacientes, de los cuales 324 (1.8%) correspondieron a pacientes geriátricos; se encontró que las causas más frecuentes de dolor abdominal agudo en este grupo de pacientes fueron colecistitis aguda en 49 pacientes (15.1%), síndrome de intestino irritable en 42 (12.9%), síndrome ulceroso en 40 (12.3%), oclusión intestinal en 35 (10.8%) y diverticulitis en 23 (10.8%).³

De los ancianos que consultan estos servicios, el 50% requiere hospitalización y entre el 30 y 40% cirugía, en contraste con pacientes jóvenes,

de los cuales solo aproximadamente un 16% necesitará intervención quirúrgica. Al ingreso hospitalario cerca del 40% se diagnostica de forma errónea, su mortalidad global es del 10%, la cual se eleva hasta un 20% si el paciente requiere cirugía de urgencia.⁴

La prótesis de Angelchik se introdujo por primera vez en 1979 como un dispositivo antirreflujo. Es un anillo de silicona en forma de "C" que se coloca alrededor de la unión gastroesofágica y se fija en su lugar con una cinta de Dacron. Sin embargo, es un dispositivo que rara vez se ve hoy en día debido a los informes generalizados de complicaciones como migración, desplazamiento, erosión y disfagia.⁵

El desplazamiento puede dirigirse hacia arriba en el mediastino a través de un hiato amplio, hacia abajo sobre el cuerpo del estómago o mediante una rotación de 180 grados comprimiendo el esófago. La más común de estas complicaciones fue la disfagia (tasas informadas del 70 al 96%), seguida de migración y erosión del dispositivo.⁵

La extracción fue necesaria con mayor frecuencia debido a disfagia o reflujo, y la tasa de una segunda operación fue del 10% o más, una tasa mucho más alta que la de otras operaciones antirreflujo.⁵

Debido a estos resultados, el dispositivo quedó obsoleto como una opción de rutina para el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, aunque todavía es posible encontrar estos dispositivos en la práctica quirúrgica actual.⁵

En 2002 se reportó un seguimiento de pacientes portadores del dispositivo de 1983 a 1994, se analizaron críticamente las complicaciones posoperatorias. Después de la operación, 5 pacientes padecieron infección torácica-atelectasia, 4 tuvieron infección superficial de la herida, 2 tuvieron trombosis venosa profunda (uno con embolia pulmonar), uno tuvo retención urinaria y 4 manifestaron una hernia incisional. Seis pacientes (tres con prótesis de Angelchik *in situ*) murieron por otras condiciones médicas. A 10 (15%) pacientes se les retiró la prótesis; 8 (12%) y 11 (17%) tenían disfagia transitoria y persistente, respectivamente; 13 (20%) y 5 (8%) pacientes tuvieron deslizamiento distal y migración proximal de la prótesis, respectivamente. Un paciente tuvo erosión del estómago, mientras que en otro paciente las correas de la prótesis se rompieron.

Los pacientes con disfagia preoperatoria, hipotiroidismo y diabetes tienden a empeorar con una prótesis de Angelchik. Se concluyó que este dispositivo tiene malos resultados a largo plazo.⁶

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 86 años de edad que ingresó al área de Medicina Interna con cuadro clínico sugerente de abdomen agudo; sin antecedentes personales, familiares ni antecedentes no patológicos de relevancia. Tenía diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial sistémica, trastorno de ansiedad generalizada e insuficiencia cardíaca crónica, así como múltiples cirugías previas de columna lumbar y cirugía antirreflujo no especificada hacia 35 años.

Acudió a consulta refiriendo dolor de una semana de evolución, localizado en la región inguinal izquierda de intensidad 8/10 en escala numérica, intermitente, sin irradiaciones, sin desencadenantes o atenuantes, además de referir la sensación de “que algo se rompió” dentro del abdomen, sin síntomas de sangrado transrectal.

En la exploración física se encontró abdomen plano, duro, con palpación de masa en el mesogastrio, con resistencia muscular involuntaria y rebote positivo, el resto de la exploración física no mostró datos relevantes. Las pruebas sanguíneas evidenciaron anemia normocítica normocrómica grado I y elevación de reactantes de fase aguda como únicos datos relevantes.

La radiografía de abdomen con imagen radiopaca a nivel de la cavidad pélvica semicircular central no fue concluyente. **Figura 1**

El ultrasonido pélvico evidenció una imagen con localización lateral izquierda adyacente a la vejiga que pudiera estar en relación con un quiste simple del ovario derecho.

