

Oclusión intestinal por fitobezoar en una paciente con enfermedad diverticular del colon

Intestinal occlusion for fitobezoar in patient with disease diverticular of colon

Gimel Sosa Martín, Noslen Martínez Valenzuela, Susana Ernand Rizo

Hospital General Calixto García. La Habana, Cuba.

RESUMEN

La oclusión intestinal es una entidad del abdomen agudo quirúrgico que a diario se atienden en el servicio de urgencias del hospital general "Calixto García". Las causas mecánicas son las más habituales, dentro de ellas el fitobezoar no ocupa un lugar importante, aunque tampoco es rara verla. En los pacientes que han sufrido alguna enfermedad inflamatoria intestinal u operación es probable que ocurra un episodio de oclusión por obstrucción de su luz. El fitobezoar generalmente requiere tratamiento quirúrgico cualquiera que sea su localización. Se citan trabajos que refieren resultados positivos con tratamiento médico a base de celulosa.

Palabras clave: oclusión intestinal; fitobezoar; sigmoides.

ABSTRACT

Intestinal intussusception, defined as penetration of an intestinal segment into an adjacent, is a rare cause of intestinal obstruction in adults. The aim of this paper is to present the case of an adult patient with ileocolic intussusception as presenting a non-Hodgkin lymphoma of the small intestine. This patient has a rare cause of intestinal intussusception. Because of its non-specific clinical, etiologic diagnosis is usually intraoperative, requiring resection of the culprit lesion and, in the case of our patient, adjuvant chemotherapy.

Keywords: bowel intussusception; intestinal lymphoma; intestinal obstruction.

INTRODUCCIÓN

Los bezoares son concreciones de material extraño no digeridos localizadas en el tracto gastrointestinal. Se trata de unas masas voluminosas que ocupan la cavidad gástrica o el intestino, formadas por una lenta aglutinación de filamentos ingeridos durante largos períodos de tiempo.¹ Las masas formadas por la ingestión del propio cabello se denominan tricobezoares y las compuestas por fibras vegetales, fitobezoares.² La palabra bezoar deriva del árabe africano *bezuwer*, este del árabe culto *bad-zahr* y este a su vez del persa *pad-zahr*, que significan antídoto, ya que los bezoares de ciertos animales como las cabras, fueron utilizados como agentes curativos en diversas enfermedades.³ Baudemant (1779) describió por primera vez el tricobezoar o pelota de pelo. Se atribuye a Quain (1854), la primera comunicación de un fitobezoar producido por restos de coco.⁴ En años recientes se han descrito otros tipos de bezoares; relacionado con la dieta están los lactobezoares y con la ingestión de medicamentos, los farmacobezoares. Aun cuando casi todos los lactobezoares ocurren en prematuros, se describieron inicialmente en lactantes a término.^{5,6} El fitobezoar es el más frecuente, predomina en el sexo masculino (70 %) y en la sexta década de la vida, al ser más propensos los pacientes con resecciones gástricas y vagotomías, debidos a la atonía gástrica e hipoclorhidria.³ El níspero (*Diospyros virginiana*) constituye la fibra patógena en 75 % de los casos.⁴

El tricobezoar, sin embargo, es más frecuente en el sexo femenino (90 %), la mayoría de las pacientes son menores de 30 años, quienes en muchas ocasiones presentan enfermedades psiquiátricas.⁷ De ello se derivan un grupo de complicaciones como hemorragia gástrica, obstrucción gástrica o intestinal, y ulceraciones en algunos casos.³

El diagnóstico se hace con un Rx baritado de esófago, estómago y duodeno, como una gran masa heterogénea que después de vaciarse el estómago aparece débilmente manchado de bario. En ocasiones simula imágenes de linfosarcoma o un nivel de contraste hacia el antro, por acumularse en el mismo lugar, llamado imagen de iceberg.³ El diagnóstico con localización gástrica la endoscopia es el diagnóstico positivo.

En caso de encontrarse el fito o tricobezoar en el intestino delgado, un tránsito intestinal da imagen similar a la descrita en estómago o un stop del contraste, que cede progresivamente. En pacientes complicados con oclusión intestinal no está indicado el estudio contrastado; el ultrasonido abdominal será el estudio que nos aportará una imagen compleja dentro de un asa intestinal, fija, aperistáltica, con peristalsis aumentada proximal a dicha imagen.⁸

El tratamiento se puede intentar hacerlo medicamente, con digestión enzimática de la masa del bezoar, utilizando papaína, acetilcisteína y celulosa, esta última con los mejores resultados. El tratamiento quirúrgico consiste en la gastrotomía o enterotomía con extracción del bezoar. La extracción endoscópica en la localización gástrica ha tenido resultados positivos.^{3,8}

PRESENTACIÓN DE CASO

DATOS CLÍNICOS

Paciente femenina de 64 años de edad, con antecedentes personales de enfermedad diverticular de colon, por la cual estuvo ingresada en nuestro centro, pues hizo un episodio de diverticulitis. En esta ocasión acude a nuestro hospital refiriendo un dolor tipo cólico, de seis días de evolución, que posteriormente se hizo fijo en fosa iliaca izquierda, no expulsa heces ni gases, acompañado de náuseas, y vómitos hace dos el día desde su admisión en el hospital, no tuvo fiebre.

