

CASO CLÍNICO

Bezoares gástricos en el adulto (2 casos)

Dres. Andrés Colet¹, Daisy Segura², Gustavo Rodríguez³, Roberto Cilleruelo⁴,
Gerardo Bruno⁵, Alberto Estefan⁶, Raúl Praderi⁷

Resumen

Presentamos dos infrecuentes casos de bezoares gástricos en el adulto, uno de los cuales además se encontraba complicado con un cuadro agudo de abdomen. En ambas situaciones el diagnóstico fue intraoperatorio. Se combinaron diversas técnicas, para que en un solo acto quirúrgico fueran solucionadas sus distintas patologías intraabdominales asociadas.

Para bezoares gástricos no complicados y sin patología asociada se comentan tratamientos no quirúrgicos alternativos.

Palabras clave: Bezoares
Estómago
Abdomen agudo

Summary

The authors present two infrequent cases of gastric bezoar in the adult, one of which was also complicated with acute abdomen. The diagnosis was intraoperative in both cases. Different techniques were combined in order to solve their various associated intra-abdominal pathologies in only one surgery.

The authors comment on non-surgical alternative therapies for non-complicated gastric bezoar without associated pathology.

Introducción

Los bezoares gástricos son conocidos desde la más remota antigüedad^(1,2). Se les acreditaban

propiedades de antídoto contra ciertos venenos, de allí su nombre, que en persa significa etimológicamente contraveneno^(3,4). Las primeras descripciones de esta patología en el hombre se deben a Bandamant⁽⁵⁾, Wood⁽⁶⁾ y D'Hauteville⁽⁷⁾. Los únicos casos publicados en el Uruguay fueron de niños y adolescentes⁽⁸⁻¹¹⁾, por lo cual es nuestro propósito comentar estos dos casos, uno de los cuales presentaba además un cuadro agudo de abdomen.

Historias clínicas*Caso 1*

A.S. Sexo femenino, 78 años.

Sanatorio Panamericano.

Ingresa el 26 de mayo de 1992.

Diabética, tipo II, hipertensa. Portadora de dispepsia mixta de varios años de evolución. Consulta en urgencia por dolor epigástrico y vómitos de alimentos y biliosos de 48 horas de evolución.

Examen físico: apirética, obesa. Se encuentra tumoración abdominal que ocupa el epigastrio y parte de las regiones umbilical y del hipocondrio izquierdo. Dura, redondeada, que acompaña los movimientos respiratorios y que tiene cierta movilidad antero-posterior.

Se le suspende la vía oral (v/o), se indica vía venosa periférica por la cual se administra suero Ringer lactato más cloruro de potasio, metilbromuro de hioscina, metoclopramida y ranitidina intravenosa (i/v).

El mismo día del ingreso se realiza ecografía abdominal que informa: "hígado de tamaño y conformación normal, vía biliar principal (VBP) intra y extra hepática s/p. Vesícula biliar escleroatrófica con litiasis múltiple en su interior. Páncreas no se observa y en su topografía existe una imagen ovoidea de aproximadamente 9 a 10 cm en continuidad con la pared gástrica (¿neoplasma gástrico?). Asas distendidas con líquido sobre todo a nivel del hipocondrio izquierdo.

1. Prof. Adto. Dpto. Emergencia Hosp. Clínicas

2. Asist. Clínica Q. "F". Hosp. Clínicas

3. Asist. Clínica Q. "3". Hosp. Maciel

4. Ex Residente Clínica Q. "3". Hosp. Maciel

5. Jefe Residente Clínica Q. "3". Hosp. Maciel

6. Prof. Agdo. Clínica Q. "3". Hosp. Maciel

7. Ex Prof. Clínica Q. "3". Hosp. Maciel

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 20 de julio de 1994

Correspondencia: Dr. A. Colet. García Lorca 1118 (309), Montevideo. CP 11700

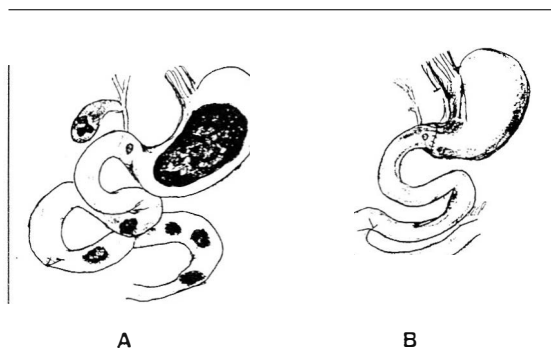


Figura 1. Caso 1. A. Se ve el bezoar gástrico gigante, la úlcera duodenal. Los demás bezoares en el delgado y la litiasis vesicular. B. Tratamiento efectuado.

