



Revista Información Científica

ISSN: 1028-9933

Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo

González-Sosa, Gabriel
Bezoar gástrico gigante. Presentación de un caso
Revista Información Científica, vol. 100, núm. 4, e3490, 2021
Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551768187013>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

INFORME DE CASO

Bezoar gástrico gigante. Presentación de un caso

Giant gastric bezoar. Presentation of case

Bezoar gástrico gigante. Apresentação de um caso

Gabriel González-Sosa 

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "General Calixto García". La Habana, Cuba.

Autor para la correspondencia: cancer@infomed.sld.cu

Recibido: 3 de mayo de 2021 Aprobado: 29 de junio de 2021

RESUMEN

Se realizó un reporte de un caso de paciente femenina de 48 años de edad, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, arritmias cardíacas y neurosis depresiva e ingestión diaria de cuerpos extraños desde hace algunos años, la cual tenía el hábito de masticar fragmentos de espuma de poliestireno (poliespuma), los que diluía en gasolina para poderlos moldear, ablandar e ingerirlos posteriormente. La paciente acudió a la consulta de Gastroenterología por presentar epigastralgia, acidez, sensación de repletos gástrica posprandial, aun cuando solo podía digerir escasas cantidades de alimento. Se realizó endoscopia, donde se apreció a la entrada de la luz gástrica un bezoar gigante de consistencia dura, superficie lisa, no movable, que midió aproximadamente 6-7 cm de diámetro, que ocupó prácticamente el 50 % de la luz gástrica, correspondiente al fundus y cuerpo gástrico, con extensión hacia el antro.

Los intentos de extraerlo por vía endoscópica fueron fallidos, por lo que se intervino quirúrgicamente y se extrajo el mismo. La paciente tuvo una evolución posoperatoria favorable y egresó a los siete días, con seguimiento por consulta externa y tratamiento médico ambulatorio.

Palabras clave: cuerpos extraños; bezoar gástrico; fragmentos de poliespuma

ABSTRACT

A 48-year-old female presented to gastroenterologist consultation with epigastralgia, heartburn, and sensation of postprandial gastric fullness even when she only could intake meal in small proportion. She had a history of hypertension, ischemic heart disease, and cardiac arrhythmias, depressive neurosis associated to the ingestion, daily and since several years, of foreign bodies. She was used to

chewing fragments of polyfoam, which she diluted them in gasoline in order to mold them, soften them and ingests them afterwards. An endoscopy procedure was used, which revealed, at the entrance of the gastric lumen, a giant bezoar of hard mass, smooth surface, non-movable, with approximately 6-7 cm size and occupying almost 50% of the gastric lumen region corresponding to the gastric body and fundus, and extending to the antrum. Attempts for removal the mass, endoscopically, were unsuccessful, so surgery was performed and it was removed successfully. The patient had a favorable postoperative evolution and was discharged 7 days after surgery, with outpatient follow-up and ambulatory medical treatment.

Keywords: foreign bodies; gastric bezoar; fragments of polyfoam

RESUMO

Relatou-se o caso de uma paciente do sexo feminino, 48 anos, com história patológica pessoal de hipertensão arterial, cardiopatia isquêmica, arritmias cardíacas e neurose depressiva e ingestão diária de corpos estranhos

há alguns anos, que tinha hábito de mastigar fragmentos de espuma de poliestireno (polyfoam), que ele diluiu em gasolina para poder moldar, amolecer e ingerir depois. A paciente compareceu à consulta de Gastroenterologia por apresentar epigastralgia, azia, sensação de plenitude gástrica pós-prandial, embora só conseguisse digerir pequenas quantidades de alimentos. Foi realizada endoscopia, onde um bezoar gigante de consistência dura, superfície lisa, imóvel, medindo aproximadamente 6-7 cm de diâmetro, ocupando praticamente 50% da luz gástrica, correspondente à luz gástrica, foi observado na entrada do lúmen gástrico, fundo e corpo gástrico, com extensão em direção ao antro. As tentativas de removê-lo endoscopicamente não tiveram sucesso, então ele foi submetido a uma cirurgia e foi removido. O paciente teve evolução pós-operatória favorável, com alta hospitalar sete dias após, com acompanhamento ambulatorial e acompanhamento médico ambulatorial.

