

Gastroparesia, bezoar y carcinoma de muñón gástrico

L. Moles Morenilla¹, R. Martín del Toro², J. Iriarte Calvo³, F. