

Bezoar en colon izquierdo: una causa inesperada de obstrucción intestinal

Marina Fernández Marmolejo¹, José Manuel Alcalde Sicilia¹, Marina García Selam¹, Elena Navarro Expósito¹, Pablo Báez de Pablo¹, Mónica Borné Clares¹, M^a Eugenia Banegas Illescas¹

¹Hospital General Universitario, Ciudad Real.

Objetivo docente:

Describir los hallazgos radiológicos característicos de la obstrucción intestinal secundaria a bezoar, y de sus posibles complicaciones sobreañadidas, utilizando un caso de nuestro hospital de obstrucción de intestino grueso por bezoar.

Revisión del tema:

El bezoar es una masa de **material extraño ingerido no digerido** que se acumula en el tracto gastrointestinal. Se han descrito distintos tipos en función de los materiales que lo componen.

En general se suelen formar y localizar en el estómago, pero pueden migrar al intestino y provocar una **obstrucción mecánica**. Los bezoares colónicos primarios son raros.

TIPOS DE BEZOAR SEGÚN SU COMPOSICIÓN:

- **Fitobezoar**: es el más frecuente. Está compuesto por material orgánico no digerible derivado de las semillas, pulpa y cobertura superficial de alimentos de origen vegetal.
- **Tricobezoar**: formado por un molde de pelo ingerido. En general se presenta en un contexto de enfermedad psiquiátrica con tricotilomanía y tricotofagia.
- **Farmacobezoar**: es raro. Suele presentarse como una intoxicación más que como una obstrucción intestinal.
- **Lactobezoar**: masa no digerida de leche y moco. Propio de lactantes, aunque es excepcional en la actualidad.

Se consideran **factores predisponentes** para su formación cualquier entidad que dificulte el vaciamiento gástrico:

- Antecedentes de cirugía gastrointestinal.
- Alteraciones de la motilidad gástrica.
- Ingesta de alimentos ricos en fibra.
- Alteraciones en la masticación: dentición pobre, edentulismo.
- Enfermedades psiquiátricas: trastornos de conducta alimentaria, tricotilomanía, etc.
- Enfermedades sistémicas: hipotiroidismo, diabetes mellitus, etc.

En cuanto a la **presentación clínica**, por lo general, el bezoar es inicialmente asintomático y es posible su diagnóstico incidental (endoscópico o radiológico).

Cuando se localiza en el estómago puede provocar sensación de plenitud, anorexia, náuseas y vómitos.

En caso de fragmentación del bezoar y/o movilización e impactación intestinal produciendo obstrucción, los pacientes suelen presentar dolor abdominal agudo, vómitos, e incluso cese de emisión de heces y gases, con presencia o no de fiebre. En esta situación es habitual la alteración de los parámetros analíticos de inflamación sistémica (PCR elevada, leucocitosis,...).

El **manejo terapéutico** ante un cuadro de obstrucción intestinal por bezoar varía en función de la gravedad y la situación clínica del paciente, así como de la localización del bezoar.

En general es necesario el tratamiento quirúrgico, de elección vía laparoscópica, aunque en ocasiones es posible la extracción endoscópica. Rara vez se resuelven de forma espontánea.

En caso de decidir un manejo conservador, es preciso una estrecha vigilancia clínica del paciente.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

- **Radiografía simple** de abdomen: la sospecha de obstrucción intestinal constituye una de las escasas indicaciones de esta técnica de imagen, sin embargo, tiene una baja sensibilidad y especificidad.

En general, se observa una dilatación generalizada de asas de intestino con mayor o menor contenido hidroaéreo en función del grado de obstrucción y el tiempo de evolución.

Rara vez es posible visualizar un contenido de gas de aspecto moteado correspondiente al cuerpo extraño (bezoar) causante de la obstrucción (*Figura 1*). En estos casos se puede sugerir la sospecha etiológica, pero no resulta concluyente para establecer el diagnóstico, y es necesario realizar otras técnicas de imagen para un adecuado abordaje terapéutico.

- **TC:** es la técnica de imagen **de elección para el diagnóstico** de obstrucción intestinal, también por bezoar, con una alta sensibilidad y especificidad, cercanas al 96%.

El protocolo de estudio recomendado es una TC abdomino-pélvica con administración de contraste yodado intravenoso, siempre que no exista contraindicación, y adquisición de imágenes en la fase portal.

