



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-709 - OCLUSIÓN POR BEZOAR: CUÁNDO OPERAR Y CUÁNDO NO

Peñarroya Castilla, Laia; Pérez Xaus, Marc; Martínez Guimerá, David; Landero Ascensio, Leónidas; Navarro Martínez, Rebeca; Vallverdú Cartié, Helena

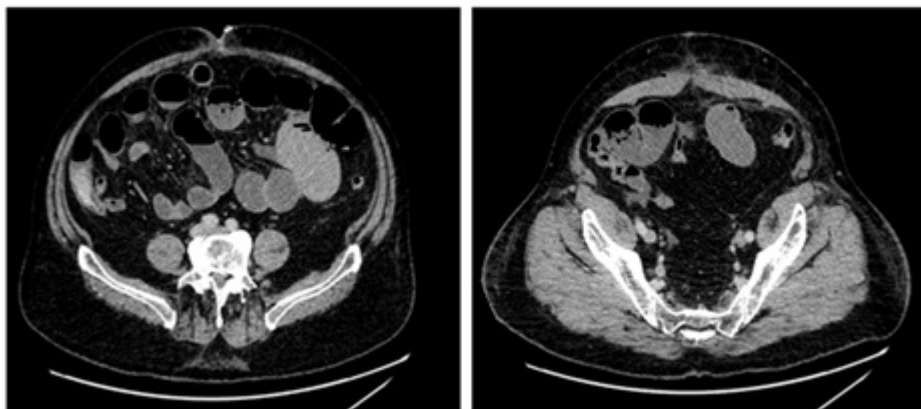
Consorci Hospitalari de Vic, Vic.

Resumen

Introducción: El bezoar es una colección de material orgánico indigerible que se acumula en el estómago o intestino delgado. Sus principales factores de riesgo son antecedentes quirúrgicos gástricos, gastroparesia, alteraciones psiquiátricas o masticatorias. Se clasifican según su contenido, siendo los más frecuentes los tricobezoars, seguidamente los fitobezoars y medicobezoars.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 64 años con antecedente de ulcus duodenal intervenido de vagotomía con piloroplastia que acude a urgencias por dolor en flanco izquierdo, náuseas y vómitos. A la exploración abdominal presenta distensión sin signos de peritonismo. Analíticamente destaca elevación de reactantes de fase aguda y la radiografía abdominal evidencia dilatación de asas intestinales. El TAC abdominal visualiza dilatación de asas yeyunales con un cambio de calibre en fosa ilíaca derecha-hipogastrio sin identificar la causa. Se realiza tratamiento con gastrografin durante 24 h. Ante la ausencia de mejoría clínica, empeoramiento analítico y no paso del gastrografin a colon se indica cirugía urgente. Mediante laparotomía se identifica bezoar oclusivo en yeyuno distal. Se realiza fragmentación y *milking* hasta válvula ileocecal. Caso 2: mujer de 54 años sin antecedentes médicos que acude a urgencias por dolor abdominal generalizado asociado a estreñimiento de 48h de evolución. Analíticamente no presenta alteraciones y en la radiografía abdominal destaca patrón en miga de pan a nivel hemiabdomen izquierdo. El TAC abdominal evidencia dilatación de la cámara gástrica con bezoar y engrosamiento concéntrico de píloro y antro gástrico. Se realiza fibrogastroscoopia fragmentando el bezoar, observando una úlcera gástrica de aspecto péptico. Se mantiene tratamiento con inhibidores bomba protones y se administra Coca-Cola®. Presenta una adecuada evolución clínica posterior realizándose ambulatoriamente 3 fibrogastroskopias, dos de ellas con fragmentación de beozar y una última que evidencia resolución completa.

CASO 1: Bezoar intestinal



CASO 2: Bezoar Gástrico



Discusión: Los bezoars son una entidad infrecuente ($< 1\%$ de las oclusiones intestinales) pero presente en las urgencias hospitalarias. La localización más frecuente es la gástrica seguida del intestino delgado. La mayoría son asintomáticos, pero pueden debutar en forma de ulceración por decúbito o perforación en caso de localización gástrica; o oclusión, isquemia y peritonitis en caso de localización intestinal. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y las pruebas de imagen. En el caso de la localización gástrica, la endoscopia es clave a nivel diagnóstico y terapéutico. El TC abdominal con contraste endovenoso es la técnica de elección para evidenciar los bezoars intestinales detectando una masa con límites claros dentro la luz, heterogénea. Además, permite detectar complicaciones como neumoperitoneo, líquido libre o isquemia intestinal. El tratamiento depende de la localización. En los gástricos se opta por tratamiento conservador, con endoscopia para su fragmentación o con la administración de sustancias líticas como la Coca-Cola®. Esta favorece su eliminación, ya que el ácido fosfórico junto con el ácido carbónico que contiene permite disminuir el pH actuando como disolventes. Los bezoares intestinales tienen un abordaje eminentemente quirúrgico requiriendo fragmentación y movilización manual del contenido intestinal; pudiéndose asociar a una resección intestinal en los casos de impactación, isquemia o perforación.