

FITOBEZOAR GÁSTRICO COMO SIMULADOR DE UNA LESIÓN SUBEPITELIAL

GASTRIC PHYTOBEZOAR AS SIMULATOR OF A SUBEPITHELIAL LESION

R. Albán-Loayza, R. Pincay-Castro

IGEDTA. Ecuador.

Resumen

Presentamos el caso de una mujer de 85 años, con antecedente de diabetes mellitus 2 y enfermedad por reflujo gastroesofágico, que se presenta con dolor epigástrico, náuseas y vómitos de siete días de evolución acompañado de dolor precordial. En la gastroscopia se evidenció una aparente lesión subepitelial en fondo gástrico, la cual después de la evaluación minuciosa resultó ser una lesión diferente.

Palabras clave: bezoares, endoscopia, fitobezoares gástricos.

Abstract

We present the case of a 85-years-old women, with a history of Diabetes Mellitus 2 and gastroesophageal reflux disease, who presents epigastric pain, nausea and vomiting of seven days of evolution, accompanied by chest pain. The endoscopy showed an apparent subepithelial lesion in the gastric fundus, which after careful evaluation proved to be a different lesion.

Keywords: bezoars, endoscopy, gastric phytobezoars.

CORRESPONDENCIA

Rudy Pincay Castro

IGEDTA

Circunvalación Norte y Marcel Laniado Machala - Ecuador

dr.rudypincay@gmail.com

Fecha de envío: 19/09/2019

Fecha de aceptación: 15/10/2019

Introducción

Un bezoar es un conglomerado de sustancias no digeribles, atrapado en cualquier parte del tracto gastrointestinal, cuya ubicación más común es el estómago. Entre los cuatro tipos de bezoar existentes, los fitobezoar, constituidos principalmente por fibras vegetales, son los más frecuentes¹. Las pasas, ciruelas pasas, la piel de la uva, calabazas y los caquis constituyen los principales causantes de fitobezoares. Algunos de estos alimentos contienen altas cantidades de celulosa, lignina, taninos y estos materiales alimentarios no digeribles son los principales componentes².

Caso clínico

Paciente femenino de 85 años con antecedente de enfermedad por reflujo gastroesofágico y diabetes mellitus tipo 2, que acude por consulta externa por presentar cuadro de dolor abdominal epigástrico, náusea y vómito de una semana de evolución que no respondía al antiemético (metoclopramida), acompañado de dolor precordial de moderada intensidad y que dificultaba la alimentación. Al examen físico sin alteraciones evidentes. Recibió valoración cardiológica con la realización de exámenes complementarios que descartaron patología cardíaca, por lo cual se decide la realización de una gastroscopia.

En dicha gastroscopia se evidencia una hernia hiatal y una esofagitis erosiva grado B de Los Ángeles y llama la atención a nivel del fondo gástrico una lesión elevada y redondeada de aspecto subepitelial, cubierta con aparente mucosa gástrica, de

aproximadamente 6 cm de diámetro, en cuya base presenta una pequeña área más blanquecina (**Figura 1**).



Figura 1
Lesión elevada en fondo gástrico de aspecto subepitelial (fitobezoar).

Ante este hallazgo se procede a introducir una pinza para palpar la consistencia de la lesión, presentándose esta friable al roce con el instrumento y se desgarrá fácilmente, evidenciándose restos de fibras y material blanquecino de apariencia vegetal, siendo considerado como un fitobezoar gástrico. Seguidamente como método terapéutico se procede a realizar la fragmentación del mismo con un asa de polipectomía oval, lográndose la extracción del mismo sin complicaciones (**Figuras 2 y 3**).



Figura 2
Fragmentación endoscópica con asa de polipectomía.

Discusión

Los fitobezoaes constituyen el tipo más común de bezoar, representan aproximadamente el 40% de todos los bezoaeres reportados, cuya prevalencia varía entre países y grupos étnicos acorde al tipo de dieta que consumen³.

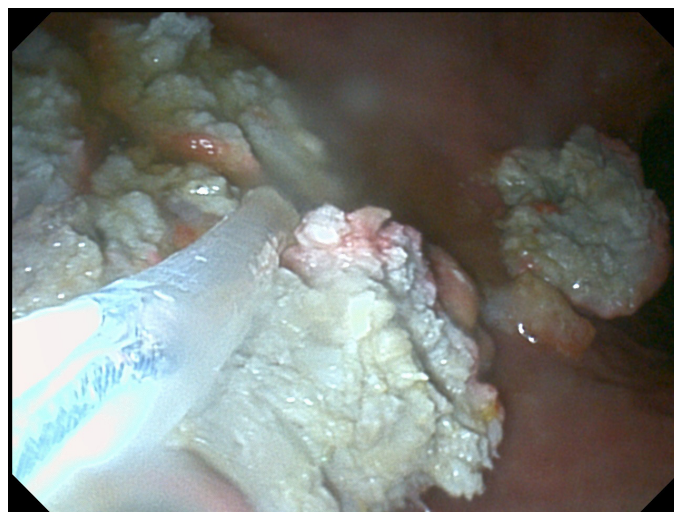


Figura 3
Fragmentación completa del bezoar.