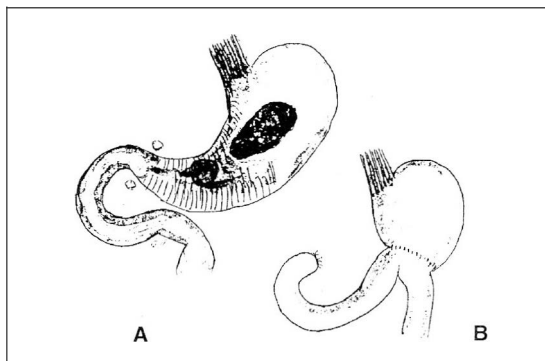


Figura 2. Caso 2. A. Se ve la gran lesión ulcerada antral y el bezoar gástrico. Adenopatías supra e infrapilóricas. B. Tratamiento efectuado.

El día 27 de mayo de 1992 se realiza FGC: "Abundantes restos de alimentos en la luz gástrica, lesión ulcerada de aproximadamente 1 cm de diámetro, en cara posterior de bulbo duodenal".

El 28 de mayo de 1992, mejoría clínica, no presenta vómitos y retoma la v/o. Se coordina para la realización de TAC abdominal.

El 30 de mayo de 1992, en espera de este último examen paraclínico, repite los vómitos, primero biliosos y luego porráceos. La radiografía simple de abdomen mostró abundantes niveles hidroaéreos de delgado. Con diagnóstico de oclusión intestinal, se interviene quirúrgicamente de urgencia el mismo día (A.C.).

Mediana supraumbilical, extendida a región infraumbilical. Encontrándose la luz gástrica ocupada por un gran cuerpo extraño ovoideo de aproximadamente 20 cm de eje mayor, por 12 cm de eje menor. Distensión de las asas delgadas proximales, donde se palpan cinco cuerpos extraños redondeados de aproximadamente 5-6 cm de diámetro cada uno, cursando por la luz del yeyuno. No se palpa la úlcera duodenal. Litiasis vesicular múltiple. Resto de la exploración abdominal sin particularidades. Se realiza gastroduodenostomía sobre cara anterior, retirándose el gran bezoar gástrico.

Se comprueba la úlcera del bulbo duodenal de cara posterior. Mide aproximadamente 0,5 cm y presenta fondo congestivo. Se aspira el contenido del delgado y por contracorriente se retiran así todos los cuerpos extraños del yeyuno. Se utiliza la incisión gastroduodenal para realizar piloroplastia tipo Heineke-Mikulicz. Vagotomía troncal. Colectomía con técnica habitual con colangiografía intraoperatoria por cateterización del cístico, que mostró la vía biliar principal intra y extrahepática de calibre normal, sin imágenes patológicas en su luz. Se deja drenaje subhepáti-

co (Penrose) que se saca por contrabertura parietal (figura 1).

Cierre de mediana en monoplano con puntos separados de nylon.

Cierre de piel con puntos separados de material irreabsorbible.

Buena evolución posoperatoria. Retoma el peristaltismo intestinal al tercer día del posoperatorio. Infección de herida operatoria, retirándose los puntos de piel de la mitad inferior de la mediana el 4 de junio de 1992. Alta sanatorial con régimen blando el 8 de junio de 1992.

La anatomía patológica (Dr. Scigliano) informa la presencia de fibras vegetales en todas las piezas, configurando fitobezoares.

Caso 2

Sexo femenino. 53 años.

CASMU

Ingresa el 8 de febrero de 1994

En tratamiento por patología psiquiátrica, por lo cual se hizo difícil la historia clínica, así como la realización de exámenes paraclínicos. Dispepsia atípica de 1 año de evolución. Repercusión general con adelgazamiento, anorexia y astenia.

Examen físico: adelgazada, mucosas hipocoloreadas, resto sin particularidades.

Fibrocolonoscopia (25 de marzo de 1994): Paciente que no colabora con la realización de este examen. Colon mal preparado. En estas condiciones se encuentra tumor sigmoideo a 30 cm de la margen anal. No se biopsia.

Se opera el 11 de abril de 1994 (R.P.) Mediana infraumbilical. Tumor polipoideo de sigmoide a unos 10 cm por encima de la unión rectosigmoidea. Lesión ulcerada gástrica de aproximadamente 4 cm de diámetro, localizada en pequeña curva porción horizontal. Cuerpo extraño intra-gástrico de aproximadamente 12 cm por 8 cm.

Se realiza colotomía longitudinal, polipectomía y cierre en dos planos del colon sigmoides.

