

Obstrucción Intestinal Secundaria a Fitobezoar de Intestino Delgado

Dr. Takeshi Takahashi *, Dr. Eduardo Barrera *, Lic. Nut. Claudia Hoyos *, Dra. Victoria Magallón †, Dr. Rubén Cortés *

* División de Cirugía, † Departamento de Radiología. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. Vasco de Quiroga 15. Delegación Tlalpan. México, D.F. 14000.

Recibido para publicación: 31/VIII/94. Aceptado para publicación: 20/VI/95.

RESUMEN Antecedentes: El fitobezoar es una causa poco frecuente de obstrucción de intestino delgado. **Objetivo:** Discutir las implicaciones diagnósticas y terapéuticas de la obstrucción intestinal secundaria a fitobezoar. **Informe del caso:** Mujer de 78 años, con obstrucción intestinal secundaria a fitobezoar de intestino delgado que no respondió a manejo conservador. Fue sometida a laparotomía, realizando enterotomía y extracción del bezoar. La evolución postoperatoria fue adecuada. **Conclusiones:** El fitobezoar es una causa rara de obstrucción de intestino delgado; su sospecha clínica permitirá el diagnóstico y tratamiento adecuados.

Palabras clave: Fitobezoar, intestino delgado, obstrucción intestinal.

SUMMARY Background: Phytobezoar is a rare cause of small bowel obstruction. **Objective:** To review the diagnostic and therapeutic implications of small bowel obstruction secondary to phytobezoar. **Case report:** 78-year-old female, with small bowel obstruction secondary to phytobezoar that did not improve with conservative management. She was subjected to laparotomy, performing enterotomy and bezoar extraction. Postoperative outcome was adequate. **Conclusions:** Phytobezoar is a rare cause of small bowel obstruction; its clinical suspicion should permit adequate diagnosis and treatment.

Key words: Phytobezoar, small bowel obstruction.

INTRODUCCION

El síndrome de obstrucción intestinal (OI) es causado con mayor frecuencia por adherencias postoperatorias¹. La presencia de una obstrucción mecánica debida a un bolo alimentario rico en fibra (bezoar) es una causa rara de OI, descrita principalmente en enfermos con cirugía gastrointestinal previa, en los cuales se han dañado los mecanismos normales de vaciamiento gástrico²⁻⁵. Sin embargo, la existencia de un bezoar en intestino delgado en enfermos sin anomalías en la función pilórica es un fenómeno aún más raro⁶. En el presente artículo, se informa el caso de una paciente estudiada en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, en quien se encontró un fitobezoar como causa de obstrucción intestinal. El objetivo del trabajo es revisar y discutir las implicaciones diagnósticas y terapéuticas en los pacientes con fitobezoar del intestino delgado.

INFORME DEL CASO

Mujer de 78 años de edad, con hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus no insulino-dependien-

te. Existían antecedentes de histerectomía abdominal a los 33 años de edad, colecistectomía a los 55 años y mastectomía radical modificada a los 59 años por cáncer de mama sin ninguna evidencia de recidiva tumoral. Ingresó en el Servicio de Urgencias del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán con un padecimiento de 72 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal, náusea, vómitos e incapacidad para canalizar gases por vía rectal. La enferma había sido manejada fuera del Instituto durante 48 horas con la colocación de una sonda nasogástrica para descompresión e hidratación por vía intravenosa. Al no ceder las manifestaciones, fue referida al Instituto. La exploración física de ingreso demostró deshidratación moderada, distensión abdominal, con timpanismo generalizado, signo de rebote negativo; se escucharon, además, ruidos peristálticos con tono metálico; el tacto rectal demostró el ámpula vacía, sin presencia de masas, ni otras anomalías; el resto de la exploración física fue negativa. Los exámenes de laboratorio de ingreso fueron: hemoglobina, 11.3 g/dl; hematócrito, 32.7%; leucocitos, 8,300/cm³; Na, 143 mEq/l; K, 4.7 mEq/l; glucosa, 86 mg/dl. La telerradiografía de tórax

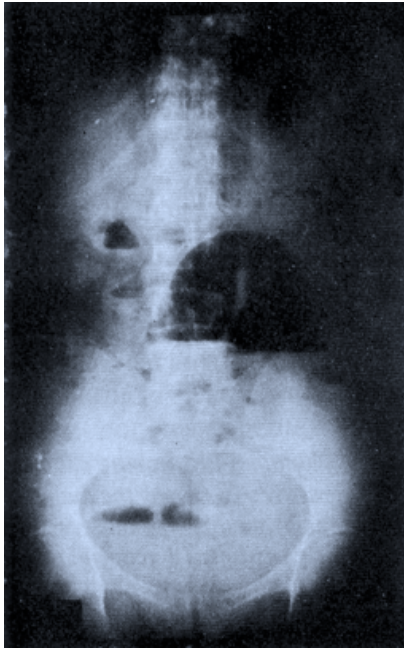


Figura 1. Placa simple de abdomen en bipedestación. Existe un patrón aéreo intestinal compatible con obstrucción completa a nivel del íleon terminal, o bien colon ascendente. Hacia el flanco derecho, hay una imagen en moteado bien delimitada que corresponde al bezoar.

demonstró cardiomegalia grado I a expensas de crecimiento ventricular izquierdo, así como aortoesclerosis. Las radiografías de abdomen fueron compatibles con un cuadro de obstrucción de intestino delgado distal (Figura 1). La enferma fue sometida a laparotomía exploradora. Se realizó una incisión media, que reveló una cantidad moderada de adherencias postoperatorias, ninguna de las cuales comprometía el tránsito intestinal. Se hizo evidente una obstrucción mecánica intraluminal en el íleon, a aproximadamente 20 cm de la válvula ileocecal, causada por un bolo de consistencia firme, móvil, que no fue posible empujar hacia el colon, por lo que fue necesaria la realización de una enterostomía, por donde se extrajo abundante material fétido, con aspecto de fibra. Se reparó la enterostomía en dos capas, de manera transversal. La paciente cursó el periodo postoperatorio sin ninguna complicación y fue egresada una semana después de la operación.

