

Caso	(587) BEZOAR: una causa poco frecuente de obstrucción intestinal.
Autores	Susana Bahamonde Cabria, Raquel Pérez Lázaro, Javier Cuello Ferrero, Teresa Fuente Yarnoz, María Moreno Barrero, Eva De Sande Nacarino
Centro	Complejo Asistencial Universitario De Palencia

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 89 años con antecedentes de vagotomía bilateral troncular y piloroplastia por úlcera péptica varios años antes del episodio actual, que acude al Servicio de Urgencias por broncoaspiración en el contexto de vómitos de retención. Dolor abdominal y masa palpable a nivel supraumbilical en proximidad de cicatriz de laparotomía media previa.

Se solicita TC abdominopélvico para descartar obstrucción intestinal.

En el TC abdominopélvico se visualiza distensión de la cámara gástrica con presencia de dos imágenes sugestivas de sendos bezoares. Se acompaña de importante dilatación de intestino delgado de hasta 4 cm con afectación hasta ilion proximal con asas de ilion terminal colapsadas. Se visualiza imagen de cambio de calibre de localización en flanco derecho a nivel del yeyuno distal / íleon proximal que muestra un aspecto en miga de pan y que sugiere bezoar impactado que condiciona dilatación retrógrada de las estructuras del tubo digestivo.

El paciente requirió cirugía con carácter urgente con enterotomía longitudinal en yeyuno medio con extracción de cuerpo extraño, bezoar, en el tercio distal del yeyuno de unos 6 cm de longitud, aspiración de contenido intestinal de aspecto fecal y cierre transversal de enterotomía en dos planos.

DISCUSIÓN

Los bezoares son acumulaciones de contenido no digerible dentro del tracto gastrointestinal. Lo más frecuente, cabello, denominándose tricobezoar o síndrome de Rapunzel. En otras ocasiones se trata decelulosa, cuajada de leche no digerida, fármacos ... Generalmente existen antecedentes de cirugía abdominal previa, como en este paciente o antecedentes psiquiátricos con ingesta compulsiva de material no digerible.

El bezoar se visualiza como una masa, habitualmente de baja densidad o con densidad en miga de pan, en el estómago o en el segmento obstruido del intestino, a veces perfilado por líquido o gas con tubo digestivo proximalmente dilatado.

La clínica asociada incluye dolor abdominal de larga evolución, malestar general, hiporexia y astenia y en ocasiones incluso puede palpar masa abdominal.

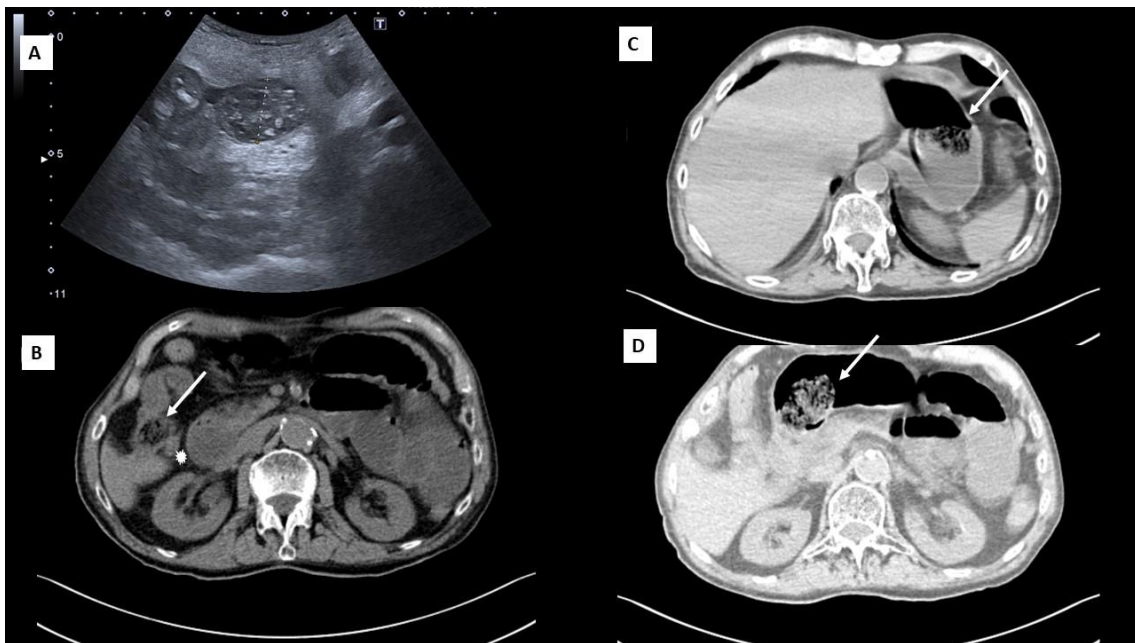
El diagnóstico frecuente se realiza mediante una TC abdominopélvica que pone de manifiesto las características del bezoar, así como su localización y posibles complicaciones asociadas. No obstante, en algunas ocasiones es posible

sospecharlo mediante RX simple y ecografía, especialmente en los casos en los que el bezoar es de gran tamaño y alta densidad.

Habitualmente el tratamiento suele ser quirúrgico, sobre todo si se asocia a clínica obstructiva intestinal o es de gran tamaño, para evitar complicaciones como la perforación intestinal. En otras ocasiones, cuando el contenido es de pequeño tamaño y localizado en cámara gástrica, se puede realizar extracción endoscópica.

CONCLUSIÓN

La presencia de bezoares a nivel del tubo digestivo es uno de los diagnósticos diferenciales, no muy frecuente, a tener en cuenta en la obstrucción intestinal, especialmente en pacientes con antecedentes quirúrgicos sobre el tubo digestivo hilio antecedentes psiquiátricos.



A. Imagen ecográfica de dilatación y contenido intestinal en flanco derecho. B. En la misma localización que en la imagen ecográfica se visualiza imagen en miga de pan asociado a cambio de calibre en intestino delgado (estrella) en relación con bezoar (flecha blanca) que condiciona obstrucción intestinal. C y D: sendos bezoares gástricos (flechas blancas) en fundus y antro gástrico respectivamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delabrousse E, Brunelle S, Saguet O et al. Obstrucción del intestino delgado secundaria a hallazgos de TC de fitobezoar. Clin Imaging. 25 (1): 44-6.
2. Ripollés T, García-aguayo J, Martínez MJ et-al. Bezoares gastrointestinales: características ecográficas y de la TC. AJR Am J Roentgenol. 2001; 177 (1): 65-9.
3. Eng K, Kay M. Bezoares gastrointestinales: historia y paradigmas de tratamiento actual. (2012) Gastroenterología y hepatología. 8 (11): 776-8.
4. Chen YC, Liu CH, Hsu HH y col. Diferenciación por imágenes de fitobezoar y heces del intestino delgado: características de la TC con análisis cuantitativo en pacientes con obstrucción del intestino delgado. Radiol. 2015, 25 (4): 922-31.