El bezoar se suele presentar como una **masa intraluminal encapsulada de aspecto moteado**, con áreas de gas y densidad grasa en su interior (*figura 2 A y B*), de localización proximal al punto de cambio brusco de calibre. Es recomendable buscar imágenes similares en la cámara gástrica y el resto de asas intestinales, prestando atención a las zonas de estrechez, como la válvula ileocecal y anastomosis quirúrgicas previas.

La TC también ayuda a identificar causas predisponentes y detectar posibles complicaciones, como la perforación o la isquemia intestinal.

- **Ecografía:** puede ser útil en exploradores experimentados, sobre todo en sospecha de obstrucción de intestino delgado. Presenta la ventaja de valorar la motilidad de las asas. El bezoar se muestra como una masa intraluminal hiperecogénica con sombra acústica posterior. No permite valorar de forma precisa las posibles complicaciones y resto de hallazgos de interés para un adecuado manejo del paciente.
- **RM:** no tiene valor diagnóstico significativo en la sospecha de obstrucción intestinal por bezoar. No obstante, puede ser una alternativa a la TC en pacientes jóvenes con sospecha de tricobezoar.

PUNTOS CLAVE

[TC abdominal con sospecha de obstrucción intestinal por bezoar].

- ✓ Localizar cambios bruscos de calibre.
- ✓ Identificar masa intraluminal encapsulada de aspecto moteado (*bezoar*).
- ✓ Definir tamaño y morfología de la lesión.
- ✓ Buscar residuos de densidad similar en las asas adyacentes y cámara gástrica.
- ✓ Descartar posibles complicaciones (perforación, isquemia).

CASO CLÍNICO:

Mujer de 76 años que acude al Servicio de Urgencias por **anuria**. Presenta un cuadro de **diarrea** y **vómitos** de una semana de evolución. La paciente comenta la ingesta de una moderada cantidad de verduras en las últimas semanas.

En la exploración presenta un **abdomen distendido** con defensa abdominal a la palpación. Se encuentra inestable con hipotensión y criterios de sepsis.

En el análisis de sangre destaca un fracaso agudo de la función renal (creatinina de 3.11).

Consultan con el Servicio de Radiodiagnóstico de nuestro hospital para solicitar una TC abdominal urgente ante la sospecha clínica de obstrucción intestinal vs perforación.

