

Bezoar en adolescente masculino con antecedente de malformación anorrectal. Reporte de un caso

RESUMEN

La mayor parte de los niños intervenidos por malformaciones anorrectales presenta algún tipo de disfunción intestinal o alguna alteración en su mecanismo de continencia, mismos que pueden alterar su calidad de vida y tener repercusión psicosocial. Los bezoares son colecciones de material ingerido, acumulado en estómago o intestino, que tienden a tomar el molde de los mismos. Su presentación se asocia con trastornos psiquiátricos que tienen desahogo en la falta de control de impulsos. Se presenta el caso de un adolescente masculino con antecedente de malformación anorrectal, sin ningún seguimiento médico, con secuelas secundarias de disfunción intestinal e incontinencia fecal que le condujeron a acoso escolar presentando trastorno distímico, pica, tricotilomanía y desarrollo de bezoar. La resolución fue quirúrgica y el seguimiento multidisciplinario actual es favorable.

Palabras clave: bezoar, malformación anorrectal, distimia, acoso escolar.

Bezoar in male adolescent with history of anorectal malformation. A case report

ABSTRACT

Most children undergoing anorectal malformations have some type of intestinal dysfunction or any alteration in the continence mechanism, they can alter their quality of life and have psychosocial impact. Bezoars are collections of ingested material accumulated in the stomach or intestine and tend to take the same mold, its presentation is associated with psychiatric disorders that have relief at the lack of impulse control. If a male adolescent presents with a history of anorectal malformation without any medical follow-secondary sequelae of bowel dysfunction and fecal incontinence that lead to bullying presenting dysthymic disorder, pica, trichotillomania and development of bezoar, with current surgical resolution and tracking pro multidisciplinary.

Key words: Bezoar, anorectal malformation, Dysthymia, Bullying.

Adriana Iliana Castillo-Aguirre¹

Perla López-Medina²

Víctor Alarcón-Quezada³

Víctor Hugo Portugal-Moreno⁴

Jorge Marino Vidal-Medina⁵

¹ Médico Cirujano Pediatra, adscrita.

² Médico residente de tercer año de Cirugía Pediátrica.

³ Médico residente de cuarto año de Cirugía Pediátrica.

⁴ Médico Cirujano Pediatra, adscrito.

⁵ Médico residente de segundo año de Cirugía Pediátrica.

Hospital Pediátrico Moctezuma, SSDF.

Recibido: 20 de febrero, 2015

Aceptado: 8 de mayo, 2015

Correspondencia: Dra. Perla López Medina

Oriente 158, No. 189

Col. Moctezuma 2da. sección

CP 15530 México, D.F.

Tel.: 57 62 24 21

peluyacp@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Castillo-Aguirre AI, López-Medina P, Alarcón-Quezada V, Portugal-Moreno VH, Vidal-Medina JM.

Bezoar en adolescente masculino con antecedente de malformación anorrectal. Reporte de un caso. Rev Esp Med Quir 2015;20:199-204.

INTRODUCCIÓN

La malformación anorrectal es un padecimiento frecuente en la población, el cual ha tenido grandes avances en cuanto a su tratamiento quirúrgico en las últimas décadas; sin embargo, parece que sus complicaciones siguen presentándose a largo plazo, entre ellas la incontinencia fecal, el manchado y el estreñimiento crónico, que si no son manejados adecuadamente repercuten en la calidad de vida de los pacientes y pueden condicionar alteraciones físicas y psicosociales. Se presenta el caso de un paciente con antecedente de malformación anorrectal, sin ningún seguimiento médico posterior a la corrección quirúrgica, con estreñimiento crónico e incontinencia fecal parcial que lo llevó a ser víctima de acoso escolar aunado a un estado distímico y tricotilomanía con pica, ingesta de textiles que condicionó la formación de un bezoar, una asociación poco común.

CASO CLÍNICO

Adolescente masculino de 17 años de edad, originario y residente del Estado de México. Soltero, estudiante de bachillerato. Antecedentes familiares de diabetes mellitus por rama paterna. Con diagnóstico de malformación anorrectal al nacimiento, fue tratado en una unidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) siendo necesarias, para su manejo, cinco cirugías entre las que destacan: colostomía, anorrectoplastia sagital posterior, cierre de colostomía y laparotomía exploradora por oclusión intestinal y fistula enterocutánea. Nulo seguimiento posterior a los 4 años de edad.

