



Síndrome de obstrucción intestinal secundario a fitobezoar

Gaspar-Alberto Motta-Ramírez,* Marco Antonio Corres-Castillo,† Enrique Colonna-García,§
Julio-César Martínez-Muñoz,§ Jorge-Alberto Pérez-Samperio§

Paciente femenina de 48 años de edad, que acude con una evolución caracterizada por cuadros intermitentes de distensión abdominal postprandial inmediata, dolor abdominal epigástrico irradiado hacia la región retroesternal y supraclavicular, acompañado de náuseas y regurgitación.

Al inicio de su evolución se le realizaron estudios radiológicos, proyecciones abdominales de pie y en decúbito, que demostraron hallazgos radiológicos del síndrome de obstrucción intestinal con niveles hidroaéreos como se demuestra en las figuras 1 a-b.

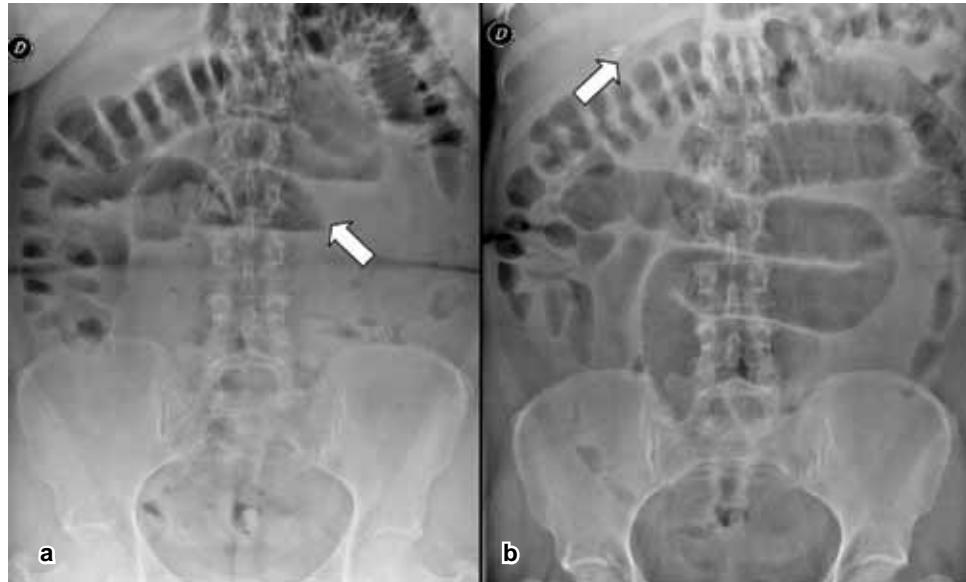


Figura 1.

* Médico Radiólogo.

† Residente del 2º del curso de Especialización en Radiología e Imagen Diagnóstica y Terapéutica.

§ Médico Cirujano.

Departamentos de Radiología e Imagen y Cirugía General del Hospital Ángeles Pedregal.

Correspondencia:

Dr. Gaspar-Alberto Motta-Ramírez

Departamento de Radiología e Imagen, Hospital Ángeles Pedregal.

Camino a Santa Teresa 1055, Col. Héroes de Padierna, 10700, México, D.F.

Correo electrónico: gamottar@yahoo.com.mx

Aceptado: 16-01-2012.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medicgraphic.com/actamedica>