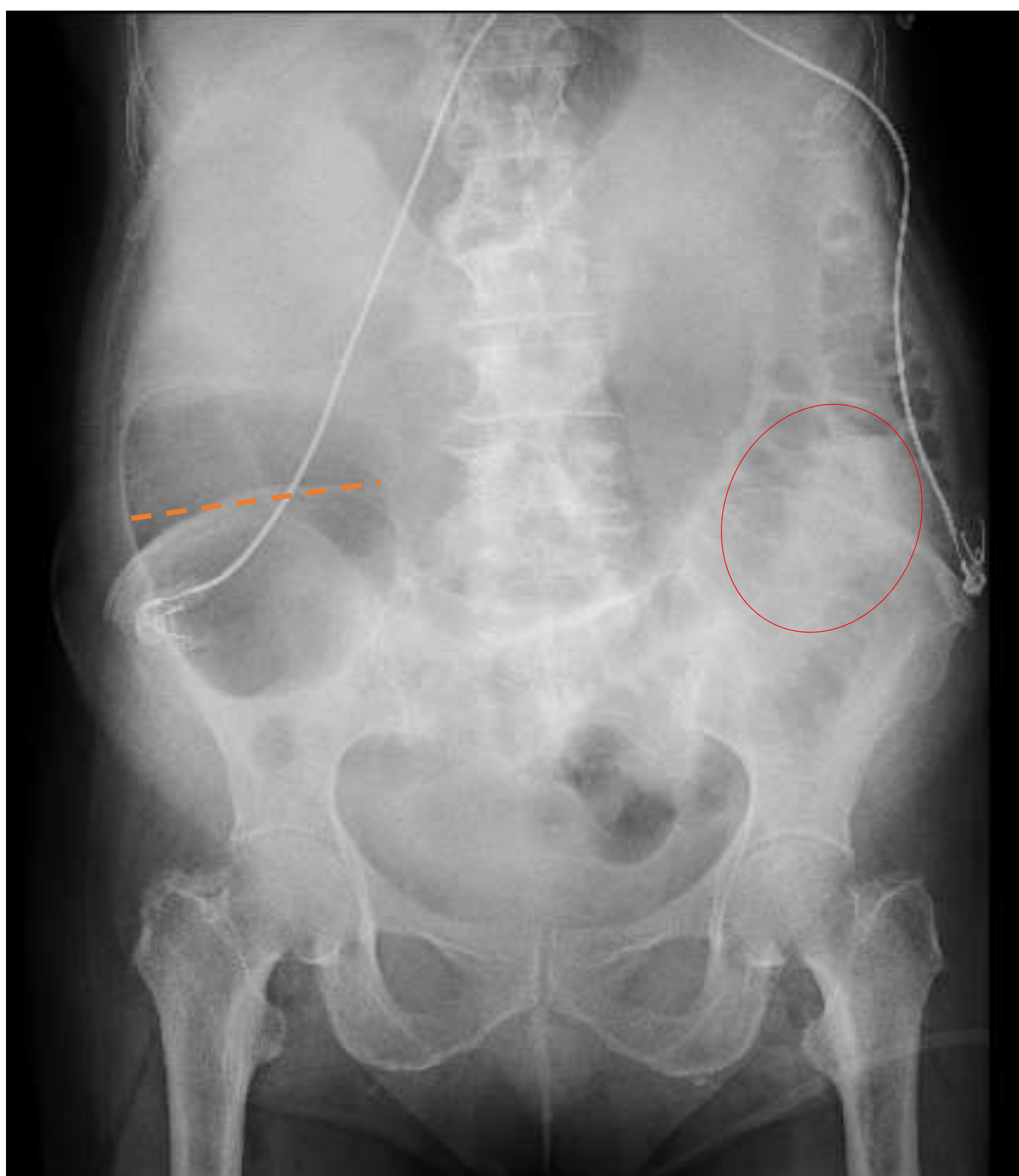


Figura 1. Radiografía simple de abdomen.

Dilatación generalizada de asas de delgado y colon (*línea discontinua naranja*) y ausencia de gas distal, lo que sugiere obstrucción intestinal.

En fosa iliaca izquierda se observa una imagen ovalada radiodensa (*círculo rojo*) que, si bien es inespecífica, podría ser la causa de la obstrucción.