Palavras-chave: corpos estranhos; bezoar gástrico; fragmentos poliespumantes

Cómo citar este artículo:

González-Sosa G. Bezoar gástrico gigante. Presentación de un caso. Rev Inf Cient [Internet]. 2021 [citado día mes año]; 100(4):e3490. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3490>

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de la existencia de los bezoares data de tiempos inmemoriales y, también, se arrastra desde épocas muy pretéritas, primero el asombro y luego la asociación de estos con propiedades particulares, como protectores de la salud. El término bezoar proviene de dos palabras hebreas, *bel*, que significa señor y *zaar*, veneno, es decir, señor de los venenos o contraveneno.⁽¹⁾

Sin embargo, el conocimiento más cercano de los bezoares proviene de la medicina oriental, y ello coincide con que la palabra bezoar deriva más probablemente del vocablo árabe *badzher* o el *panzehr* del Persa y, que en ambos casos, significa antídoto; es decir, tendría propiedades protectoras, principalmente contra envenenamientos, aunque también tendría efecto sobre el estado de ánimo de quienes lo utilizaban.



De hecho, debemos al sevillano árabe Ibn Zuhr, conocido mejor como Avenzoar, la primera descripción de las propiedades de los bezoares, una de las razones por las que este médico árabe medieval logró fama como clínico y terapeuta. Fue esta medicina árabe la que actuó primero como receptora y, posteriormente, desarrolló el legado de los griegos, la que creó las bases de la medicina occidental a partir de los siglos X y XI, y con ello se introdujo en Europa el conocimiento y aprecio por los bezoares. De hecho, los bezoares fueron atesorados por reyes y plebeyos, han sido incluidos en la literatura y formaron parte de nuestra cultura hasta muy recientemente.⁽¹⁾

Los cuerpos extraños (CE) una vez ingeridos, ya sea de manera voluntaria o accidental, son capaces de producir lesiones y/o complicaciones en el paciente con trastornos mentales, o reclusos que lo utilizan como excusa para poder salir de prisión. El porcentaje por sexo es similar en niños, pero en adultos es más frecuente en varones. Alrededor del 80-90 % progresa espontáneamente durante los ocho primeros días y el resto requiere procedimientos endoscópicos; tan solo el 1 % requiere cirugía. Se calcula que aproximadamente la ingesta de CE produce unas 1 500 muertes al año en Estados Unidos.

Se define como bezoar⁽²⁾ a la impactación del bolo alimenticio por acumulación muy compacta de material fibroso de origen animal o vegetal parcialmente digerido o no digerido en la cavidad gástrica, y que no puede salir de dentro de ella. Los bezoares gástricos suelen ser raros y pueden ocurrir a cualquier edad.

Suelen formarse en pacientes gastrectomizados, con trastornos de la motilidad (como la acalasia), en enfermos psiquiátricos o en aquellos que presentan anillo de Schatzki. Muchos bezoares son asintomáticos, pero algunos provocan síntomas, tales como: indigestión, malestar estomacal, epigastralgia, náuseas, vómitos, diarrea, dolor, úlceras gástricas.^(3,4)

Algunos bezoares pueden disolverse mediante reacciones químicas, otros deben extraerse por vía endoscópica⁽⁵⁾ y otros requieren cirugía. Los bezoares se clasifican de acuerdo con su composición: fitobezoares (vegetales, más comunes), tricobezoares (pelo), farmacobezoares (fármacos, particularmente frecuentes con sucralfato y gel de hidróxido de aluminio), diospirobzoares, un subconjunto de fitobezoares (ingesta excesiva de caquis, fruto de un árbol japonés, ocurre con mayor frecuencia en las regiones donde se cultiva esta fruta), y otros (variedad de otras sustancias, incluyendo productos de papel tisú y espuma de poliestireno, como tazas).^(6,7,8)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se reportó un caso de una paciente femenina de 48 años de edad, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, arritmias cardíacas y trastornos psiquiátricos (neurosis depresiva) e ingestión diaria de cuerpos extraños desde hacía algunos años, la cual tenía el hábito de masticar fragmentos de espuma de poliestireno (poliespuma), los que diluía en gasolina para poderlos moldear, ablandar e ingerirlos posteriormente.

La paciente acudió a la consulta de Gastroenterología por presentar epigastralgia, acidez, sensación de repletos gástrica posprandial, aun cuando solo podía digerir escasas cantidades de alimento. Fue examinada y se decidió realizar una endoscopia superior, donde previa sedación con propofol se

introdujo el equipo hasta los 40 cm de la arcada dentaria, que se corresponde con la unión esofagogástrica.

Desde este nivel se apreció a la entrada de la luz gástrica la presencia de un bezoar gigante de consistencia dura, no movible, que midió aproximadamente 6-7 cm de diámetro, que ocupaba prácticamente el 50 % de la luz gástrica, correspondiente al fundus y cuerpo gástrico, con extensión hacia el antro. Llamó la atención que el mismo era de superficie lisa, borde liso y de consistencia dura. No se pudo retirar e impedía la exploración del antro y el duodeno. Se apreció, además, una disminución de la motilidad gástrica. El esófago se encontró sin alteraciones y con motilidad normal (Figura 1 y Figura 2).



Fig. 1. Visualización de bezoar a través de una endoscopia digestiva superior.

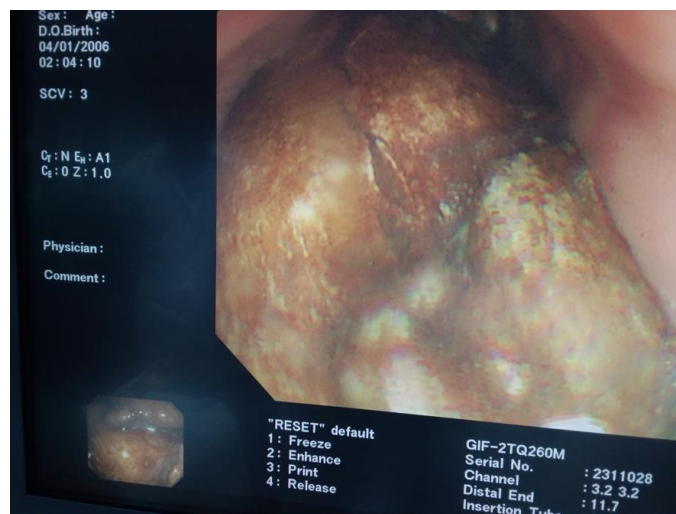


Fig. 2. Intento fallido de extracción del bezoar por vía endoscópica.

Se realizaron los siguientes estudios de laboratorio:

Hemograma completo: hemoglobina: 12,6 g/l; hematócrito: 0,41L/L; leucocitos: $7,9 \times 10^9/L$

Coagulograma mínimo: coágulo retráctil; plaquetas: $252 \times 10^9/L$

Glicemia: 4,2 mmol/L

Creatinina: 84 U/L

Proteínas totales: 78; Albúmina: 34

Ionograma: K: 4,2; Na: 132; Ca: 95

También, se le realizó ultrasonido abdominal, radiografía de tórax (vista posteroanterior), radiografía de abdomen simple de pie, tomografía axial computarizada de abdomen contrastado, electrocardiograma y ecocardiograma.