El paciente ingresó por el servicio de urgencias pediátricas por padecimiento de 15 días de evolución, caracterizado por dolor abdominal cólico intermitente, pujo y tenesmo, ausencia de evacuaciones los 8 días previos a su ingreso y, previamente, evacuaciones líquidas, escasas,

fétidas con sangre. Asimismo vómitos gastroalimentarios, fiebre de hasta 38°C ocasional, hiporexia, astenia y adinamia. Al interrogatorio dirigido se informó de estreñimiento crónico, uso de pañal por manchados accidentales diarios; tricofagia y pica desde los 10 años (se come los hilos de su ropa y se arranca las cejas). Mencionó notar una masa abdominal desde tres años antes. El propio paciente refirió ser víctima de acoso escolar por sus compañeros debido al olor a materia fecal que lo acompaña permanentemente.

A la exploración física se encontró paciente con desnutrición de segundo grado, neurológicamente íntegro, activo, pálido, con adecuada hidratación de la piel, zonas de alopecia en las cejas, estado cardiopulmonar sin ninguna alteración, abdomen globoso, distendido, con masa abdominal móvil en la zona del mesogastrio, flanco y fosa ilíaca izquierda, dolor a la palpación profunda, sin datos de irritación peritoneal, con peristaltismo. Anorrecto con anillo fibroso, cicatriz sagital posterior, periné intacto, materia fecal fugando por rebosamiento, ámpula rectal con presencia de materia fecal indurada, extremidades íntegras sin edema, pulsos presentes y llenado capilar distal inmediato.

Estudios paraclínicos con fórmula blanca y roja normales, hipopotasemia e hiponatremia. Radiografía de abdomen con dilatación colónica con patrón en miga de pan (Figura 1). Colon por enema con medio hidrosoluble con adecuado pase del medio de contraste; sin embargo se encuentran dilatados colon sigmoides, recto y descendente. Endoscopia gastrointestinal: estómago con lodo biliar y hernia hiatal; resto de la endoscopia sin alteraciones hasta la primera porción del duodeno. Ultrasonografía renal con hidronefrosis izquierda. Se le dio manejo con base en enemas evacuantes y dieta laxante sin respuesta satisfactoria; se practicó desimpacción rectal manual donde se obtuvo un bezoar de pelos y fibras textiles, aproximadamente de



Figura 1. Radiografía simple de abdomen: dilatación colónica importante con patrón en miga de pan.

uno y medio kilogramos (Figura 2). Al persistir sin evacuar y con palpación aún de masa abdominal se realizó desimpactación instrumentada en quirófano bajo sedación y se obtuvo 1 kg más de material textil combinado con materia fecal.

Se continuó el manejo con laxantes y dieta rica en fibra. Fue valorado por un paidopsiquiatra que diagnosticó distimia de inicio temprano y trastorno de control de impulsos (tricotilomanía y pica) que no ameritaba manejo farmacológico. A pesar de esto el paciente presentó baja tolerancia a la dieta, ninguna mejora en el patrón de sus evacuaciones y dolor abdominal intermitente. El mismo paciente se realizó manipulación y extracción anal de material textil, después de lo cual presentó rectorragia, dolor abdominal, aumento del perímetro abdominal y datos de irritación peritoneal. Por ello se le efectuó una laparotomía exploradora urgente donde se



Figura 2. Bajo desimpactación instrumentada se extraen fibras textiles.

encontró perforación sellada en sigmoides con enfermedad fibroadhesiva masiva y bezoar en el colon descendente. Se le practicó una enterotomía en el sitio de perforación, se extrajo bezoar de 2 kg (Figuras 3 y 4) y se realizó plastia de perforación y derivación tipo ileostomía.

En el posoperatorio ameritó estancia en terapia intensiva, manejo hidroelectrolítico y por sepsis nosocomial por *Pseudomonas aeruginosa*; así mismo, manejo de herida por dehiscencia. Egresó en condiciones adecuadas tras 43 días de hospitalización, con seguimiento posterior en consulta externa, en mejoría y con seguimiento por urología y paidopsiquiatría, en espera de cierre de ileostomía.