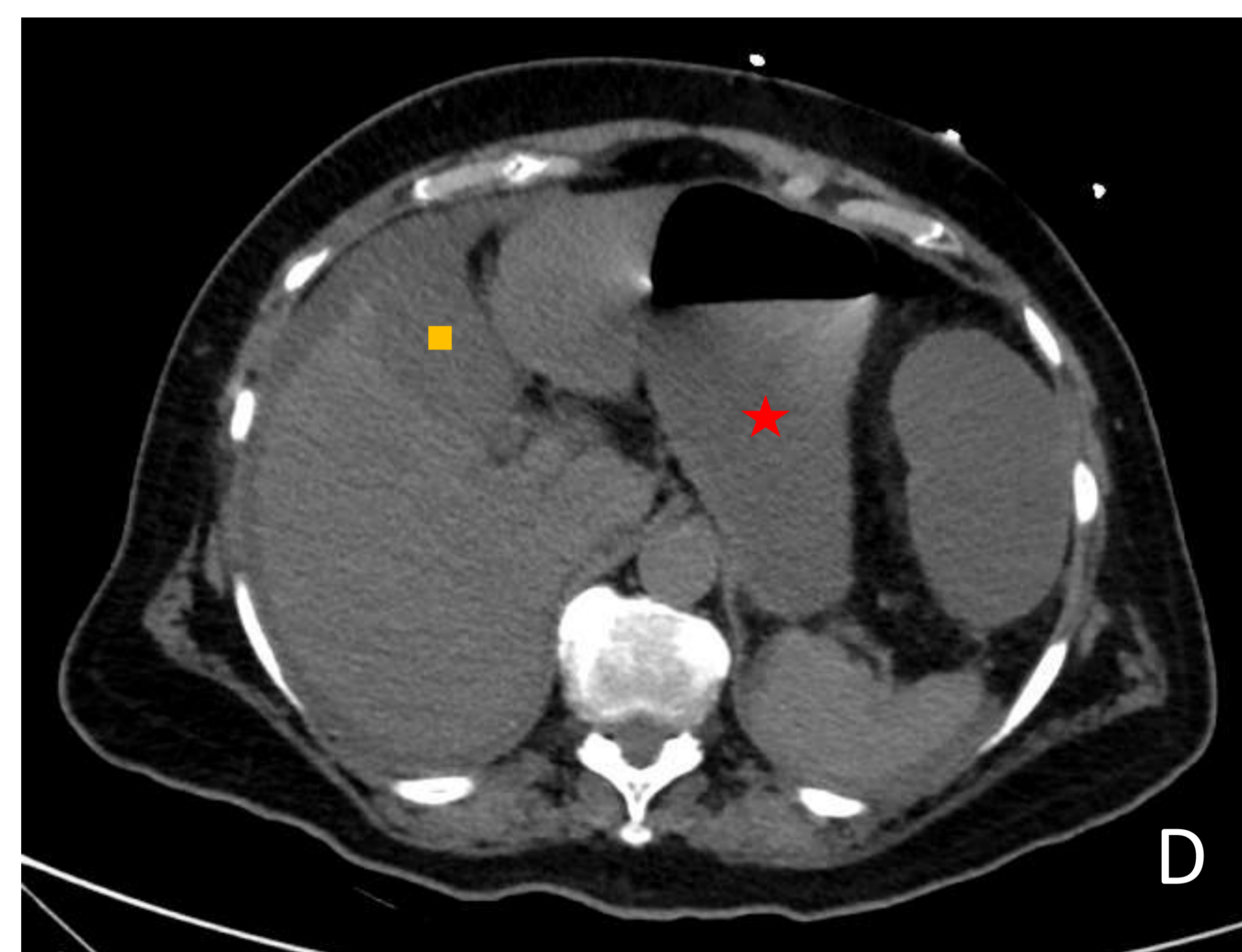
