

Obstrucción intestinal por bezoar, presentación de un caso de ingestión de plástico

JOSÉ DAVID HERNÁNDEZ-MARÍN¹, ALEJANDO CUEVAS-AVENDAÑO¹, WILBERTH RAÚL MÉNDEZ-VIVAS^{2*}
Y JULIO JESÚS CEBALLOS-ZAPATA³

¹Servicio de Cirugía General; ²Servicio de Oncología; ³Servicio de Patología. Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, Mérida, Yuc., México

RESUMEN

Los bezoares son secundarios a diversas causas como alteraciones del vaciamiento gástrico, cirugías gástricas previas, exceso de alimentos ricos en fibra, mala masticación, ingestión de materiales sólidos difíciles de digerir, alteraciones en la motilidad intestinal, trastornos psiquiátricos, etc. Los bezoares más comunes son de origen vegetal y por ingesta de cabello (síndrome de Rapunzel), existen pocos casos reportados de obstrucción secundaria a ingesta de material plástico. En algunos casos el tratamiento es conservador, pero en los casos en que el bezoar se encuentra más allá del duodeno se requiere de tratamiento quirúrgico. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 30 años con antecedente de parálisis cerebral infantil secundaria a meningitis, y esofagitis por cáustico a los 6 años manejada con esofagectomía y transposición de colon. Padecimiento de 6 días de evolución con cuadro de oclusión intestinal, en la tomografía computarizada (TC) abdominal simple se apreció dilatación de asas intestinales con edema de pared, imagen heterogénea en yeyuno y líquido libre. Se realizó laparotomía exploradora y se localizó objeto extraño a 170 cm de la válvula ileocecal, requirió resección de 10 cm de íleon. Fue egresado el 5to día por mejoría. El reporte histopatológico describe un bezoar de 11 x 4 x 4 cm de material plástico.

Palabras clave: Bezoar intestinal. Obstrucción intestinal. Transposición de colon.

ABSTRACT

Bezoars are secondary to various causes such as alterations of gastric emptying, previous gastric surgery, excess fiber foods, poor mastication, swallowing solids difficult to digest, altered intestinal motility, psychiatric disorders, etc. The most common bezoars are vegetable intake and hair (Rapunzel Syndrome), there are few reported cases of obstruction secondary to ingestion of plastic. In some cases, treatment is conservative, but in cases where the bezoar is beyond the duodenum surgery is required. The case of a male patient of 30 years old with a history of cerebral palsy secondary to meningitis, and caustic esophagitis at 6 years handled with esophagectomy and colon transposition occurs. Condition of 6 days duration with intestinal occlusion, in simple abdominal CT dilated bowel loops was observed with wall edema, fragmented in jejunum, and free fluid. Exploratory laparotomy was performed and strange

Correspondencia:

*Wilberth Raúl Méndez Vivas
26 No 199 Interior 729 entre 15 y 7
Col. Altabrisa
C.P. 97130, Mérida, Yuc., México
E-mail: dr.wilberthemendez@hotmail.com

Recibido: 25-08-2015
Aceptado: 26-05-2016

object was located 170 cm from the ileocecal valve, requiring resection of 10 cm of ileum. He was discharged the 5th day for improvement. The histopathological report describes a bezoar 11 x 4 x 4 cm plastic material. (Evid Med Invest Salud. 2016;9:98-102)

Corresponding author: Wilberth Raúl Méndez Vivas, dr.wilberthmendez@hotmail.com

Key words: Intestinal bezoar. Intestinal obstruction. Colonic transposition.

INTRODUCCIÓN

Los bezoares son secundarios a diversas causas como alteraciones del vaciamiento gástrico, cirugías gástricas previas, exceso de alimentos ricos en fibra, mala masticación, ingestión de materiales sólidos difíciles de digerir, alteraciones en la motilidad intestinal, trastornos psiquiátricos, etc. Los bezoares más comunes son de origen vegetal y por ingesta de cabello (síndrome de Rapunzel), existen pocos casos reportados de obstrucción secundaria a ingesta de material plástico¹⁻³.

La obstrucción intestinal es una causa común de ingreso hospitalario a través de urgencias y la causa principal son las adherencias secundarias a cirugías previas, hernias internas o neoplasias. Menos del 5% de los casos se deben a algún tipo de bezoar pero debido a fallas en el diagnóstico el tratamiento se retrasa, lo que aumenta la morbimortalidad^{4,5}.