Se intervino quirúrgicamente, previa valoración por las especialidades de Cardiología y Psiquiatría, con uso de la anestesia general orotraqueal (GOT). Se realizó laparotomía por incisión media supraumbilical. Se abrió por planos hasta localizar el estómago, donde se observó aumento de volumen secundario a un bezoar gástrico gigante dentro de su cavidad. Se procedió a realizar gastrotomía a nivel del cuerpo gástrico. Se penetró a través de los planos de la pared gástrica y se localizó el bezoar. Se extrajo la masa compacta, de consistencia dura y con alrededor de 10 cm de largo por 3-5 cm de ancho. (Figura 3, Figura 4 y Figura 5). Se realizó lavado amplio de la cavidad gástrica y se cerró por planos con cromado 0 la parte mucosa de la herida, y con poliéster 0, la serosa. Se dejó drenaje de *penrose*, próximo a la zona quirúrgica, que se exteriorizó por contraabertura.

La paciente presentó una evolución posoperatoria favorable, por lo que se egresó a los siete días con tratamiento médico ambulatorio.

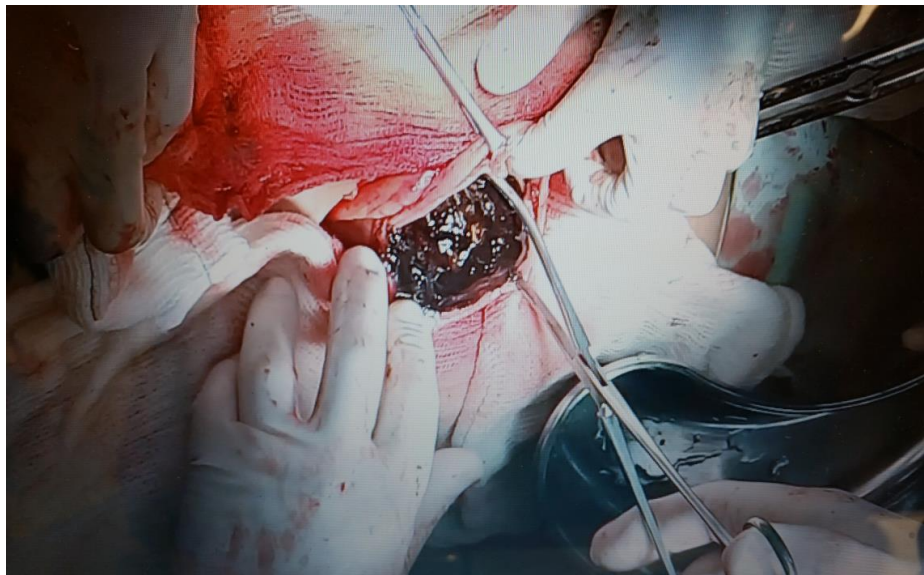


Fig. 3. Apertura de la cara anterior del estómago y comienzo de la extracción del bezoar gástrico.



Fig. 4. Continuidad de la extracción del bezoar gástrico.