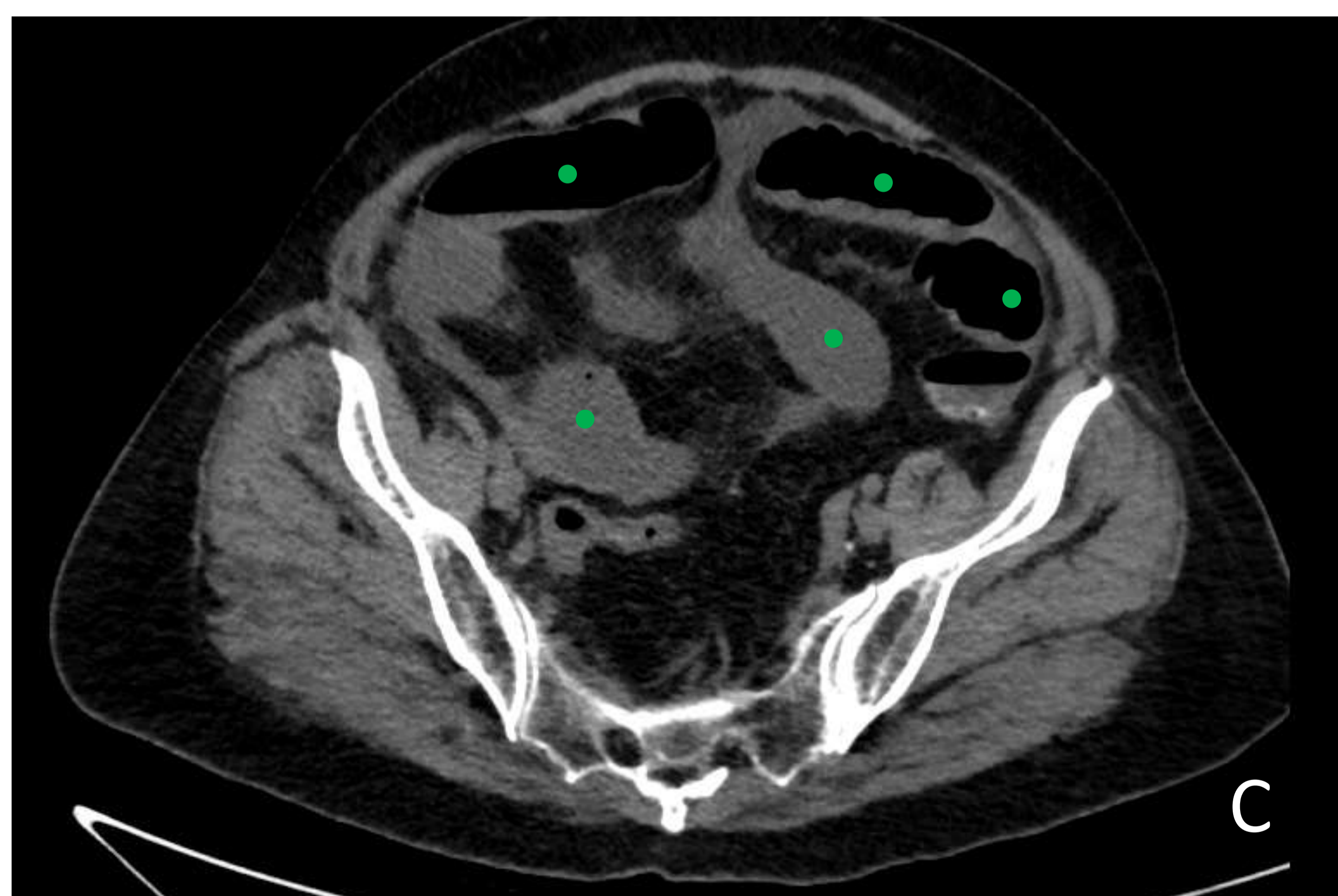
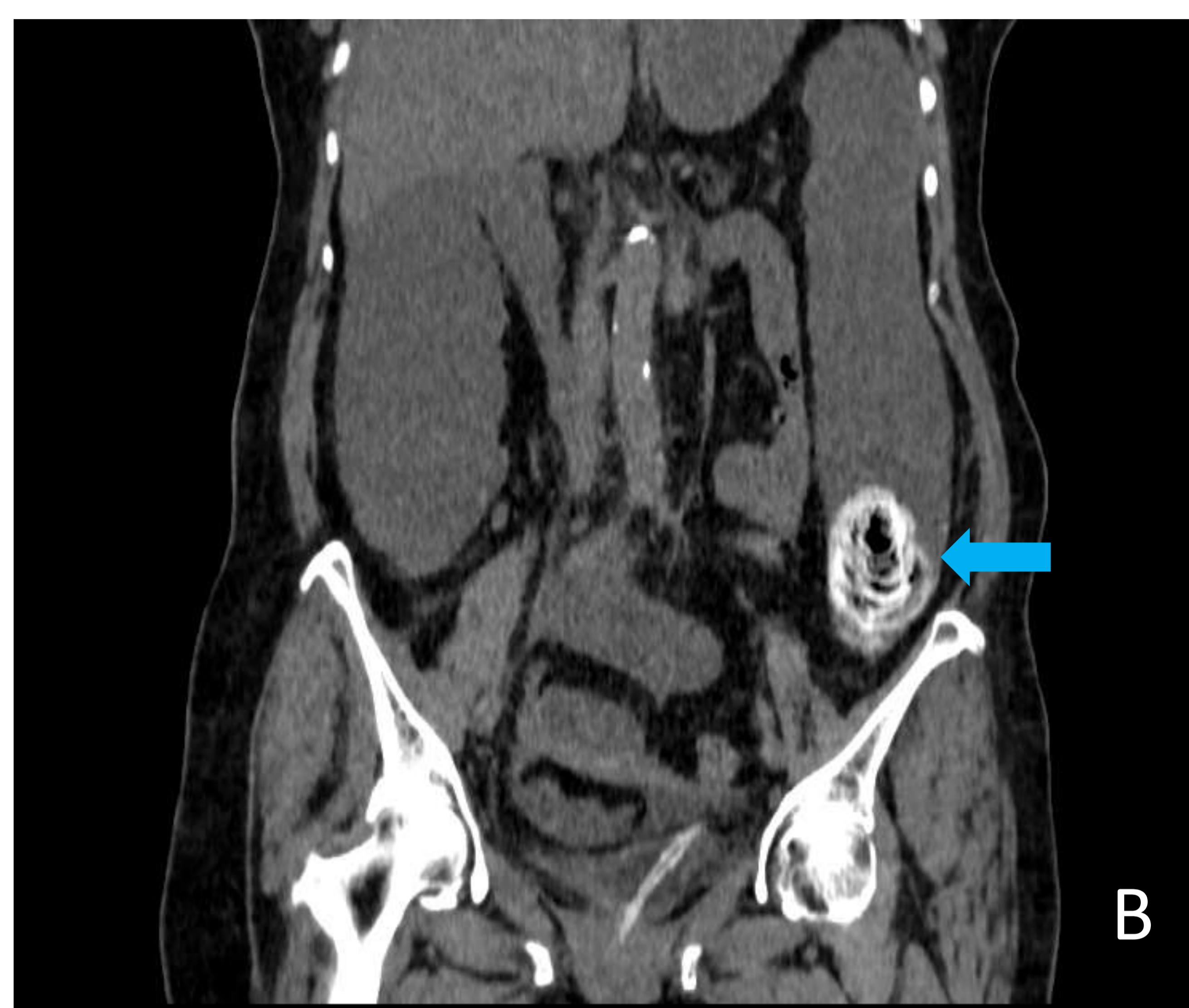