El ultrasonido intravaginal mostró una imagen de aspecto quístico en el ovario derecho y escaso líquido libre en el fondo de saco.

Se realizaron nuevas pruebas sanguíneas por sospecha de tumoración ovárica, reportando gonadotropina fracción beta, antígeno carcinoembrionario, alfafetoproteína y antígeno CA-125 dentro de valores normales.

En la tomografía computada simple y contrastada de abdomen se observó una imagen tubular periuterina enclavada en el espacio recto uterino con líquido libre periférico al sigmoides hacia la derecha (**Figuras 2 y 3**). Se tuvo la sospecha diagnóstica de probable abdomen agudo por hernia abdominal vs tumoración abdominal. Se realizó intervención laparoscópica diagnóstica, encon-

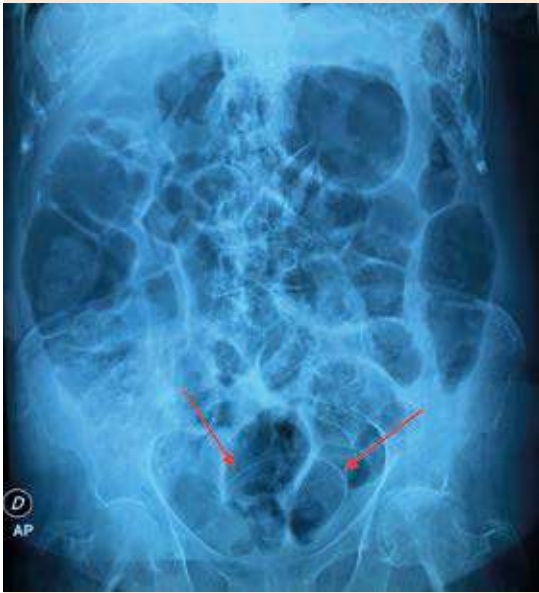


Figura 1. Radiografía de abdomen con imagen radiopaca lateral izquierda adyacente a la vejiga.

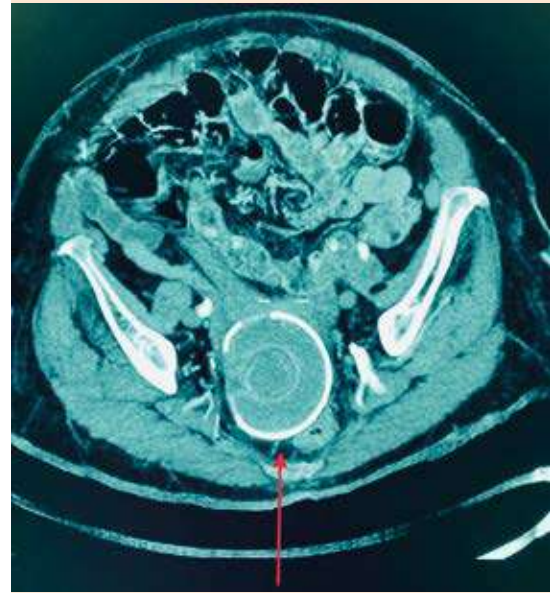


Figura 2. En la tomografía axial computada se observa una imagen tubular periuterina en el espacio rectouterino.

trando el dispositivo antirreflujo tipo Angelchik (**Figura 4**) enclavado en la porción anterior del fondo de saco. La paciente cursó con evolución posquirúrgica adecuada, egresando asintomática a los dos días.

DISCUSIÓN

Nuevos procedimientos han reportado menor incidencia de complicaciones en comparación con el dispositivo descrito previamente, por ejemplo, se ha reportado que posterior a la cirugía antirreflujo con funduplicatura existe una prevalencia de persistencia de reflujo del 8.2 al 10.1% y disfagia del 7.5%; esta última suele ser la manifestación más común como síntoma temprano que persiste de manera temporal. Las complicaciones inmediatas graves son infrecuentes, el neumotórax o enfisema están relacionados

con la excesiva disección del hiato y otras complicaciones reportadas son: perforación del esófago o estómago, vómito persistente, fiebre, taquicardia y leucocitosis.⁷

En el caso descrito destacó la migración del dispositivo hacia la cavidad recto-uterina, la cual es una complicación infrecuente y fue un reto diagnóstico la determinación clara de la causa debido a que se consideraron causas gastrointestinales y ginecológicas como primeras posibilidades diagnósticas.