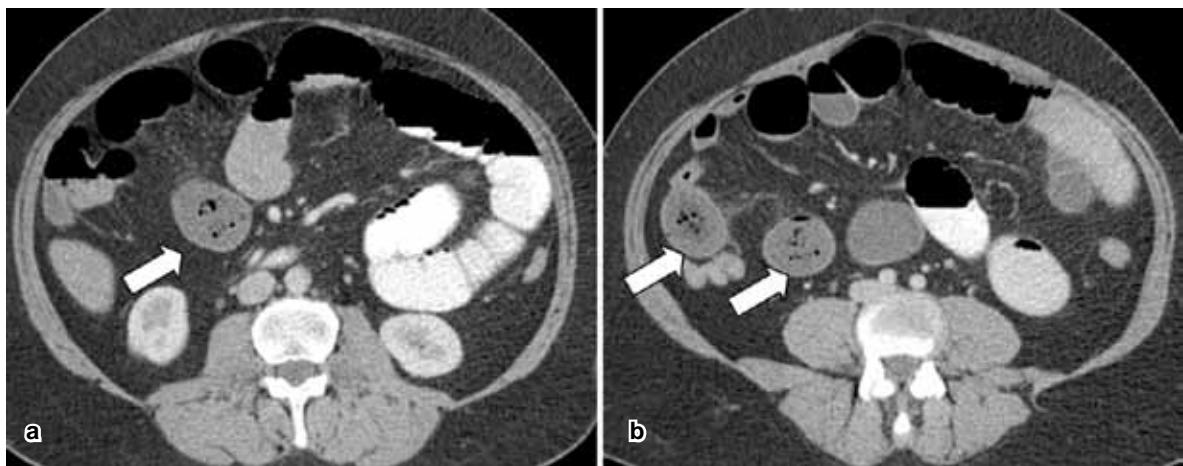


Figura 2.

Como antecedentes de interés y como se delimita en las imágenes radiológicas por las áreas de radiodensidad metálica proyectadas en el hipocondrio derecho, había el antecedente de colecistectomía laparoscópica.

Ante la sospecha de patología aguda inflamatoria intrabdominal obstructiva se realizaron estudios de gabinete y tomografía computada (TC), multidetectores abdominopélvicos en fase simple y contrastada, como se demuestra en las *figuras 2 a-b*, que demuestra distensión anormal de asas del intestino delgado por arriba de los 3 cm, con imágenes que permiten la identificación del signo de fecalización del contenido intraluminal intestinal en las asas del intestino delgado, fijas hacia la pared parietocólica y en la fossa iliaca derecha. Dado el antecedente quirúrgico, se atribuyeron los hallazgos de la TC a la presencia de adherencias intrabdominales postquirúrgicas. Ante el hallazgo del signo de fecalización del contenido intestinal, que en la perspectiva de la interpretación tomográfica correspondió a la obstrucción de alto grado, se le sugirió al cirujano la resolución quirúrgica del problema obstructivo.

Se llevó a cabo laparotomía endoscópica. A la revisión de la cavidad y de las asas intestinales se palpó una masa intraluminal intestinal, lo que motivó que el cirujano convirtiera la cirugía a abierta, con enterotomía y extracción de fitobezoar, como se demuestra en la *figura 3*.

FITOBEZOAR¹⁻³

El signo de fecalización del contenido intraluminal intestinal en las asas de intestino delgado (en inglés: *the small-bowel feces sign*) es factible su observación y demostración por TC abdominopélvica y se define como la presencia de formación de partículas que semejan al contenido intraluminal

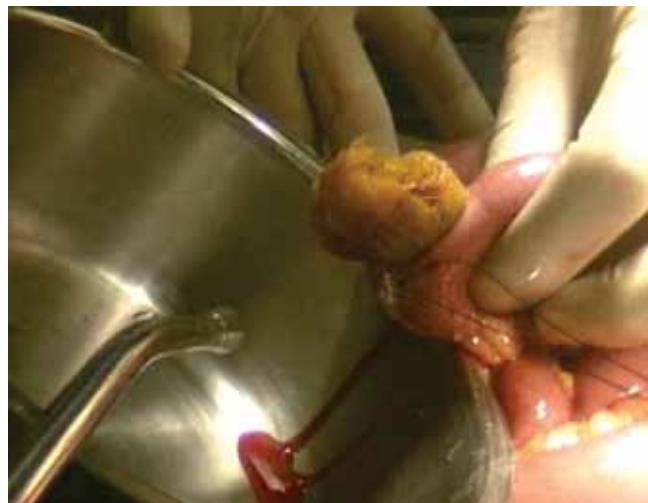


Figura 3.

colónico, entremezcladas con burbujas aéreas en las asas dilatadas del intestino delgado.¹

Este signo es un hallazgo indicativo del síndrome de obstrucción intestinal o de cualquier otra anormalidad severa de la motilidad del tracto intestinal (por ejemplo, secundaria a trastorno metabólico o infeccioso). El síndrome de obstrucción intestinal condiciona aproximadamente un 20% de las cirugías de urgencia. En el 60-80% de los casos, las asas del intestino delgado se ven afectadas. Este síndrome ocurre cada vez que hay un bloqueo intrínseco o extrínseco al flujo normal del contenido intraluminal.¹

El signo de fecalización del contenido intraluminal intestinal en las asas de intestino delgado es identificado más frecuentemente en la porción distal de las asas, con

longitud del segmento que varía de 4 a 20 cm. La prevalencia del signo en el síndrome de obstrucción intestinal es baja (7-8%).