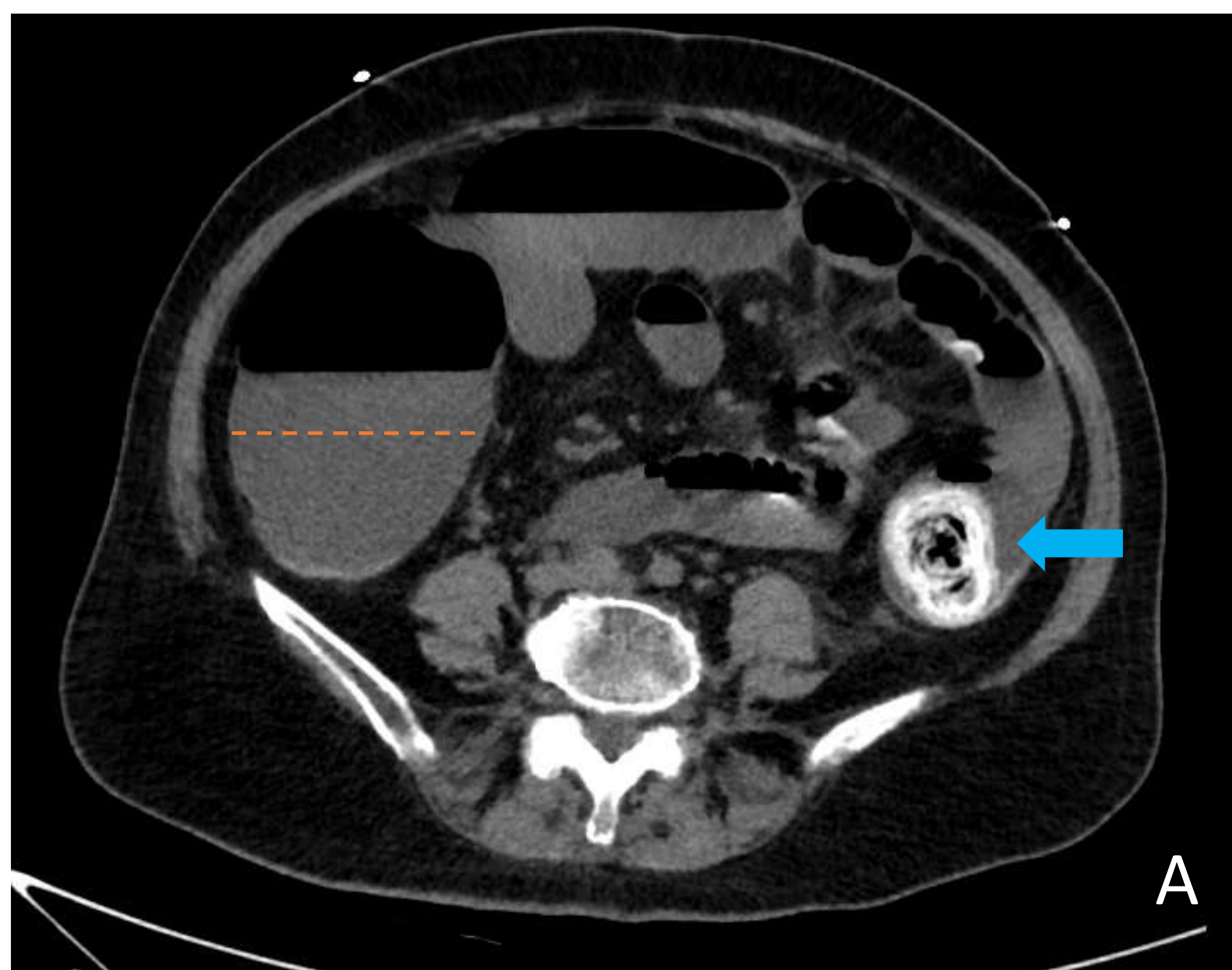