En algunos casos el tratamiento es conservador, pero en los casos en que el bezoar se encuentra más allá del duodeno se requiere de tratamiento quirúrgico⁶.

Se presenta el caso clínico de un paciente de sexo masculino, joven, con antecedente de parálisis cerebral infantil secundaria a meningitis y con antecedente de esofagectomía más transposición de colon por quemaduras por cáusticos.

REPORTE DEL CASO

Se trata de un paciente del sexo masculino, de 30 años, con antecedente de parálisis cerebral infantil secundaria a meningitis, y esofagitis por cáustico a los 6 años manejada con esofagectomía y ascenso colónico.

Antecedente de ingesta de objetos extraños manejada con endoscopia en varias ocasiones.

Padecimiento de 6 días de evolución con cuadro de oclusión intestinal, acudió a un centro hospitalario de segundo nivel, se le realizó tomografía computarizada (TC) abdominal simple, que reportó dilatación de asas intestinales con edema de pared, imagen heterogénea en yeyuno y líquido libre (Fig. 1 A, B y C).

Un día después fue referido al hospital de tercer nivel, a su ingreso se encontró con datos francos de abdomen agudo, no se documentó leucocitosis y se realizó radiografía de abdomen en la que se observa importante dilatación de asas intestinales. Se realiza laparotomía exploradora y se localiza objeto extraño a 170 cm de la válvula ileocecal, se realiza resección de 10 cm de íleon con entero- entero anastomosis término-terminal manual en 2 planos (Fig. 2 A y B).

Se inició dieta al 4º día postoperatorio con adecuada tolerancia. Fue egresado al día siguiente por mejoría.

El reporte histopatológico describe un bezoar de 11 x 4 x 4 cm de material plástico. (Fig. 3).

DISCUSIÓN

Los bezoares son un conglomerado de material vegetal, animal, textil, metálico o plástico no digerible, retenido en el tracto gastrointestinal y con la capacidad de transitar a través del mismo, la mayoría tienen lugar en el estómago, sin embargo en algunos casos pueden pasar al intestino delgado, facilitado en pacientes con antecedente de cirugía de *bypass* esofágico o gástrico, y producir una obstrucción intestinal¹. El término bezoar tiene su origen en «*badzehr*», palabra de origen árabe o en la palabra «*panzehr*», de origen turco, que significa antídoto^{2,3}. Las piedras bezoar fueron empleadas hasta el siglo XVIII, como tratamiento de múltiples enfermedades, Matasen en 1914 publicó uno de los primeros trabajos acerca de los tricobezoares, en 1968 Vaughan describió el síndrome de Rapunzel¹⁻³.



Figura 1. A, B y C: Cortes tomográficos en donde se aprecia la obstrucción intestinal alta.



Figura 2. A y B: Momento de la enterotomía y extracción del cuerpo extraño.

Existen diferentes tipos de bezoares, de acuerdo al material del cual se forman: los fitobezoares (fibra vegetal, frutas secas, semillas) son comunes en adultos con alteraciones en la acidez y el vaciamiento gástrico; los tricobezoares (cabellos) son más frecuentes en pacientes jóvenes con trastornos psiquiátricos o con retraso mental, como el paciente descrito en este caso; los lactobezoares (productos lácteos) son más comunes en neonatos prematuros o de bajo peso al

nacimiento; los farmacobezoares (medicamentos) son más comunes en personas ancianas^{4,5}.

Por otro lado, la oclusión intestinal constituye una de las causas más frecuentes de ingreso al servicio de urgencias, la mayoría de los casos se trata de oclusiones parciales y ceden con el tratamiento conservador, aunque de éstos el 20 o 30% requieren manejo quirúrgico si no responden al manejo conservador o si se



Figura 3. Material plástico extraído del íleon.

presenta alguna complicación quirúrgica como perforación intestinal, sufrimiento de asa o abdomen agudo, las adherencias postoperatorias constituyen más del 60% de los casos y los bezoares comprenden menos del 5% y habitualmente no responden al manejo conservador, requiriendo procedimientos endoscópicos, laparoscópicos o incluso cirugía abierta^{3,6}.