Extensión de la mediana a sector supraumbilical. Se interpreta la lesión gástrica como un cáncer y se procede a realizar una gastrectomía subtotal distal con omentectomía mayor y menor, con extracción del cuerpo extraño ya mencionado.

Gastroyeyunostomía oral total tipo Billroth II en dos planos (figura 2). Cierre de mediana en monoplano con nylon a puntos separados. Cierre de piel con material irreabsorbible.

Buena evolución posoperatoria. Retoma el peristaltismo a las 72 horas. Alta sanatorial a los 10 días.

La Anatomía Patológica (Dr. Navarrete) informó: En la pieza de gastrectomía una úlcera péptica de 3,5 cm de diámetro, en actividad, sobre una gastritis crónica superficial hipertrófica en empuje. 12 adenopatías sin asiento de neoplasia y con una marcada histiocitosis sinusal.

Estructura adenomatosa villotubular en vinculación a mucosa de tipo colorrectal a la que no infiltra.

Bezoar gástrico compuesto de fibras vegetales, constituyendo un fitobezoar.

Comentarios

Resaltamos en el análisis de estos dos casos, las dificultades diagnósticas existentes en el preoperatorio. La infrecuente presentación clínica de esta patología y más aún en el anciano, junto con la inseguridad de la paraclínica efectuada, intervinieron por sí solos y conjuntamente para que esto ocurriera.

El diagnóstico definitivo fue intraoperatorio, en las dos situaciones, en el primer caso luego que sobreviniera una oclusión de delgado por fragmentos u otros bezoares más pequeños o ambos que transitaron distalmente al píloro, desarrollándose de esta manera una oclusión obturación. Son los fitobezoares los que con más frecuencia producen esta complicación⁽¹²⁻¹⁵⁾.

En el segundo caso el diagnóstico se efectuó en la palpación intraoperatoria sistemática e ineludible, de toda la cavidad abdominal.

La primera paciente presentaba una diabetes tipo II, patología invocada como favorecedora de la aparición de bezoares gástricos⁽¹⁶⁾. La otra paciente tenía antecedentes psiquiátricos, como muy frecuentemente presentan los portadores de bezoares^(1,2,4,7).

En el tratamiento quirúrgico de estos dos pacientes se combinaron varias técnicas con el fin de que en un solo acto quedaran solucionadas su

variadas patologías intrabdominales. En la primera paciente la antroduodenotomía por la cual fueron retirados los distintos bezoares, al cerrarla tipo Heineke-Mikulicz junto con la vagotomía troncal fue destinada al tratamiento de la úlcera duodenal. La colecistectomía y la exploración radiológica de la vía biliar principal no extendió en demasía el acto quirúrgico y se trató integralmente la patología litiasica biliar.

En la segunda paciente se realizó la polipectomía sigmoidea y posteriormente de acuerdo a la interpretación intraoperatoria de que la lesión gástrica era un cáncer, se realizó una gastrectomía subtotal distal con criterio oncológico y restablecimiento del tránsito tipo Billroth II.

Queremos resaltar la presencia concomitante de una úlcera duodenal y otra gástrica en el primer y segundo caso respectivamente. Son invocados, según distintos autores argumentos fisiopatológicos comunes para las lesiones ulceradas gastroduodenales y los bezoares gástricos^(2,17,18). Entre ellos se destacan un retardo en la evacuación gástrica por disfunción pilórica. Cambios en las características bioquímicas de la mucosa gastroduodenal. Alteraciones en la secreción ácida gástrica.

Por último la aparición no infrecuente de úlceras de decúbito y en casos extremos de perforaciones gástricas por la presencia del cuerpo extraño en la luz del órgano⁽¹⁹⁾.

La existencia de un cáncer gástrico antral, con compromiso orificial pilórico, dificultando de esta manera la evacuación de su contenido posibilitaría, teóricamente, la concreción de bezoares como ha sido comentado internacionalmente⁽³⁾.

Puntualizamos la buena evolución posoperatoria de ambos casos, sólo la primera paciente presentó una complicación menor, infección de la herida operatoria, que no prolongó su tiempo de internación. Luego de un año de seguimiento se encontraba en excelente estado y sin sintomatología residual. La segunda paciente a los dos meses del posoperatorio aumentó 2 kg de peso.

Finalmente queremos agregar que en la revisión de la literatura se menciona la remoción endoscópica^(20,21) así como la desintegración, utilizando láser – terapia endoluminal⁽²²⁾ de los bezoares gástricos no complicados y sin patología asociada. También el uso del tratamiento médico de los fitobezoares con el empleo de celulosa, metoclopramida, acetilcisteína, asociadas o por separado, por vía oral con el logro en pocos días, de la desaparición de los mismos⁽²³⁻²⁵⁾.