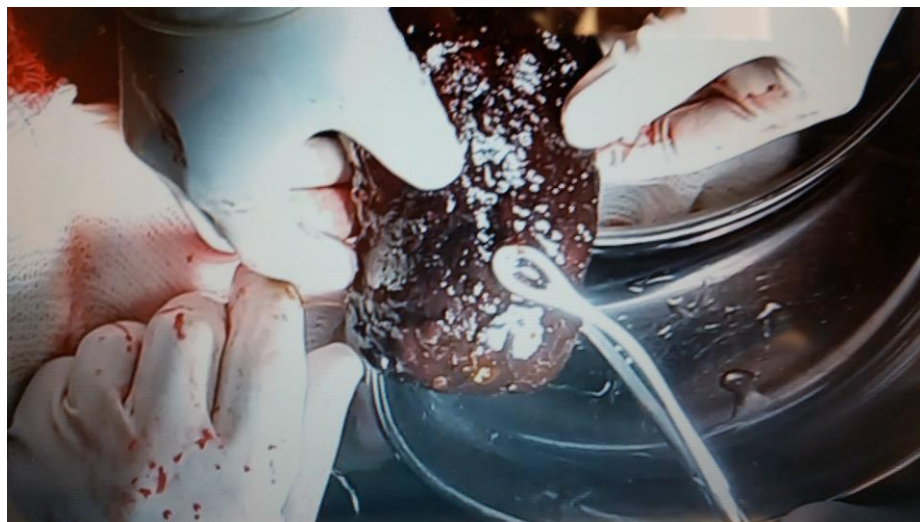


Fig. 5. Bezoar gástrico, de consistencia dura y con alrededor de 10 cm de largo por 3-5 cm de ancho.

DISCUSIÓN DEL CASO

Existen otros tipos de CE, dentro de ellos: objetos romos, que se extraen sin dificultad, y son los más habituales en niños, como pueden ser las monedas o tuercas; los objetos cortantes/punzantes, este grupo requiere una extracción urgente debido al elevado riesgo de perforación que existe. Deberán extraerse siempre en sentido contrario a la retirada para minimizar el riesgo de lesión de la mucosa. Se utilizará un sobretubo o campana de goma o de caucho, siempre que el tamaño del cuerpo extraño permita quedar alojado en su interior.

Dentro de los cuerpos extraños también se incluyen: las pilas (baterías), que pueden provocar quemaduras eléctricas e intoxicación sistémica por el escape de sustancias que contienen como el mercurio. Las pilas de botón especialmente contienen elementos altamente cáusticos como el hidróxido potásico e hidróxido de aluminio. Debido a esto, existe un importante riesgo de perforación durante las primeras 6-8 horas. Hay que tener presente que una pila cargada produce más daño y se fragmenta más rápidamente que una descargada.

En el material médico desplazado, también pueden hallarse objetos que accidentalmente hayan quedado alojados por manipulación médica, como puede ser el caso de una prótesis esofágica desplazada o una cápsula endoscópica estacionada.⁽⁹⁾

Un caso especial es el llamado *bodypacking* o *bodystuffing*, que consiste en “rellenar” el cuerpo, ya sea vía gástrica o rectal, de paquetes de drogas para contrabando a través de fronteras u otros puntos de control de seguridad. Debido al riesgo de rotura de los paquetes y la consecuente sobredosis que podría sufrir, está totalmente contraindicado el tratamiento endoscópico.

En el momento en que un paciente acude a urgencias por haber ingerido un CE, suele estar asintomático en el 50 % de los casos, y el objeto acostumbra a estar estacionado en el estómago o intestino. El cuadro clínico que presente dependerá de la localización del CE y de sus características.

Si se encuentra en esófago puede aparecer odinofagia, disfagia, sialorrea, tos y dolor torácico; y en la cavidad gástrica presentará sensación de molestia epigástrica, náuseas, vómitos o dolor abdominal. Si el CE se localiza en el duodeno e intestino delgado, el paciente no referirá mucha clínica. Esto puede deberse a la teoría que se plantea del “reflejo mural de retiro”, que consiste en la habilidad del intestino de dilatarse localmente cuando un objeto agudo se pone en contacto con la mucosa, tomando este una posición cefalocaudal que le permite una progresión atraumática. En el caso de aparecer hematemesis, hay que considerar la posibilidad de una fístula aortoesofágica.

Cuando el CE progresa hasta la válvula ileocecal, puede quedar alojado ahí por su estrechez anatómica y dar signos de obstrucción, y en un 40 % de los casos perforación intestinal. En este caso, el paciente puede manifestar dolor abdominal más fuerte, fiebre, peritonitis, hematoquecia o melenas. Si el objeto llega a colon, son raras las manifestaciones clínicas, ya que suelen expulsarse sin dificultad. Y es muy infrecuente la obstrucción/perforación en la unión rectosigmoidea.^(10,11,12)

Para llegar al diagnóstico de un CE lo principal es el cuadro clínico. Pero pueden ser de ayuda pruebas complementarias para estudiar la localización y posibles complicaciones, como una perforación, en cuyo caso la endoscopia estaría totalmente contraindicada.

