

Bezoar gastrointestinal, ampliando el diagnóstico diferencial de la obstrucción intestinal tardía en pacientes con antecedentes de cirugía bariátrica.

Alba García Trancho, Ainhoa Echeveste Varela, Ainhoa Andres Imaz, Laura Martí Gelonch, Emma Eizaguirre Letamendia, Eider Talavera Urquijo, José Ignacio Asensio Gallego, José María Enríquez Navascués.

Sección de Cirugía Esofagogástrica, Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Donostia, Donostia, España.

Alba Garcia Trancho. E-mail: alba.garciatrancho@osakidetza.eus

Recepción (primera versión): 7-Septiembre-2021 Aceptación: 14-October-2021 Publicación online: N° Septiembre 2021

Resumen:

Nuestro objetivo es analizar la literatura científica disponible sobre la formación de bezoar gastrointestinal en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica a raíz de 3 casos índice en nuestro servicio y debido a la mayor predisposición de esta causa inusual de obstrucción intestinal entre la población bariátrica, que conlleva graves consecuencias para el paciente en ausencia de tratamiento precoz.

Palabras clave:

- Bezoar
- Cirugía Bariátrica
- Bypass gástrico
- Complicación postoperatoria
- Obstrucción intestinal tardía

Gastrointestinal bezoar, expanding the differential diagnosis of late intestinal obstruction in patients with a background of bariatric surgery.

Abstract:

Our objective is to analyze the scientific literature available on the formation of gastrointestinal bezoar in patients previously intervened of bariatric surgery as a result of 3 index cases in our service and due to the greater predisposition of this unusual cause of intestinal obstruction among the bariatric population, that carries severe consequences for the patient in the absence of early treatment.

Keywords:

- Bezoar
- Bariatric surgery
- Gastric bypass
- Postoperative complication
- Late intestinal obstruction

Introducción

Debido al incremento a nivel global del número de intervenciones de cirugía bariátrica realizadas para el tratamiento de la obesidad mórbida, se puede deducir que en un futuro cercano los cirujanos nos enfrentaremos a un mayor número de complicaciones asociadas con esta técnica.[1]

La obstrucción intestinal es una complicación relativamente frecuente tras la cirugía bariátrica y puede ser secundaria a diversas causas que incluyen adherencias, hernia interna, eventración abdominal incarcerada, estenosis anastomótica, invaginación intestinal [5,11] u

otras

causas más inusuales reportadas de manera anecdótica en contadas publicaciones. [2,3,4, 7,8]

El bezoar es una de las complicaciones excepcionales que pueden ocurrir en el periodo postoperatorio tardío, pudiendo presentarse incluso meses o años después de la intervención inicial.

Los bezoares son colecciones de material extraño no digerido que se acumula en el tracto gastrointestinal. Se conocen dos tipos principales de bezoares, el fitobezoar de origen vegetal, y el tricobezoar compuesto de cabello ingerido que se observa principalmente en pacientes con trastornos psiquiátricos, aunque también se han descrito

lactobezoares y farmacobezoares. Entre todos estos, los más comunes son los fitobezoares. Los factores de riesgo para el bezoar incluyen cirugía gástrica previa, vagotomía, factores dietéticos y mala condición dental. Los pacientes sometidos a cirugía bariátrica son especialmente propensos a la formación de bezoares debido a la disminución de la motilidad gástrica, la pérdida de la función pilórica y la disminución de la acidez gástrica[10]. Por ello, el bezoar debe estar presente dentro del diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal en todos los pacientes con antecedentes de cirugía bariátrica previa, una vez descartadas causas más comunes como la hernia interna.

Material y Métodos

Presentamos 3 casos de bezoar en pacientes bariátricos intervenidos en nuestro servicio entre enero del 2018 y diciembre del 2020. Revisamos la literatura científica publicada sobre bezoar como complicación tras cirugía bariátrica mediante la búsqueda en PubMed y Medline de los casos reportados hasta la fecha. Usamos las palabras clave "bezoar", "cirugía bariátrica" y "bypass gástrico en Y de Roux".