EXÁMEN FÍSICO

Se constató ligera sequedad de piel y mucosas, taquicardia de 104 pulsaciones por minuto. El abdomen ligeramente distendido, ruidos hidroaéreos aumentados, de lucha, acentuados en la fosa iliaca izquierda donde existía defensa muscular a la palpación, con una masa palpable dolorosa, no bien definida por la contractura abdominal y el dolor que dificultaban el examen, con discreta reacción peritoneal.

Dolor a la percusión en dicha zona. El tacto rectal revela esfínter normotónico y ampolla rectal vacía, sin tumor palpable ni otras alteraciones.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio: Hb: 13,2 g/L

Leucocitos: $12,3 \times 10^9/L$

Glucemia: 6,4 mmol/L

Conteo de Plaquetas: Adecuadas.

Electrocardiograma

Rx tórax PA.

Rx abdomen simple de pie vista AP, y acostado.

Ultrasonido abdominal: el leucograma resultó positivo con discreta leucocitosis, $12,3 \times 10^9/L$, y el Rx simple de abdomen en vista anteroposterior con presencia de niveles hidroaéreos y distensión asimétrica del colon correspondiente al lado izquierdo. El ultrasonido arrojó una imagen compleja en fosa iliaca izquierda, con apelotonamiento de asas a ese nivel.

CONDUCTA

Tratamiento quirúrgico bajo el diagnóstico de oclusión intestinal mecánica de intestino grueso, secundario a un plastrón diverticular.

Los hallazgos operatorios fueron: colon sigmoideos con múltiples divertículos inflamados, ocupado por una masa de más menos 7 cm de consistencia firme con asas delgadas adheridas de forma laxas al sigmoideos, al hacer lisis de las bridas, se encontró un divertículo perforado exponiéndose el contenido del colon correspondiente a fibras vegetales como se expone en la [figura](#).



Fig. Segmento de sigmoides con divertículo perforado y salida de fibras vegetales contenidas en su interior.

Se realizó como proceder quirúrgico resección del segmento afectado, con colostomía en doble cañón de escopeta. La paciente evolucionó satisfactoriamente sin complicaciones. A los seis meses se reoperó y se le restableció el tránsito intestinal.

DISCUSIÓN

El fitobezoar puede asentarse en varias partes del tubo digestivo, es frecuente encontrarlos en el estómago, íleon terminal y colon; sobre todo en pacientes intervenidos quirúrgicamente o con secuelas de procesos inflamatorios en dichas regiones. La paciente descrita en este trabajo tuvo una localización intestinal gruesa, coincidente con literaturas revisadas como *Cristóbal Pera* quien cita al estómago como el lugar de mayor asiento de este fenómeno.³

Los síntomas obedecen generalmente a una oclusión, se enfocan al sitio donde esté dicho cuerpo extraño. Aparecen náuseas, vómitos, sensación de constante llenura y dolor, el cual puede pasar de ser tipo cólico a fijo. El caso descrito en este trabajo presentó dolor tipo cólico que luego se hizo fijo, sin expulsión de heces, ni de gases por el recto; síntomas típicos de una oclusión intestinal, forma de presentación de los fitobezosares situados en intestino grueso, como causa de oclusión intestinal según también refieren autores foráneos.^{9,10}

Los exámenes imagenológicos son de relevancia en estos pacientes, y la endoscopia en casos de localización gástrica constituye el diagnóstico positivo, y a veces terapéutico. Así lo reflejan literaturas revisadas como la de la *Dra. Trini Fragoso*.^{8,10}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Byrne WJ. Cuerpos extraños, bezoares e ingestión de cáustico. Clin Endosc N Am. 1994; 1: 103-24.
2. Vázquez B, Amador M. Alopecia y tumoración epigástrica. Rev Cubana Pediatr. 1974; 46(6): 685-9.

3. Cristobal Pera. Cirugía. Fundamentos, indicaciones y opciones técnicas. Bezoares. Tomo II. p. 523.
4. López-Cantarero Ballester M, Belda Poujulet R, Narbona Calvo V, García Jil JM, Gómez Valverde R. Fitobezoar: a propósito de 5 casos. Revisión etiopatogénica y tratamiento. Rev Esp Ap Digest. 1986;69(1):31-6.
5. Erenberg A, Shaw RD, Yousefzader D. Lactobezoar in the low birth weight infant. Pediatrics. 1997;63:642-46.
6. Ravitch M.N. Bezoars risk factors. Pediatrics. 2010;27:119-38.
7. Torres Rival A, Mateos Díaz P, Nora PF. Trichobezoar in infants from 5 to 7 years: a case report. Col Asoc Med. 2009;15(11-22):3-07.
8. Brady P. Gastric phytobezoars consequent to delayed gastric emptying. Gastroint Endosc. 1978;24:159-61.
9. Pérez Gomez JC, Dominguez Reyes,M, Alarcon Menddez F. Tratamiento del fitobezoar gástrico. Rev Esp Enf Ap Digest. 2008;34(2):127-9.
10. Trini Fragoso Arbelo T, Luaces Fragoso E, Díaz Lorenzo T. Bezoares. Rev Cubana Pediatr. 2002;74(1):77-82.

Recibido: 21 de febrero de 2015.

Aceptado: 20 de marzo de 2015.

Gimel Sosa Martín. Servicio de Cirugía General. Hospital General "Calixto García". La Habana, Cuba. Correo electrónico: gimelsosa@infomed.sld.cu