

# Bezoar gástrico\*

M.I. Correa Antúnez<sup>1</sup>, A. Serrano Calle<sup>2</sup>, J.J. Pimentel Leo<sup>3</sup>, S. Sanjuan Rodríguez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. <sup>2</sup>Departamento de Pediatría. <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica. <sup>4</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario «Infanta Cristina». Hospital Universitario Materno-Infantil. Badajoz

**RESUMEN:** Bezoar consiste en el acúmulo de sustancias diferentes en el tubo digestivo.

Presentamos el caso clínico de una niña, con un tricobezoar gástrico, descubierto en el postoperatorio de una apendicectomía.

La ecografía y el tránsito esófago-gástrico, son pruebas fundamentales para el diagnóstico. La endoscópica nos sirve para confirmar el diagnóstico y descartar la existencia de úlcus asociado, frecuente en estos pacientes.

El tratamiento quirúrgico es el de elección en los bezoares grandes, pero también se ha utilizado: láser, prokinéticos, disolución enzimática, etc.

A estos pacientes es necesario un control psicológico posterior.

**PALABRAS CLAVE:** Bezoar; Tricobezoar; Úlcera.

## GASTRIC TRICHOBEZOAR

**ABSTRACT:** Bezoar consist of the accumulation of different substances in the digestive tract.

We present the clinical case of a girl with gastric trichobezoar discovered in a postoperative follow-up to an appendectomy.

Ultra-sound images and oesophagus-gastric transit are fundamental points in the diagnosis. Endoscopy was useful in confirming the diagnosis and in ruling out associated ulcer, frequent in these patients.

Surgical treatment is the choice in big bezoar but laser, prokinetics and enzymatic dissolutions have also been used.

These patients should undergo psychological control.

**KEY WORDS:** Bezoar; Trichobezoar; Ulcer.

## INTRODUCCIÓN

Entendemos por bezoar las concreciones de sustancias extrañas ingeridas y acumuladas en estómago<sup>(1-4)</sup> y/o intestino (síndrome de Rapunzel)<sup>(5,6)</sup>. Otras localizaciones, aunque excepcionales, son: esófago (divertículo), duodeno y biliar (colecistogastrotomía)<sup>(7)</sup>.

**Correspondencia:** Dr. Santiago Sanjuan Rodríguez, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Materno-Infantil, Avda. Damián Téllez Lafuente s/n, 06010 Badajoz.

\*Este trabajo no ha sido presentado en ningún Congreso, Simposium o Reunión.

Actualmente existe una gran discusión con respecto a cuál es el método de elección de tratamiento, oscilando desde un tratamiento conservador, con diferentes fármacos, hasta el tratamiento quirúrgico.

Presentamos el caso de un tricobezoar en niña de 6 años, secundario a pica.

## CASO CLÍNICO

Niña de 6 años, con antecedentes dispépticos de varios meses de evolución que acude a urgencias con cuadro de dolor abdominal, náuseas, vómitos, deposiciones diarreicas y con exploración física compatible con abdomen agudo. En la analítica practicada destaca la leucocitosis con desviación a la izquierda y anemia microcítica. Ante la sospecha de una apendicitis aguda se realiza apendicectomía que es normal. Se revisa intestino delgado no encontrando otra patología. Se le da el alta a la semana de la intervención quirúrgica y se pone tratamiento de su anemia.

Al no encontrar causa que pudiera explicar el cuadro de abdomen agudo se decidió realizar un estudio de la paciente. Entre los antecedentes personales destaca alopecia, pica desde los tres años de edad, dolor abdominal de varios meses acompañado de náuseas, vómitos y diarrea que duraban varios días y que cedían espontáneamente, astenia y anorexia.

A la exploración física presenta un abdomen blando y depresible. A nivel epigástrico se palpa una tumoración de consistencia dura, móvil y no dolorosa.

Se practica Rx simple de abdomen, Eco abdominal, y estudio esófago-gastroduodenal (EED) donde se visualiza estómago aumentado de tamaño, con una masa que ocupa su interior mezclada con bario, presentando un aspecto grueso, todo ello compatible con bezoar (Fig. 1). Se realiza una endoscopia que confirma el diagnóstico y pone de manifiesto una ulceración en antro pilórico.

Se realiza gastrotomía y extracción del tricobezoar (Fig. 2).

El postoperatorio fue favorable, siendo dada de alta con



**Figura 1.** EED: defecto de repleción gástrico.

tratamiento de protección gástrica y remitida al Servicio de Psiquiatría para su seguimiento.