Se aplicaron a la paciente las encuestas de dieta habitual y de frecuencia de ingestión de alimentos; con base en la primera se documentó una ingestión baja de fibra cruda (3.91 gr) y una pobre ingestión de líquidos (800 ml/día), sin documentarse el consumo de alguno de los alimentos que han sido correlacionados en la literatura con la presencia de un bezoar intestinal². Debe también señalarse que la enferma refirió masticar bien sus alimentos.

DISCUSION

Con base en los datos clínicos y hallazgos radiológi-

cos, la enferma presentaba un síndrome de obstrucción intestinal. La causa más frecuente de OI son adherencias postoperatorias¹ y la enferma tenía antecedente de dos cirugías abdominales previas. El manejo inicial en la OI secundaria a adherencias debe ser conservador, ya que con frecuencia permite una evolución adecuada y evita una operación¹. Sin embargo, la enferma había sido ya sometida a 48 horas de manejo conservador en otro hospital, por lo que no se consideró que un período mayor de espera pudiera tener beneficio. En pacientes de edad avanzada, una obstrucción colónica de origen tumoral debe ser otra posibilidad importante a considerar, aunque, en las placas radiológicas, los hallazgos parecían más bien corresponder a una obstrucción de intestino delgado distal.

Se conoce como bezoar a un bolo concreto indigerible en el tracto gastrointestinal⁷. La presencia de un bezoar como causa de obstrucción mecánica es un hallazgo raro en el intestino delgado, que se ha descrito principalmente en pacientes que tienen cirugía gástrica previa². La pérdida de la función del píloro por una piloroplastia o una gastroyeyunoanastomosis permite el paso del alimento sin digerir adecuadamente, provocando así un bezoar intestinal en pacientes que consumen cantidades moderadas o abundantes de fibra. La presencia de un fitobezoar en intestino delgado en pacientes que no tienen cirugía gastrointestinal previa es un fenómeno aún más raro⁶. En el presente caso, no pudo documentarse ninguna causa del fitobezoar, ya que la enferma no tenía cirugía gastrointestinal previa, ni tenía historia de consumir grandes cantidades de fibra. Sin embargo, la escasa ingestión de líquidos en proporción a su consumo de fibra podría explicar la existencia del bezoar.

Se ha mencionado la posibilidad del diagnóstico preoperatorio del fitobezoar con base en los estudios radiológicos⁸. Sin embargo, es muy difícil en la práctica clínica llegar a un diagnóstico de certeza basándose únicamente en la placa simple de abdomen. Debido a ello, el diagnóstico con mayor frecuencia se hace transoperatoriamente. Una vez documentado un fitobezoar como causa de OI, debe tratar de empujarse el bolo de fibra hacia el ciego para ver si es posible librar la válvula ileocecal y evitar la necesidad de una enterotomía. Sin embargo, en este caso, al igual que en otros de los informados en la literatura⁸, no fue posible avanzar el bezoar, por lo que fue necesaria la realización de una enterotomía.

Creemos que la presencia de un fitobezoar intestinal es una causa rara de obstrucción intestinal, pero que la posibilidad de su existencia debe ser conocida por el cirujano para realizar su diagnóstico y tratamiento adecuados.

REFERENCIAS

1. Mucha P: Small intestinal obstruction. *Surg Clin North Am* 1987;67:597-620.
2. Schlang H A, McHenry L E: Obstruction of the small bowel by orange in the postgastrectomy patient. *Ann Surg* 1964;159:611-21.
3. Krausz M M, Moriel E Z, Ayalon A, Pode D, Durst A L: Surgical Aspects of Gastrointestinal Persimmon Phytobezoar Treatment. *Am J Surg* 1986;152:526-30.
4. Diettrich N A, Gau F C: Postgastrectomy Phytobezoars Endoscopic Diagnosis and Treatment. *Arch Surg* 1985;120:432-5.
5. Calabuig R, Navarro S, Carrió I, Artigas V, Monés J, La Calle J P: Gastric Emptying and Bezoars. *Am J Surg* 1989;157:287-90.
6. Strauss S, Rubinstein Z J, Shapira Z, Jacob E T: Food as a cause of small intestinal obstruction. *Gastrointest Radiol* 1977;2:17-20.
7. Anderson W, Weatherston G, Veal C: Esophageal medication bezoar in a patient receiving enteral feedings and sucralfate. *Am J Gastroenterol* 1989;84:205-6.
8. Verstandig A G, Klin B, Bloom R A, Hadas I, Libson E: Small bowel phytobezoars: detection with radiography. *Radiology* 1989;172:705-707.