El sitio de oclusión corresponde al estómago en la mayoría de los casos debido a la función de válvula del píloro, sin embargo la oclusión intestinal es posible sobre todo en pacientes que tienen cirugía previa, como en el paciente del caso, sobre todo de tipo *bypass* gástrico, antrectomía y esofagectomía con ascenso gástrico o colónico, ya que se pierde el efecto de válvula del píloro (en el ascenso gástrico se realiza piloroplastia), el sitio más común de oclusión en estos casos es el íleon distal^{2,4,6}.

La endoscopia de tubo digestivo alto constituye el estudio de elección para el diagnóstico de un bezoar, un trago con material hidrosoluble también juega un papel importante el diagnóstico de un cuadro de oclusión intestinal por bezoar⁷, la TC tiene una sensibilidad del 81 al 95% y una especificidad mayor al 96% para establecer el diagnóstico como en este caso, y cobra mayor importancia al poder diferenciar entre un bezoar y una neoplasia, además de indicar su tamaño, forma y localización^{3,4}. El diagnóstico se establece al encontrar dilatación y aumento del calibre de las asas (> 2.5 cm) por encima del punto de transición. La imagen típica del bezoar es una masa ovoide o redondeada, con densidad similar al tejido blando, que contiene aire en su intersticio y está delineado periféricamente por material de contraste en el asa intestinal dilatada en el sitio de obstrucción^{5,7}.

Existen varias opciones de tratamiento tanto quirúrgico como no quirúrgico, habitualmente los bezoares gástricos se pueden resolver por métodos no quirúrgicos como son: el empleo de canastillas de extracción endoscópica, litotricia, acetilcisteína, láser, lavado con bebidas carbonatadas, parafina y celulosa, con gran índice de efectividad; por otro lado el tratamiento de los bezoares intestinales habitualmente requiere manejo quirúrgico que puede realizarse por cirugía convencional y en casos seleccionados por laparoscopia, debido al fracaso de los métodos conservadores, el tratamiento laparoscópico es una alternativa eficaz, ofreciendo al paciente los beneficios de una menor estancia hospitalaria, menor dolor postoperatorio, menor tiempo quirúrgico y disminución de las adherencias postoperatorias comparado con el método convencional, sin embargo se debe seleccionar cada caso ya que la dimensión de las asas intestinales puede incrementar el riesgo de perforación durante la manipulación endoscópica⁸⁻¹⁰.

En conclusión, la obstrucción intestinal por bezoar, a pesar de tratarse de una entidad rara, presenta factores de riesgo reconocidos en este caso como son:

Antecedente de retraso mental, antecedente de ingesta de productos no digeribles y antecedente de cirugía de reemplazo esofágico, es necesario saber seleccionar a los pacientes que pueden beneficiarse de los métodos de mínima invasión, pero en la mayoría de los casos el manejo en forma convencional es efectivo y seguro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Watt C, Harner J. Bezoars causing acute intestinal obstruction. *Ann Surg.* 1947;126:56-61.
2. Olusan F, Koc Z, Torer N. Small bowel obstructions secondary to bezoars. *Ulus Travma Actl Cerraht Derg.* 2007;13:217-21.
3. Singh A, Ganesan S, Pande S, et al. Unusual cause of small bowel obstruction in autistic child. *BMJ.* 2012;36:108-9.
4. Sarwa P, Dahiya RS, Anand S, et al. A curious case of foreign body induced jejunal obstruction and perforation. *Int J Surg C Rep.* 2014;5:617-9.
5. Zamtr D, Glodblum C, Linova L, et al. Phytobezoars and trichobezoars. A 10-Year experience. *J Clin Gastroenterol.* 2004;38:873-6.
6. Palanivelu C, Rangarajan M, Senthilkumar R, et al. Trichobezoars in the stomach and ileum and their laparoscopy-assisted removal: a bizarre case. *Singapore Med J.* 2007;48:e37.
7. Lin CH, Tung CH, Peng Y, et al. Successful treatment with a combination of endoscopic injection and irrigation with coca-cola for gastric bezoar-induced gastric outlet obstruction. *J Chin Med Assoc.* 2008;71:49-52.
8. Kan J, Huang TJ, Heish JS. Laparoscopic-assisted management of bezoar obstruction. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2005;15:297-301.
9. Chung JH, Kim JS, Song YT. Small bowel complication caused by magnetic foreign body ingestion of children: two case reports. *J Pediatr Surg.* 2003;38:1548-50.
10. Webb WA. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: update. *Gastrointest Endosc.* 1995;41:39-51.