DISCUSIÓN

La mayor parte de los niños intervenidos por malformaciones anorrectales presenta algún tipo de disfunción intestinal o alguna alteración en su mecanismo de continencia (incontinen-

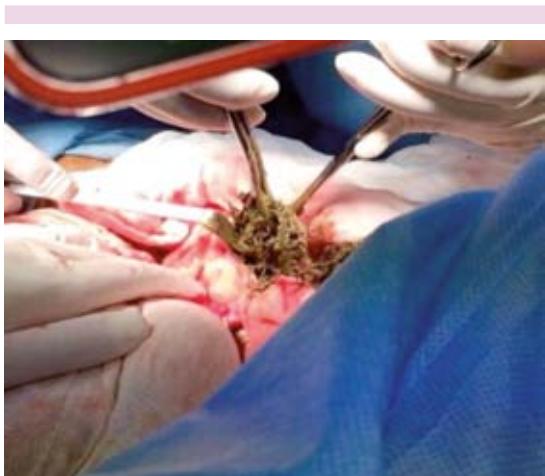


Figura 3. En el sitio donde se encontró la perforación sigmoidea se realizó enterotomía para la extracción completa del bezoar.



Figura 4. Extracción de bezoar de 3 kg por medio de enterotomía de sigmoides.

cia, manchado, estreñimiento, estenosis, etc.).¹ Aunque dependen del tipo de malformación, el hábito intestinal predominante (65%) es el estreñido con o sin fecalomás.² Según algunos estudios las pérdidas involuntarias de heces son lo que marca, a largo plazo, la calidad de vida de estos pacientes. Esto se sabe por diferentes

escalas que valoran su hábito intestinal hasta la repercusión psicosocial.³⁻⁵

Cuando a estos pacientes con malformaciones anorrectales no se les da el seguimiento adecuado se puede contribuir a un deterioro en su desarrollo fisiológico y social. Gran parte de las familias de los niños asume a la incontinencia como algo inevitable y perteneciente a su enfermedad, por lo que no solicitan tratamiento a pesar de los problemas que se provocan.⁴ Aunque no hay suficientes estudios respecto al estado anímico que condicionan las malformaciones es indudable que esto, en nuestro paciente, como él mismo lo manifestó, condicionó un estado de baja autoestima, de detención en su desarrollo social llevando a un estado distímico y teniendo desahogo en la tricotilomanía y en la pica.

El trastorno distímico es un tipo de depresión en el cual los síntomas tienen una duración mayor que en el estado depresivo mayor, es decir, son crónicos, por un periodo mínimo de dos años. Sin embargo, la severidad e intensidad de los síntomas es menor. El trastorno distímico en los niños y adolescentes se puede caracterizar por ánimo depresivo la mayor parte del día, fatiga, baja autoestima y sentimientos de desesperanza. Se le considera de inicio temprano cuando se presenta antes de los 21 años y su etiología es multifactorial, destacando los factores ambientales como circunstancias familiares, escolares, relaciones con compañeros, amigos, etc. A diferencia de los adultos, se presenta con igual porcentaje en ambos sexos.⁶ Puede asociarse con otros trastornos psiquiátricos. En el caso de nuestro paciente se asoció con trastorno del control de impulsos y parte de "las conductas repetitivas centradas en el cuerpo", como algunos autores consideran a la tricotilomanía, con eventual tricofagia y pica, que dan origen a otros trastornos, dado nuestro caso, un tricotextilo bezoar.^{6,7}

Los bezoares son definidos como acumulaciones de materiales de distinta calidad en el estómago y en el tubo intestinal en humanos y animales donde tienden a tomar el molde de los mismos. Pueden ser de diferentes tipos: micobezoar, fibobezoar, tricobezoar y tricofitobezoar. El motivo de la formación de un bezoar es esencialmente mecánico, dependiendo del contenido insoluble e indigerible, cantidad de moco, acidez y motilidad intestinal.⁸⁻¹⁰ Se ven con mayor frecuencia en el estómago, rara vez en colon y recto.⁹

Los pacientes con bezoares son presa de su adicción a comer pelos y sustancias no digeribles. No es sino hasta que “un síntoma” asoma que el médico o cirujano acucioso descubre y “salva a la joven princesa”. O sea que un problema psiquiátrico es la causa de una “cirugía”.^{9,10} Tienen predominio en el sexo femenino en 90% de los casos; de ellos 80% se presenta antes de los 30 años de edad.¹¹

Los síntomas varían desde dolor abdominal que puede llegar a ser recurrente y acompañarse de pérdida de peso, náusea, vómito, astenia, adinamia, anorexia, evacuaciones diarreicas, constipación intestinal e incluso obstrucción intestinal; anemia, enteropatía perdedora de proteínas y datos de irritación peritoneal y perforación.^{9,11} Aunque los bezoares son poco comunes los médicos deben aprender a reconocer los síntomas con el fin de proporcionar el tratamiento adecuado. En los pacientes que se presentan con impactación fecal un cuestionamiento a fondo de sus hábitos alimentarios debe llevarse a cabo y, sobre todo, con una respuesta fallida a los laxantes, la posibilidad de bezoar rectal debe ser considerada. La dirección puede exigir desimpactación manual y aún recuperación quirúrgica. Una vez que el bezoar se ha eliminado la terapia preventiva multidisciplinaria debe aplicarse para evitar la recurrencia.^{11,12}