Bibliografía

1. **Andrus Ch H, Ponsky JL.** Bezoars: Classification, pathophysiology and treatment. *Am J Gastroenterol* 1988; 83: 476.
2. **De Bakey M, Ochsner L.** Bezoars and gastric concretions. Comprehensive review of the literature with analysis of 303 collected cases, and presentation of 8 additional cases. *Surgery* 1939; 5: 132.
3. **Masetto OE, Cassone E, Faccas JG.** Fitobezoar y cáncer gástrico. *Press Med Argent* 1983; 70: 543.
4. **Singer JJ.** Lactobezoar causing an abdominal triad of colicky pain, emesis, and mass. *Pediatr Emerg Care* 1988; 4: 194.
5. **Bandamant M.** Description de deux masses de cheveux trouvées dans l'estomac et les intestines d'une jeune garçon age de 16 ans. *J Med. (Francia)* 1779; 2: 507.
6. **Wood W.** A case of Hairy concretions found in the stomach. *Med Facts Observations* 1800; 8: 139.
7. **D'Hauteville M.** Observation sur une masse de cheveux trouvée dans l'estomac d'une jeune fille. *J Gener Med Chir Pharm (Paris)* 1813; 48: 147.
8. **Rodríguez Castro A.** Tumor piloso intragástrico. *Arch Pediatr Uruguay* 1938; 9: 730.
9. **Escande CA, Curbelo Urroz JB, Pugliese S.** Un caso de bezoar en una niña. *Arch Pediatr Uruguay* 1958; 29:245.
10. **Da Rosa B, Larrosa N.** Tricobezoar en una joven de 17 años. *Cir Uruguay* 1970; 40: 391.
11. **Do Campo M, Peyroulou A, Bueno E, Montero M.** Bezoar por lana en una niña de 10 años. *Cir Uruguay* 1987; 57: 102.
12. **Briceño ML, Cebrián J, Dellan N, Blanch R.** Obstrucción intestinal baja por tricobezoar *Centro Med* 1989; 35: 47.
13. **La Raja RD, Usa A, Pryce E, Cioroiu M.** Intestinal obstruction secondary to bezoars. *N Y State J Med* 1990; 90: 561.
14. **Mangold D, Woolam GL, García Rinaldi R.** Intestinal obstruction due to phytobezoars. *Arch Surg* 1978; 113: 1001.
15. **Docobo F, Santos R, Lozano M, Vila R, Do Vale M.** Obstrucción intestinal por fitobezoar tras gastrectomía. *Rev Esp Enferm Apar Dig* 1977; 4: 533.
16. **Canivet B, Garnier Ch, Creisson G, Coossement A, Dujardin P, Freichet P.** Bezoar gastrique au cours du diabete sucre: 3 observations. *Nouv Presse Med* 1981; 35: 2893.
17. **González Rojas M, Delgado Godoz A, Espejo Romero H.** Tricobezoar y úlcera gástrica en un niño. *Rev. Gastroenterol (Perú)* 1990; 10: 121.
18. **Goldstein MH.** Gastric bezoar. A frequent complication in the postoperative ulcer patient. *Radiology* 1973; 107: 341.
19. **Sandhu NP, Gupta NM.** Tricobezoar: a rare cause of gastric perforation. *Indian J Gastroenterol* 1989; 8: 302.
20. **Chen GH.** Removal of bezoars from stomach using an endoscopic chill. *Gastrointest Endosc* 1985; 31: 355.
21. **Tsianos EB, Drosos AA.** Gastroscopic removal of a phytobezoar formed in a patient with mixed connective tissue disease. *Endoscopy* 1988; 20: 122.
22. **Huang YC, Guo Y, Yang YQ, Liu QC, Cheng GY, Chen HL.** Endoscopic lithotripsy of gastric bezoars using a laser ignited mini explosive device. *Chin Med J (Engl)* 1990; 103: 152.
23. **González Calvin JL, Díez Ruiz A, Muros C, Raya Muñoz J, Fernández Lloret S, Peña Angulo JF.** Tratamiento médico del fitobezoar gástrico. *Rev Esp Enferm Apar Dig* 1988; 74: 215.
24. **Deal DR, Vitale P, Raffin SB.** Disolution of a post gastrectomy bezoar by cellulase: A rapid non-interventive technique. *Gastroenterol* 1973; 64: 467.
25. **Schlang H.** Acetylcysteine in removal of a phytobezoar. *Gastroenterol* 1972; 62: 1047.