Figura 2. TC abdominopélvica sin contraste.

Se observa una imagen ovalada hiperdensa con estructura en capas y burbujas de gas en su interior, de localización intraluminal en el segmento distal del colon descendente (A y B: flecha azul), que sugiere bezoar calcificado. Mide 45 x 44 x 57 mm en los ejes anteroposterior, transversal y craneocaudal, respectivamente.

Condiciona una marcada dilatación retrógrada de todo el marco cólico que alcanza 84 mm de diámetro en el ciego (A: línea discontinua naranja); y de asas de delgado, de hasta 31 mm de diámetro (C: círculos verdes).

También se observa abundante contenido hidroaéreo intestinal, y marcada distensión con contenido en la cámara gástrica (*D: estrella roja*).

Moderada cantidad de líquido libre (*D: cuadrado naranja*), sin visualizar signos de neumoperitoneo que sugieran perforación de víscera hueca.

Estos hallazgos son compatibles con **obstrucción intestinal secundaria a cuerpo extraño colónico** (probable bezoar calcificado).

Con los hallazgos descritos y la situación clínica de la paciente, se decide cirugía urgente vía laparoscópica en la que se realiza enterotomía de colon izquierdo con extracción de bezoar, hemicolectomía izquierda por signos macroscópicos de sufrimiento intestinal (necrosis), y posterior anastomosis latero-lateral de colon transverso y sigma.

Conclusiones:

- La obstrucción intestinal secundaria a bezoar es una entidad infrecuente pero potencialmente grave que suele requerir tratamiento quirúrgico urgente.
- Las causas más frecuentes son la ingesta de materias vegetales no digeribles (fitobezoar,) o de pelos en el contexto de una enfermedad psiquiátrica (tricobezoar).
- El factor predisponente más común es un antecedente de cirugía gástrica.
- La técnica diagnóstica más útil es la TC, donde se aprecia una masa intraluminal encapsulada de aspecto moteado, generalmente en el punto inmediatamente proximal a la obstrucción.
- El radiólogo debe estar familiarizado con las características tomográficas del bezoar y de sus posibles complicaciones para realizar un correcto diagnóstico diferencial.

Referencias:

- Solomon, N., Sailer, A., Dixe de Oliveira Santo, I., Pillai, A., Heng, L. X. X., Jha, P., Katz, D. S., Zulfiqar, M., Sugi, M., & Revzin, M. V. (2022). Sequelae of eating disorders at imaging. *Radiographics: A Review Publication of the Radiological Society of North America, Inc*, 42(5), 1377–1397. <https://doi.org/10.1148/rg.220018>
- Molina, M., Navarro, I., García Jodar, J., Civera, M., Ampudia-Blasco, F. J., Real, J. T., & Carmena, R. (2010). Obstrucción intestinal aguda por bezoar en un paciente diabético tipo 2 con neuropatía. *Avances en diabetología*, 26(4), 258–260. [https://doi.org/10.1016/s1134-3230\(10\)64008-2](https://doi.org/10.1016/s1134-3230(10)64008-2)
- Delabrousse, E., Lubrano, J., Saille, N., Aubry, S., Manton, G. A., & Kastler, B. A. (2008). Small-bowel bezoar versus small-bowel feces: CT evaluation. *AJR. American Journal of Roentgenology*, 191(5), 1465–1468. <https://doi.org/10.2214/ajr.07.4004>
- Robles, R., Parrilla, P., Escamilla, C., Lujan, J. A., Torralba, J. A., Liron, R., & Moreno, A. (2005). Gastrointestinal bezoars. *The British Journal of Surgery*, 81(7), 1000–1001. <https://doi.org/10.1002/bjs.1800810723>
- Ripollés, T., García-Aguayo, J., Martínez, M.-J., & Gil, P. (2001). Gastrointestinal bezoars: Sonographic and CT characteristics. *AJR. American Journal of Roentgenology*, 177(1), 65–69. <https://doi.org/10.2214/ajr.177.1.1770065>