CONCLUSIONES

El caso expuesto representa una condición extrema de secuelas en un paciente con malformación anorrectal. Si bien es esperada la presencia de secuelas crónicas en la mayoría de los pacientes, cuando se hace la intervención oportuna y el seguimiento adecuado la calidad de vida es aceptable. El paciente presentaba incontinencia fecal, que es la secuela que más afecta la calidad de vida en los niños, aunado a un trastorno psiquiátrico que desarrolló probablemente por el acoso escolar. Disfunción colónica, estreñimiento y estasis fecal, aunados a la ingesta de material textil llevaron al desarrollo del bezoar que incrementó la morbilidad del paciente. Esta condición clínica, aunque poco común, siempre se debe sospechar si se tienen elementos en la historia clínica de los pacientes, para darles pronta resolución y manejo interdisciplinario.

Se debe hacer hincapié, a los profesionales de la salud y a los familiares, en que los pacientes con malformación anorrectal presentan algún grado de disfunción intestinal como secuelas de estreñimiento e incontinencia fecal. Por lo tanto, los pacientes requieren seguimiento multidisciplinario (cirujano, pediatra, nutriólogo, psicólogo y trabajador social) desde la primera intervención quirúrgica y después de la corrección quirúrgica definitiva. De tal manera que, si lo precisan, reciban una intervención médica oportuna más el apoyo psicológico que requieren. De esta manera se minimiza el número de pacientes con complicaciones y secuelas que afectarían de manera negativa su calidad de vida. Incluso, como en el caso que presentamos, ser víctimas de acoso escolar y padecer trastornos psiquiátricos secundarios que representan, sin duda, un caso extremo de situaciones negativas para un paciente.

REFERENCIAS

1. Levitt MA, Peña A. Treatment of fecal incontinence. In: Holschneider AM, Hutson JM. Anorectal malformations in children. Springer; 2006. p. 378-83.
2. Bai Y, Yuan Z, Wang W, Ahao Y, Wang H, Wang W. Quality of life for children with fecal incontinence after surgical corrected anorectal malformation. *J Pediatr Surg.* 2000;35:462-4.
3. Ure BM, Rintala RJ, Holschneider AM. Scoring Postoperative Results. In: Holschneider AM, Hudson JM. Anorectal malformations in children. Springer; 2006. p. 378-83.
4. M.E. Molina, A. Lema, M.G. Palacios, I. Somoza, J. Gómez Veiras, M.G. Tellado, E. País, T. Dargallo, D. Vela. Calidad de vida en los pacientes intervenidos de atresia de ano. *Cir Pediatr* 2010;23:19-23 Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.
5. Paidas CN. Fecal incontinence in children with anorectal malformations. *Semin Pediatr Surg.* 1997;6:228-34.
6. Cardenas EM, Feria M, Vázquez J, Palacios L, De la Peña F. Guía clínica para la atención de trastornos mentales. Guía clínica para los trastornos (afectivos depresión y distimia) en niños y adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México 2010.
7. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Baer L, Jenike MA. Skin picking in German students: Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behav Modif.* 2002;26:320-33.
8. Taczalska A, Nowosławska-Łuniewska K, Koziarkiewicz M, Pawlak P, Piaseczna-Piotrowska A. Bezoars - diagnostic problems based on own observations and literature review. *Med Wieku Rozwoj* 2013;17:265-9. Polish.
9. Jaramillo-Borges Yasmín María. Síndrome de Rapunzel Acta Médica Costarricense, 2007; 49: 1, 4-5. Colegio de Médicos y Cirujanos AMC,
10. Aguilar M, Rodríguez F. Síndrome de Rapunzel, reporte de un caso. *Acta Médica Costarricense* 2003;45:80-2.
11. Ortiz SJM, Suárez NJE, Nava CAD, Cruz MEA, Dávila JH. Tricotextilo bezoar, Síndrome de Rapunzel. Presentación de un caso. *Revista Mexicana de Cirugía Pediátrica.* Vol. 12, No. 1, Enero-Marzo 2005.
12. Manne JR, Rangu VM, Motapothula R, Hall MC. A Crunching Colon: Rectal Bezoar Caused by Pumpkin Seed Consumption. *Clinical Medicine REsearch*, 2012;10(2):75-77.