Resultados

El primer caso es una mujer de 43 años con obesidad mórbida que debuta con cuadro de dolor abdominal difuso, vómitos y malestar general un año después de ser sometida a bypass gástrico. Se le realiza una Tomografía computarizada (TC) abdominal, donde se objetiva una importante dilatación de asas de intestino delgado con contenido fecaloideo en su interior e importante defecto mural en margen lateral de la anastomosis del pie de asa, con fuga de contenido y cambios inflamatorios (figura 1). Tras estos hallazgos, la paciente es diagnosticada de sepsis secundaria a dehiscencia diastásica de la anastomosis yeyuno-yeyunal debida a bezoar alimenticio. Se indica cirugía urgente mediante laparotomía media, visualizando una dehiscencia lineal de 4cm de la sutura yeyuno-yeyunal y procediendo a extracción del bezoar y sutura primaria de la perforación, con evolución postoperatoria favorable. A los 6 meses, la paciente se presenta nuevamente en Urgencias con un dolor abdominal brusco y cuadro séptico como consecuencia de una perforación de asa yeyunal a nivel de la anastomosis del pie de asa secundaria a un bezoar visualizada mediante TC abdominal (figura 2). Precisa de reintervención urgente, con hallazgo de peritonitis difusa bilio-alimentaria y realizándose una resección de la anastomosis del pie de asa y una reanastomosis mecánica a unos 20cm de la anterior. Es dada de alta al vigésimo día postoperatorio tras correcta evolución. Durante el seguimiento ambulatorio, 6 meses después de la última cirugía, la paciente presenta una eventración abdominal sintomática, siendo intervenida de eventroplastia retromuscular tipo Rives de manera programada.



Figura 1: Distensión de Intestino delgado con contenido fecaloideo y defecto mural en margen lateral de la anastomosis con fuga de contenido intestinal.

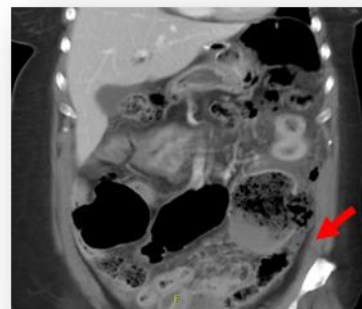


Figura 2: Perforación yeyunal a nivel de anastomosis yeyuno-yeyunal por Bezoar alimenticio.

El segundo caso es una mujer de 42 años intervenida de bypass gástrico 8 años antes y con un IMC actual de 27 que debuta en la actualidad con un cuadro de dolor epigástrico súbito y vómitos tras trasgresión dietética. Es diagnosticada por TC abdominal de hernia interna con dilatación de asas alimentaria y biliopancreática y patrón intestinal radiológico en miga de pan (figura 3). Se realiza cirugía urgente, donde se objetiva que la dilatación intestinal es secundaria a un fitobezoar distal al pie de asa que condiciona una obstrucción intestinal. Se procede a extracción de fitobezoar mediante enterotomía y a resección del cabo ciego del asa biliopancreática, presentando buena evolución posterior.



Fig. 3: Dilatación de asas alimentaria y biliopancreática con patrón en miga de pan.

El último caso es un hombre de 54 años con enolismo crónico y antecedentes psiquiátricos que hace 30 años fue intervenido de gastrectomía vertical anillada posteriormente reconvertida a Y de Roux por obesidad mórbida. El paciente debuta con un cuadro subagudo de dolor epigástrico y vómitos de 20 días de duración. Se le realiza una TC abdominal que visualiza gran distensión gástrica secundaria a bezoar gástrico (figura 4). Inicialmente se maneja mediante tratamiento médico conservador con dieta absoluta, sueroterapia y sonda nasogástrica (SNG) pero ante persistencia de la clínica tras 24 horas, es necesaria la extracción del bezoar mediante gastroscopia (figura 5), tras lo que el paciente solicita la alta voluntaria. Durante su seguimiento en consultas, el paciente aqueja pérdida de 10 kilogramos secundaria a intolerancia persistente para sólidos, requiriendo extracción quirúrgica programada de bezoar mediante gastrotomía para su resolución.

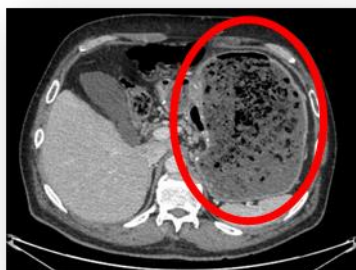


Figura 4. gran dilatación de cámara gástrica.



Figura 5. extracción endoscópica del bezoar.

Discusión

La cirugía bariátrica es una terapia ampliamente popular en auge y, por lo tanto, los cirujanos debemos estar alerta sobre las complicaciones asociadas a este tipo de intervenciones. Aún cuando la hernia interna continúa siendo la primera complicación que debemos sospechar ante una obstrucción intestinal en un paciente bariátrico, el diagnóstico diferencial debe cubrir patologías menos comunes, como el bezoar gastrointestinal.