La fecalización del contenido intraluminal intestinal posee una alta especificidad en aquellos casos en los que el síndrome de obstrucción intestinal es subagudo o de bajo grado; se presenta más frecuentemente en pacientes con síndrome obstructivo moderado o de alto grado.^{1,2}

El signo de fecalización del contenido intraluminal intestinal en las asas del intestino delgado se explica por la obstrucción que se desarrolla progresivamente, condicionando un tránsito intestinal lento, lo que permite que se incremente la absorción de agua y, subsecuentemente, adopte un patrón “semejando, como de heces” en el contenido intraluminal de las asas de intestino delgado. Su reconocimiento es importante, ya que evita retrasos en la toma de la decisión quirúrgica; el signo está presente, usualmente, proximal al sitio de obstrucción, lo que facilita el reconocimiento exacto de la ubicación, el sitio de transición y su causa.^{1,2}

El motivo primario del signo es la obstrucción mecánica secundaria a adherencias, hernias o tumores. Otras causas son estenosis postinflamatorias, infecciosas, metabólicas o alteraciones isquémicas. La fecalización del contenido intraluminal intestinal también puede ser observada en otras condiciones como la fibrosis quística, enfermedades infecciosas, metabólicas, por tubos de yeyunostomía y, por último, rara vez por bezoar.¹

En aquellos casos con el síndrome de obstrucción intestinal, las características por TC de la identificación del bezoar como del signo de fecalización del contenido intraluminal intestinal en las asas del intestino delgado se sobreponen condicionado confusiones (*Figura 2b*). Una masa bien definida, moteada, con burbujas entremezcladas con el contenido, asociada con una pared, que rodea –en capsula– dicho contenido es típica del bezoar intestinal.

Una masa amorfa, moteada, con burbujas entremezcladas con el contenido es típica de la fecalización del contenido intraluminal intestinal.³

El fitobezoar es una concreción de fibras vegetales. Su aspecto y dureza dependerán de la composición de éste y del tiempo de evolución que lleve. El factor predisponente principal para la formación del fitobezoar es la existencia de alteraciones en la motilidad gastrointestinal, que generalmente suele ser postquirúrgica, aunque también puede darse en pacientes con diabetes mellitus, secundaria a hipotiroidismo o incluso en pacientes consumidores de fármacos que inhiban la motilidad gastrointestinal, como los opiáceos. El tratamiento de los fitobezoares puede ser médico, endoscópico y, en algunos casos, quirúrgico. El tratamiento médico puede ser insuficiente, si el fitobezoar tiene un gran tamaño, por lo que se han ideado múltiples técnicas endoscópicas para fragmentar y extraer los bezoares, llegando a utilizarse lazos, pinzas o agua a presión, para lograr este objetivo. Una vez fragmentado, es importante extraer los fragmentos mayores de 1 cm de diámetro, para evitar que puedan ocasionar con posterioridad una oclusión intestinal. Finalmente, en algunos casos de fitobezoares muy grandes o duros, no queda más remedio que recurrir a la cirugía. No hay que olvidar que una vez extraído el fitobezoar, el paciente debe recibir tratamiento proctinético e intentar evitar comidas con mucha fibra no digerible, a fin de evitar la formación de un nuevo fitobezoar.

REFERENCIAS

1. Fuchsäger MH. The small-bowel feces sign. *Radiology* 2002; 225: 378-379.
2. Lazarus DE, Slywotsky C, Bennett GL, Megibow AJ, Macari M. Frequency and relevance of the “Small-bowel feces” sign on CT in patients with small-bowel obstruction. *AJR* 2004; 183: 1361-1366.
3. Delabrousse E, Lubran J, Sailley N, Aubry S, Mantion GA, Kastler BA. Small-bowel bezoar versus small-bowel feces: CT evaluation. *AJR* 2008; 191: 1465-1468.