Ali Zavareh y su grupo describieron un caso similar en una mujer de 56 años en quien se encontró un dispositivo Angelchik en la cavidad pélvica 20 años después de su colocación, quien acudió a revisión médica tras un año de molestias pélvicas y en la zona inguinal izquierda,⁸ en el caso de nuestra paciente fue



Figura 3. Visión lateral tomográfica con el cuerpo extraño enclavado.



Figura 4. Dispositivo encontrado.

posterior a más de 30 años de colocación y, a pesar de los estudios de imagen, con la realización de la tomografía pudo determinarse con exactitud la estructura física del cuerpo extraño que resultó ser un dispositivo antirreflujo. Actualmente se ha reportado poca bibliografía nueva debido al abandono del uso rutinario del dispositivo; en la última década se ha escrito muy poco acerca de este dispositivo y más del 90% de los artículos se relacionan con el retiro de la prótesis debido a múltiples complicaciones, por lo que creemos que, a pesar de su baja incidencia en la población general, debe considerarse una posibilidad diagnóstica en pacientes con el antecedente de su colocación.

CONCLUSIONES

El abdomen agudo en ancianos es un padecimiento que puede ser pasado por alto debido a las pocas e inespecíficas manifestaciones; en la consulta de Medicina Interna en donde se atiende a una gran población de adultos mayores, los padecimientos abdominales de tipo urgencia no suelen verse comúnmente en comparación con un servicio de cirugía. No deben dejarse en el olvido las antiguas prácticas quirúrgicas, como en el caso comunicado que, si bien la existencia del dispositivo antirreflujo no es ordinario, la evidencia de las complicaciones del mismo están descritas y comprobadas. Reportamos el caso de una paciente que ingresó por dolor abdominal agudo en la cual, como primera impresión diagnóstica, se sospechó una tumoración abdominal vs ovárica; en el abordaje quirúrgico se encontró un anillo de silicona enclavado en el espacio recto uterino, se infirió la migración del mismo previamente colocado en la unión gastroesofágica como método antirreflujo; se han encontrado en la bibliografía reportes de desplazamientos como complicación del uso del dispositivo Angelchik.

REFERENCIAS

1. Montalvo Javé EE, Rodea-Rosas H, Athié-Gutiérrez C, Zavala-Habib A. Abdomen agudo. Avances en su manejo y abordaje. *Trauma* 2008; 11 (3): 86-91.
2. Hernández ME, Delgado FR, Gas HG, Campos-Castolo EM, Tena-Tamayo C, Sánchez-González JM, et al. Recomendaciones específicas para el manejo del síndrome doloroso abdominal en los Servicios de Urgencias. *Rev CONAMED* 2007; 12 (3): 1-40.
3. Pérez-Hernández JL, Carrion T, Díaz-Aldana EV, Hernández-Guerrero S, Moron-Ventura P. Dolor abdominal agudo en pacientes geriátricos evaluados en el servicio de urgencias en un hospital de tercer nivel. *Rev Gastroenterol Mex* 2010; 75 (3): 261-266.
4. García-Valenzuela SE, Bonilla-Catalán PV, Quintero-García B, Trujillo-Bracamontes FS, Ríos-Beltrán JD, Sánchez-Cuén JA, et al. Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico. *Cir Gen* 2017; 39 (4): 203-8.
5. Afridi FG, Johnson M, Musgrove KA, Abunnaja S, Tabone LE. Laparoscopic removal of Angelchik prosthesis followed by interval sleeve gastrectomy. *Case Rep Surg* 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/2479267>.
6. Varshney SSM, Branagan G, Somers SS. Angelchik prosthesis revisited. *World J Surg* 2002; 26: 129-133. DOI: 10.1007/s00268-001-0192-3.
7. Sobrino-Cossío S, Soto-Pérez JC, Coss-Adame E, Mateos-Pérez G. Síntomas y complicaciones posfunduplicatura: abordaje diagnóstico y tratamiento. *Rev Gastroenterol Mex* 2016; 350 (14).
8. Zavareh, A, Dubbins, P. Sonographic appearance of a migrated Angelchik anti-reflux prosthesis in the pelvis. *J Clin Ultrasound* 2009; 37 (7): 417-419. doi: 10.1002/jcu.20602.

AVISO PARA LOS AUTORES

Medicina Interna de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.