Estas exploraciones incluyen la radiografía, tomografía axial computarizada y la endoscopia digestiva para realizar el tratamiento endoscópico. Hay que tener en cuenta que la imagen radiológica dependerá de las características del objeto, ya sea radiopaco (vidrio, metal, huesos de animales, comprimidos) o radiolúcido (aluminio, alimentos, madera, espinas). Los radiopacos tienen la capacidad de repeler los rayos X, lo que hace que la imagen se visualice como una zona blanca. En cambio, los radiolúcidos, absorben los rayos X y crean una imagen negra y menos nítida que los radiopacos. La tomografía axial computarizada se reservará para localizar aquellos CE considerados de alto riesgo.⁽⁴⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eng K, Kay M. Gastrointestinal Bezoars: History and Current Treatment Paradigms. *Gastroenterol Hepatol* 2012; 8: 776-8.
2. Espinoza González R. Bezoares gastrointestinales: mitos y realidades. *Rev Med Chile* 2016; 144: 1073-77.
3. Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, Schor NF. Foreign bodies and bezoars. En: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, Schor NF. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 20ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. chap 334.
4. Pfau PR, Hancock SM. Foreign bodies, bezoars, and caustic ingestions. En: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology/Diagnosis/Management*. 10ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2016. chap 27.
5. Mao Y, Liu Q, *et al*. Endoscopic lithotripsy for gastric bezoars by Nd: YAG laser-ignited mini-explosive technique. *Lasers Med Sci* 2014; 29:1237-40.
6. Dikicier E, Altintoprak F, Ozkan OV, Yagmurkaya O, Uzunoglu MY. Intestinal obstruction due to phytobezoars: An update. *World J Clin Cases*. 2015; 3: 721-6.
7. Pinilla RO, Vicente ML, González M, Vicente AA, Pinilla ME. Tricobezoar gástrico, revisión de la bibliografía y reporte de un caso. *Rev Colomb Cir* 2016; 31:44-49.
8. Iwamuro M, Okada H, Matsueda K, Inaba T, Kusumoto C, Imagawa A, *et al*. Review of the diagnosis and management of gastrointestinal bezoars. *World J Gastrointest Endosc* 2015; 7: 336-45.
9. Cuesta AB, Valenzuela M, Milá MA, Estepa L, Clavera C, Álvarez A. Extracción de cuerpos extraños esofágicos: estudio de la eficacia del abordaje endoscópico. *Rev Enferm Endosc Dig* 2016; 3(1):10-17.
10. Babak S, Mohan Paspulati R, Hambley J, Efron D, Martinez J, Perez A. A multidisciplinary approach to diagnosis and management of bowel obstruction. *Current Prob Surg* [Internet] 2018 [citado 13 Mar 2021]; 55:394-438. DOI: <https://doi.org/10.1067/j.cpsurg.2018.09.001>
11. Benson M, Pfau PR. Ingested Foreign Objects and Food Bolus Impactions. In: *Clinical Gastrointestinal Endoscopy*. 3ed [Internet]. España: Elsevier; 2019. p:255-262e.2 Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/3-s2.0-B9780323415095000220.pdf?locale=es_ES
12. Bonds M, Landmann A, Postier R. Chapter 70 Reoperations on the stomach and duodenum. *Reoperations on the Stomach and Duodenum*. En: *Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract*. 9ed [Internet]. España: Elsevier; 2019. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/3-s2.0-B9780323402323000704.pdf?locale=es_ES

Declaración de conflicto de intereses:

El autor declara no presentar ningún tipo de conflicto de intereses.

