



www.elsevier.es/cirugia

P-780 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A BEZOAR SOBRE TUMOR CARCINOIDE DE INTESTINO DELGADO

Roldán Baños, Sara¹; Flores García, José Ángel¹; García García, Alberto²; Barzola Navarro, Ernesto J.²; Domínguez Fernández, María del Henar³; Galnares Jiménez-Placer, Alfonso¹; Galván Martín, José¹; Domínguez Martínez, José Ramón¹

¹Hospital de Zafra, Zafra; ²Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz; ³Hospital Universitario, Burgos.

Resumen

Objetivos: Alertar al cirujano de la posible coexistencia de patología tumoral en paciente con obstrucción de intestino delgado secundario a bezoar.

Caso clínico: Presentamos el caso de mujer de 69 años con etilismo crónico, sin cirugía abdominal previa, que ingresa por cuadro obstructivo de delgado. Se decide intervención quirúrgica urgente por mala evolución clínica (distensión abdominal y timpanismo con alto débito biliar por sonda nasogástrica) y analítica (aumento reactantes de fase aguda) pese a tratamiento conservador inicial. La paciente es sometida a laparoscopia exploradora evidenciándose gran dilatación de asas de delgado hasta asa de íleon medio engrosada, congestiva y mayor consistencia en su pared, que provoca retracción del meso. Distalmente asas intestinales normales. Se decide conversión a minilaparotomía infraumbilical, comprobando asa afecta repleta de pequeñas partículas duras, resección con adecuados márgenes macroscópicos, linfadenectomía hasta raíz del meso y anastomosis latero-lateral isoperistáltica mecánica. El estudio histológico revela asa de delgado de 40 cm de longitud con cientos de semillas en su interior y zona estenótica con mucosa irregular y blanquecina de consistencia fibrosa. Compatible con bezoar sobre tumor carcinoide de bajo grado pT2 (unifocal, de 15 mm de diámetro, tasa de mitosis 1/10, invade muscular pero no tejido adiposo subseroso, invasión linfovascular, márgenes quirúrgicos libres). La paciente se encuentra asintomática con controles periódicos.



Discusión: Un bezoar es un conglomerado de materiales extraños parcialmente o no digeridos en el tubo digestivo. Su localización más común es estómago, siendo menos frecuente en intestino delgado, colon y recto. Se clasifican en tipos según los materiales que lo componen: por frecuencia el fitobezoar (fibras

vegetales), el tricobezoar (pelos), el farmacobezoar (medicamentos) y el lactobezoar (leche y derivados). Otros menos comunes son los formados por plásticos, semillas y metales. La ingestión de cuerpos extraños es relativamente frecuente en pacientes psiquiátricos, olífrénicos, presidiarios y niños. Las manifestaciones clínicas varían en función de la localización y de la presencia o no de complicaciones, desde casos asintomáticos hasta el abdomen agudo, obligando a diagnóstico diferencial con cuadros como apendicitis o diverticulitis. Debe evaluarse cada caso concreto con vistas al tratamiento por el potencial riesgo de complicación (obstrucción, perforación, desarrollo de fistulas o la formación de abscesos retroperitoneales). Aunque habitualmente los cuerpos extraños son eliminados junto con las heces, pueden causar obstrucción mecánica tras períodos variables de observación. La localización en intestino delgado infrecuentemente produce sintomatología de obstrucción intestinal (salvo que existan zonas estenóticas), pero es una situación que requiere atención médica urgente. Por ello, es conveniente sospechar una posible neoplasia ante estenosis secundarias a obstrucción intestinal de delgado tras ingestión de cuerpo extraño. El tumor carcinoide (derivado de células endocrinas de Kulchitsky) de delgado es pocas veces diagnosticado de forma temprana y sólo un 5% de estos pacientes presentan síndrome carcinoide. La asociación de tumor carcinoide de delgado y bezoar es infrecuente. Es esencial un adecuado enfoque de cada caso concreto para no demorar el tratamiento y la aparición de complicaciones potenciales.