

Imagen de neumoperitoneo en paciente con fitobezoar

E. Guerra del Barrio, V. Bulnes Vázquez y L. Pastor Hernández

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital V. Álvarez-Buylla. Mieres, Asturias

CASO CLÍNICO

Varón de 61 años atendido en el servicio de urgencias por epigastria intensa y brusca tras comida copiosa, sin náuseas ni vómitos. Antecedentes de neurosis obsesiva y gastrectomía tipo Billroth I por úlcera duodenal. Paciente hemodinámicamente estable, con abdomen distendido, doloroso a la palpación, peristalsis conservada y dudosa irritación peritoneal. En la radiografía posteroanterior de tórax (Fig. 1) se apreciaba imagen aérea en semiluna a nivel infradiafragmático izquierdo que sugería neumoperitoneo. Se realizó tomografía computarizada (TC) con contraste oral e intravenoso (i.v). Dicha TC descartó neumoperitoneo y confirmó que la imagen de “pseudoneumoperitoneo” se debía a una gran distensión del remanente gástrico (Fig. 2) producida por una obstrucción en yeyuno secundaria a una “pseudomasa” bien definida con aspecto de “heces”, compatible con bezoar. Se realizó reconstrucción MPR demostrándose una dilatación proximal al bezoar (Fig. 3).

El paciente ingresó en Cirugía realizándose gastroscopia que confirmó la existencia de bezoar. Se decidió tratamiento conservador con Coca-Cola® administrada con sonda nasogástrica y se repitió la gastroscopia a los cuatro días sin encontrarse restos de bezoar.

DISCUSIÓN

El bezoar es una rara causa de obstrucción intestinal y supone tan sólo el 0,4-4% de los cuadros obstructivos (1). Se trata de una acumulación de material ingerido no digerido que llega a formar una masa que se puede localizar en cualquier segmento del tracto gastrointestinal siendo más frecuente a nivel gástrico (2). Para que se forme un bezoar se necesita un factor predisponente: cirugía gástrica previa, trastornos psiquiátricos o alteraciones de la motilidad digestiva (3). La TC se considera la técnica radiológica de elección, ya que permite identificar la imagen patognomónica de bezoar descrita como una masa intraluminal, ovalada, bien definida, compuesta por un moteado de gas y de partes blandas (1).

Algunos procesos pueden provocar imágenes típicas de neumoperitoneo en ausencia de éste, dando lugar al llamado pseudoneumoperitoneo. La presencia de gas torácico anómalo (neumotórax o empiema) o grasa subdiafragmática intraperitoneal, así como la disposición anómala de aire intraluminal (aposisión de asas distendidas, síndrome de Chilaiditi, hernia diafragmática, etc) se han descrito como causas de pseudoneumoperitoneo (4). Y aunque en la bibliografía revisada no se ha descrito el bezoar como causa de pseudoneumoperitoneo, hay que entender nuestro caso en el contexto de obstrucción de intestino delgado por el bezoar, que provocaba distensión y ocupación por una gran

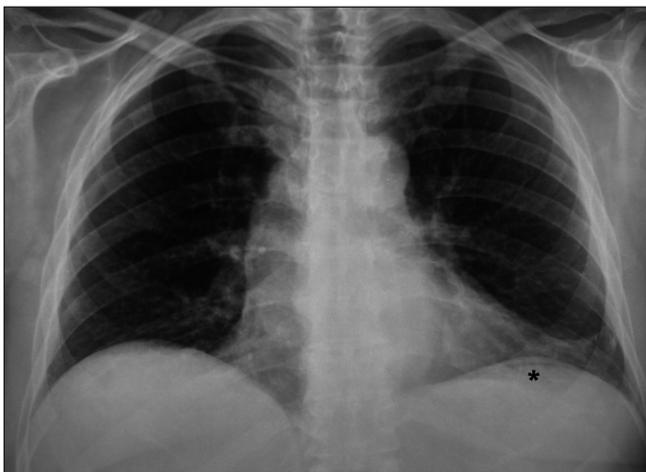


Fig. 1. Radiografía posteroanterior de tórax. Imagen aérea con forma de semiluna a nivel infradiafragmático izquierdo (asterisco).