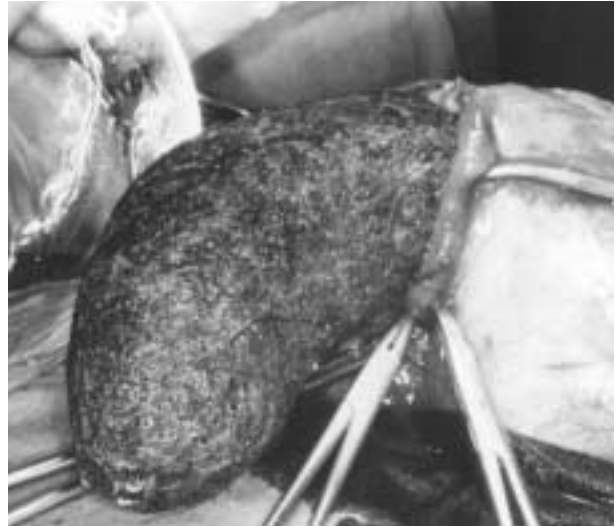
## DISCUSIÓN

En general, los bezoares son poco frecuentes, siendo excepcionales en niños<sup>(2, 3)</sup>.

Según su composición<sup>(3, 8, 9)</sup> distinguimos: Fitobezoar, compuesto por fibra de frutas y vegetales, es la forma más frecuente de bezoar en general. Tricobezoar, compuesto por pelos. Tricofitobezoar, mezcla de los dos anteriores. Quimobezoar, compuesto por sustancias químicas como resinas (pintores). Otros bezoar menos frecuentes son: lactobezoar, bezoar de ascaris, bezoar de caquis ...

Se conoce como síndrome de Rapunzel a la prolongación del bezoar más allá del ligamento de Treitz.

Si bien, hasta hace unos años la forma más frecuente era el tricobezoar, en la actualidad son más comunes los fitobezoares, sobre todo secundarios a cirugía gástrica previa<sup>(8)</sup>. El fitobezoar suele aparecer en varones, mayores de 30 años, y está relacionado con trastornos de la motilidad digestiva, hipoclorhídrica y dieta excesiva en fibras... Todos estos fac-



**Figura 2.** Extracción del tricobezoar a través de gastrotomía.

tores favorecerían el estasis gástrico y la formación del bezoar<sup>(8)</sup>.

El Tricobezoar es la forma más frecuente en niños, y de éstos son mujeres el 80%. Los trastornos emocionales, la alteración de la conducta (tricotilomanía, tricofagia), y la alopecia son características comunes en estos pacientes.

En los bezoares suele existir anemia hipocrómica. Para algunos autores<sup>(2)</sup> sería secundaria a pérdida hemática por úlcus. Para otros<sup>(3)</sup> existiría primariamente en déficit de Fe responsable de la alteración de la conducta, apareciendo el hábito de pica.

La clínica es variable e inespecífica<sup>(1, 6, 7, 10, 11)</sup>. Pueden aparecer síntomas dispéptico incluso dolor abdominal agudo, náuseas y vómitos, plenitud postprandial con intolerancia progresiva a los sólidos, anorexia, anemia y desnutrición. Suele existir alteración del hábito intestinal bien en forma de estreñimiento (subclusión)<sup>(6, 7)</sup> o diarrea (malabsorción)<sup>(1, 9)</sup>. La clínica en nuestro caso fue de dolor abdominal, náuseas y vómitos.

En la exploración física destacada la palidez cutáneo-mucosa, halitosis (estasis gástrico) y masa en epigastrio, dura, móvil que a veces puede ser dolorosa. En nuestro caso se podía tocar la tumoración en epigastrio.

Sospecharemos la existencia de bezoar en pacientes que presenten la clínica anterior y en los que existan antecedentes de cirugía gástrica previa (fitobezoar), pica y alopecia (tricobezoar)<sup>(10, 11)</sup>. Las pruebas complementarias confirmarán el diagnóstico<sup>(12-15)</sup>.

El diagnóstico por imagen es fundamentalmente por ECO abdominal (masa intragástrica)<sup>(14)</sup> y EED (defecto de repleción). La endoscopia sirve para confirmar el diagnóstico, tomar muestra y comprobar si existe una úlcera. En el caso de la niña, pudo visualizarse una úlcera en antro pilórico. También se ha utilizado la TAC<sup>(13)</sup> y la RMN<sup>(13)</sup>, pero creemos que con

un EED<sup>(13-15)</sup> en que aparezcan defectos de repleción y, en todo caso, la confirmación por endoscopia prequirúrgica son más que suficientes para el diagnóstico.

La obstrucción intestinal<sup>(16-20)</sup> es sin duda la complicación más frecuente, bien por la extensión del bezoar al intestino delgado (síndrome de Rapunzel), o porque pequeños fragmentos de éste migran a intestino y se depositan en la válvula ileocecal. Otras complicaciones son la úlcera gástrica, hemorragia, perforación, peritonitis, invaginación y síndrome de malabsorción por sobrecrecimiento bacteriano. En nuestro caso, apareció una úlcera gástrica que fue tratada médicamente.

No existe unanimidad con respecto al tratamiento empleado, puede ser: 1. Conservador<sup>(18, 19)</sup>; a) fragmentación enzimática más procinéticos, si bien se corre el riesgo de producir obstrucción intestinal, siendo utilizado en fitobezoares pequeños; b) extracción endoscópica previa disolución enzimática con inyección de celulosa, chorro de agua, dispositivo perforado, cesta de Dormia y láser. Si la extracción no es completa pueden quedar restos que posteriormente provoquen obstrucción o inicio de nuevos bezoares. 2. Tratamiento quirúrgico: para algunos autores<sup>(1, 5, 6, 9, 11)</sup> es el tratamiento de elección y consiste en gastrotomía y extracción del bezoar. A veces, es necesaria la prolongación a primera porción duodenal en caso de extensión del bezoar. En nuestro caso se optó por tratamiento quirúrgico.

En el tricobezoar el tratamiento de elección es siempre quirúrgico acompañado de tratamiento psiquiátrico<sup>(1, 12, 14)</sup>. Sin embargo, en el fitobezoar se puede intentar tratamiento conservador, sobre todo en caso de pequeños fitobezoares.

Consideramos que en caso de tratamiento quirúrgico, siempre hay que revisar intestino delgado por si hubiese restos que pudieran posteriormente provocar un cuadro obstructivo y que, en los casos de tricobezoar, estos pacientes deben ser controlados posteriormente por un psiquiatra.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Vatwani V, Palta SC, Kumar A. Tricobezoar. *Indian Pediatr* 1993; **30**:1145-1146.
2. Narváez I, Pascasio JM, Pabón M, Herrera JM, Vega P, Márquez JL y cols. Tricobezoar gigante gástrico y duodenal. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Gastroenterol Hepatol* 1995; **18**:87-90.
3. Marco A, Casani C, Gutiérrez C, Segarra V, Velázquez J, Segade R y cols. Tricobezoar en la infancia. A propósito de dos casos. *An Esp Pediatr* 1989; **30**:410-413.
4. Martín Parra JL, Sandoval González F, De Diego García EM, Naranjo Gómez A. Tricobezoar gástrico. *An Esp Pediatr* 1998; **48**: 76-78.
5. Senapati MK, Subramanian S. Rapunzel syndrome. *Trop Doct* 1997; **27**:53-54.
6. Duncan ND, Aitken R, Venugopal S, West W, Carpenter R. The Rapunzel syndrome. Report of a case and review of the literature. *West Indian Med J* 1994; **43**:63-65.
7. Doski JJ, Priebe CJ, Smith T, Chumas JC. Duodenal trichobezoar caused by compression of the superior mesenteric artery. *J Pediatr Surg* 1995; **30**:1598-1599.
8. Val Gil JM, Bermejo Zapatero A, Vázquez Arnedo M, Escartín Martínez MR. Bezoar: a propósito de cuatro casos. *Cir Esp* 1988; **44**: 836-840.
9. Kolho KL, Lindahl H, Saarinen UM. Cases of the month: three children with abdominal complaints. *Eur J Pediatr* 1997; **156**:75-76.
10. Pozo Parilli JC, Valois Gómez TA, Rincón N, Berrios C. Tricobezoar. Diagnóstico inusual. Reporte de 3 casos. *GEN* 1995; **49**:157-160.
11. Aboussad A, Habzi A, Slaoui B, Souhail F, Dehbi F. Le trichobézoard: à propos d'un cas. *Rev Med Suisse Romande* 1997; **117**:73-75.
12. Fiorentino J, Oneto A, Salgueiro F, Casella R. Tricobezoar en pediatría. *Rev de Cir Infantil* 1998; **8**:25-29.
13. Sinzig M, Werner Umschaden H, Haselbach H, Illing P. Gastric trichobezoar with gastric ulcer: MR findings. *Pediatric Radiology* 1998; **28**:296.
14. Cadaval García F, Calderón Leal G, Hernández Orgaz A, López Barrio A, Cortada Ruiz-Azcárraga. Diagnóstico radiológico del tricobezoar: a propósito de dos observaciones. *Vox Paediatrica* 1998; **6**:67-71.
15. Weiss M, Danoff D, Wood BP. Radiological case of the month. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; **152**:403-404.
16. Ellaway C, Beasley SW. Bezoar formation and malabsorption secondary to persistent dilatation and dysmotility of the duodenum after repair of proximal jejunal atresia. *Pediatr Surg Int* 1997; **12**:190-191.
17. Wang PY, Skarsgard ED, Baker RJ. Carpet bezoar obstruction of the small intestine. *J Pediatr Surg* 1996; **31**:1691-1693.
18. Wang YG, Seitz U, Li ZL, Soehendra N, Qiao XA. Endoscopic management of huge bezoars. *Endoscopy* 1998; **30**:371-374.
19. Nomura H, Kitamura T, Takahashi Y, Mai M. Small bowel obstruction during enzymatic treatment of gastric bezoar. *Endoscopy* 1997; **29**:424-426.
20. Rodríguez Rodríguez ML, Cadaval García F, Hernández Orgaz A, López Barrio AM. Bezoar gástrico de bastoncillos de algodón. *An Esp Pediatr* 1999; **51**:402-404.