



P-639 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR MIGRACIÓN DE BEZOAR GÁSTRICO

Barrionuevo Gálvez, Miguel; Salas Álvarez, Jesús María; Díez Núñez, Ana; Hendelmeier, Alicia; Campos Martínez, Francisco Javier; Arroyo Vélez, José Luis; Mestre Ponce, Carmen; Vega Ruíz, Vicente

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

Resumen

Introducción: El bezoar es una causa rara de obstrucción intestinal pero a tener en cuenta en pacientes con antecedentes de cirugía gástrica previa. Además debe de descartarse la presencia de otros cuerpos extraños distales que puedan causar obstrucción intestinal a diferentes niveles. Existen varias opciones de tratamiento disponibles que pueden aplicarse solas o en en combinación, las principales son la cirugía, el tratamiento endoscópico y la disolución con bebidas carbonatadas.

Caso clínico: Presentamos el caso de un hombre de 76 años, hipertenso, dislipémico, monorreno funcional por uropatía obstructiva e intervenido hace 40 años de una perforación gástrica en la que se realizó cierre simple y vagotomía. El paciente ingresa por una insuficiencia renal aguda obstructiva secundaria a una masa intravesical con un conglomerado adenopático asociado en FID. Una vez resuelto el cuadro urológico agudo mediante nefrostomía percutánea, comienza con distensión abdominal, intolerancia oral y vómitos. A la exploración un abdomen distendido y timpanizado, doloroso de forma generalizada. Analíticamente una elevación moderada de reactantes de fase aguda sin leucocitosis. Se revisa TAC realizado previo a su ingreso en el que se objetiva un gran bezoar gástrico y un cuerpo extraño en íleon distal de densidad similar a la masa gástrica que condiciona dilatación retrógrada de asas (fig.). Ante la sospecha de una obstrucción intestinal mecánica se realiza laparotomía exploradora. Durante la cirugía se objetiva fragmento de bezoar alojado en intestino delgado, que se fragmenta y ordeña hacia intestino grueso. Al segundo día posoperatorio se inicia tratamiento disolutivo mediante la administración de Coca-Cola a través de sonda nasogástrica. El paciente comienza con tránsito, tolera una dieta sin residuos y es dado de alta al octavo día tras la intervención.



Discusión: Las obstrucciones intestinales por bezoar son poco frecuentes, los principales factores de riesgo asociados son la ingesta abundante de fibra insoluble y el déficit en la motilidad gástrica o intestinal. En nuestro caso un manejo conservador no fue posible debido a la presencia de obstrucción intestinal no abordable de forma endoscópica. Además la patología basal del paciente no permitía una actuación quirúrgica agresiva, como la resección segmentaria o la gastrectomía. Por lo que se optó por la fragmentación y migración del material responsable de la obstrucción a través de la válvula ileocecal. Se recomienda explorar todo el paquete intestinal para descartar fragmentos satélites que puedan ocasionar obstrucción distalmente como ocurría en nuestro paciente. Tan pronto como fue posible, se inició terapia de disolución mediante la administración de Coca-Cola a través de SNG y posteriormente con la dieta, siendo efectiva. Existen estudios recientes que incluso describen el uso combinado de la terapia endoscópica y disolutiva sin llegar a requerir cirugía con resultados favorables en el manejo de pacientes complejos. En posteriores revisiones el paciente refirió ausencia de síntomas obstructivos con expulsión ocasional en heces de material vegetal. Actualmente se encuentra recibiendo tratamiento quimioterápico de primera línea por una neoplasia de origen urológico.