El bezoar gastrointestinal está formado con mayor frecuencia por residuos alimenticios vegetales no digeribles y sucede en pacientes que presentan gastrectomía previa como factor predisponente principal. Si bien las manifestaciones clínicas pueden variar en

función del tamaño y la localización del bezoar en el tracto gastrointestinal, en la mayoría de los casos se presenta en forma de obstrucción intestinal.[11]

La sospecha diagnóstica de un bezoar debería considerarse siempre ante pacientes con antecedentes de cirugía bariátrica que se presentan con dolor abdominal y vómitos, debido a que el diagnóstico y manejo tempranos son claves para evitar el desarrollo de complicaciones que comprometen la vida del paciente, incluyendo dehiscencia anastomótica, perforación [6] e isquemia intestinal.

Las opciones terapéuticas incluyen disolución química enzimática, fragmentación o extracción mediante endoscopia[12] y extracción quirúrgica, aunque la expulsión del bezoar no elimina la causa subyacente ni su recurrencia. [10]

La evaluación psiquiátrica y el consejo nutricional en pacientes sometidos a cirugía bariátrica son aspectos cruciales en la prevención tanto del desarrollo como de la recurrencia de esta complicación y sus posibles consecuencias catastróficas. [10] Se debería enfatizar en los cambios de hábito alimenticios, incluyendo la ingesta de suficiente líquido, una masticación adecuada [9] y evitar el abuso de alimentos con alto contenido en fibra, especialmente cítricos y el caqui.

Se necesitan estudios adicionales para examinar los hábitos alimenticios de los pacientes con bezoar y antecedentes bariátricos, para así establecer con precisión los factores de riesgo asociados.

Conflictos de intereses

Los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Zapata R, Castillo F, Córdova A. [Gastric food bezoar as a complication of bariatric surgery. Case report and review of the literature]. *Gastroenterol Hepatol* 2006 Feb;29(2): 77-80
2. Pinto D, Carrodeguas L, Soto F, Lascano C, Cho M, Szomsteinn S, Rosenthal R. Gastric bezoar after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg*. 2006 Mar;16(3):365-8.
3. Pratt JSA, Van Noord M, Christison-Lagay E. The tethered bezoar as a delayed complication of laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: a case report. *J Gastrointest Surg*. 2007 May;11(5):690-2.
4. Cabo Navarro D, Fort López-Barajas JM, Mesa Manteca J, Lecube Torelló A. [Fitobezoar in gastric pouch after bariatric surgery]. *Med Clin (Barc)*. 2009 Feb 14;132(5):200.
5. Sarhan M, Shyamali B, Fakulujo A, Ahmed L. Jejunal Bezoar causing obstruction after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *JSLs*. Oct-Dec 2010;14(4):592-5.
6. Sammut SJ, Majid S, Shoab S. Phytobezoar: a rare cause of late upper gastrointestinal perforation following gastric bypass surgery. *Ann R Coll Surg Engl*. 2012 Mar;94(2): 85-7
7. Roy M, Fendrich I, Li J, Szomstein S, Rosenthal RJ. Treatment option in patient presenting with small bowel obstruction from phytobezoar at the jejunojejunal anastomosis after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2012 Aug;22(4):e243-5.

8. Ertugrul I, Tardum Tardu A, Tolan K, Kayaalp C, Karagul S, Kirmizi S. Gastric bezoar after Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2016;23:112-5.

9. Henry D, Teixeira AF, Jawad MA. Inadequate mastication causing small bowel obstruction after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: a case report of a meat bezoar. *Surg Obes Relat Dis.* 2016 Nov;12(9):e73-e74.

10. Ben-Porat T, Sherf Dagan S, Goldenshluger A, Yuval JB, Elazary R. Gastrointestinal phytobezoar following bariatric surgery: Systematic review. *Surg Obes Relat Dis.* 2016 Nov;12(9):1747-1754.

11. Morales-Morales CA, Gonzalez-Urquijo M, Rumbaut-Díaz RA, Guajardo-Pérez HJ, Rodarte-Shade M. Ileal bezoar causing bowel obstruction mimicking an internal hernia in a patient with Roux-en-Y gastric bypass. *Clin J Gastroenterol.* 2020 Dec;13(6):1111-1115.

12. Wang J, Wang C, Yang W, Chinese Obesity and Metabolic Surgery Collaborative. Endoscopic Treatment for Obstruction Caused by Gastric Bezoars After Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass (LRYGB) and Revisional Banded LRYGB. *Obes Surg.* 2021 Jul 28.

© 2021 seco-seedo. Publicado por bmi-journal. Todos los derechos reservados.