El principal factor predisponente para la formación de fitobezoaeres es la existencia de una motilidad gástrica alterada (gastroparesia), que generalmente suele ser posquirúrgica, aunque también puede darse en pacientes con gastroparesia diabética, secundaria a hipotiroidismo o incluso en pacientes consumidores de fármacos que inhiban la motilidad gastrointestinal, como anticolinérgicos u opiáceos⁴. Entre otros factores que contribuyen se encuentran: consumo excesivo de alimentos ricos en fibra o la inadecuada masticación^{5,6}.

Típicamente estos aparecen como masas únicas en el fondo gástrico pudiendo presentar varios colores (beige, bronceado, ocre, amarillo, verde hasta negro) de acuerdo a su composición⁷. En el presente caso, el dato más interesante corresponde al aspecto morfológico del bezoar cuyo color externo era idéntico a la mucosa gástrica, simulando perfectamente una lesión subepitelial, lo cual no había sido descrito en la literatura; y en relación a esto se buscó bibliografía o el reporte de casos similares en las bases de datos existentes sin encontrar alguno similar.

El tratamiento de los fitobezoaeres depende de su volumen, composición química, localización y patología asociada. La celulasa (una enzima hidrolasa) había sido usada en el tratamiento de los fitobezoaeres, sin embargo no se encuentra disponible en todos los países y su eficacia ha sido cuestionada por otros estudios⁸. Las opciones de tratamiento disponibles actualmente incluyen la disolución del bezoar con Coca-Cola, pudiéndose utilizar como tratamiento único o conjuntamente con la remoción con dispositivos endoscópicos, con lo cual se logra una tasa de éxito de más del 90%^{9,10}; además se cuenta con la cirugía laparoscópica o la laparotomía para pacientes que presenten cuadros emergentes como íleo, sangrado o en los casos de bezoaeres refractarios que representan en conjunto menos del 10% de los casos^{9,11}.

La fragmentación endoscópica puede ser lograda utilizando pinzas, asas de polipectomía, argón plasma e inclusive cuchillos electroquirúrgicos o dispositivos láser. Los fragmentos pueden ser removidos usando asas o canastilla de Dormia¹².

En nuestro paciente se realizó la técnica de fragmentación del bezoar con pinza de biopsia y asa de polipectomía, debido al tamaño del mismo y por la factibilidad debido a la friabilidad que presentaba, lográndose posteriormente la extracción completa y el cese de la sintomatología inicial.

Bibliografía

1. Iwamuro M, Okada H, Matsueda K, Inaba T, Kusumoto C, Imagawa A. Review of the diagnosis and management of gastrointestinal bezoars. *World J Gastrointest Endosc.* 2015;7(4):336–45.
2. Sanders MK. Bezoars: From Mystical Charms Management. *Pract Gastroenterol.* 2004;13(January):37–50.
3. Kay M. Gastrointestinal Bezoars: History and Current Treatment Paradigms. *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2012;8(11):776–8.
4. A. Balboa Rodríguez. Gastroparesia y Bezoares. In: Julio P, editor. *Tratamiento de las Enfermedades Gastroenterológicas.* Madrid, España; 2013. p. 92–3.
5. Enis D, Fatih A, Orhan Y, Mustafa Y. *World Journal of Clinical Cases* © 2015. *World J Clin Cases.* 2015;3(8):721–6.
6. Khan S, Khan I, Ullah K, Khan S, Wang X, Zhu L, et al. Etiological aspects of intragastric bezoars and its associations to the gastric function implications. *Medicine (Baltimore).* 2018;1–5.
7. Iwamuro M, Tanaka S, Shiode J, Imagawa A, Mizuno M. Clinical Characteristics and Treatment Outcomes of Nineteen Japanese Patients with Gastrointestinal Bezoars. *Intern Med.* 2013;53:1099–105.
8. Iwamuro M. In Vitro Analysis of Gastric Phytobezoar Dissolubility by Coca-Cola, Coca-Cola Zero, Cellulase, and Papain Otolaryngeal GERD Symptoms and Barrett Esophagus: Implications for Cancer Prevention Edwardsiella tarda Superinfection in Relapse of Ulcerative. *J Clin Gastroenterol.* 2014;48(2):2013–4.
9. Ladas SD, Kamberoglou D, Karamanolis G, Vlachogiannakos J, Zouboulisva I. Alimentary Pharmacology and Therapeutics Systematic review: Coca-Cola can effectively dissolve gastric phytobezoars as a first-line treatment. 2012;(October):169–73.
10. Park S, Ahn JY, Jung H, Na S, Park SJ, Lim H, et al. Clinical Outcomes Associated with Treatment Modalities for Gastrointestinal Bezoars. *Gut Liver.* 2014;8(4):400–7.
11. Yusaku Kajihara. Gastric bezoar (phytobezoar). *Br Med J.* 2019;0(0):2019.
12. Paschos KA, Chatzigeorgiadis A. Pathophysiological and clinical aspects of the diagnosis and treatment of bezoars. *Ann Gastroenterol.* 2019;32:224–32.