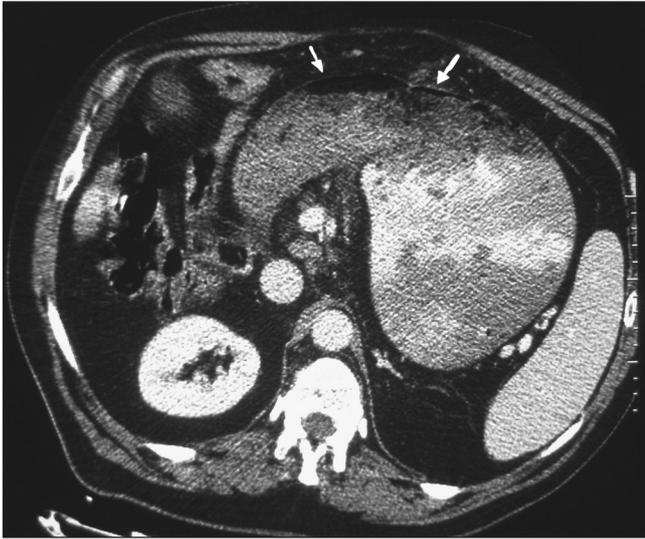


Fig. 2. Corte axial de tomografía computarizada tras administración de contraste oral e i.v. Llamativa distensión del "remanente de la cámara gástrica" que está ocupada por restos alimenticios y contraste oral con un pequeño nivel hidroaéreo en la zona más alta, lo que produce la imagen de "pseudoneumoperitoneo" (flechas blancas) en la radiografía tórax.

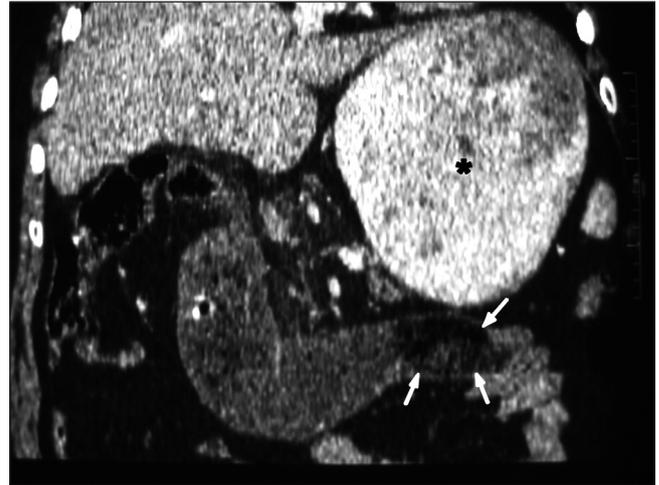


Fig. 3. Reconstrucción MPR coronal de tomografía computarizada con contraste oral e i.v. Distensión del remanente gástrico (*) y dilatación proximal al bezoar. Este se aprecia como una masa de contornos bien definidos en la luz del yeyuno, con aspecto de "burbujas de aire moteado" o de "heces" (flechas blancas).

cantidad de contenido alimenticio en la cámara gástrica, la cual tenía sólo una pequeña cantidad de aire que formaba un nivel hidroaéreo, de tal manera que daba la imagen de neumoperitoneo en la radiografía PA de tórax.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ripollés T., García-Aguayo J., Gil P. Gastrointestinal bezoars: sonographic and CT characteristics. *AJR* 2001; 177:65-9.
2. Anzieta J., Felmer O., Gabrielli N., Venturelli F., Sánchez G., Torrijos C. Obstrucción intestinal causada por un tricobezoar: síndrome de Rapunzel. *Rev Méd Chile*. 2008; 136: 1027-30.
3. Matínez de Juan F., Martínez-Lapiedra C., Picazo V. Disolución del fitobezoar con Coca-Cola. *Gastroenterol Hepatol*. 2006; 29:291-3.
4. Llauger J., Pérez C., Merino S. Abdomen: peritoneo, epiplon, mesenterio. En: Pedrosa C; Casanova R., editores. *Diagnóstico por imagen. Vol. II: Abdomen. Tracto gastrointestinal*. 2ª edición. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana; 2002,p103-136.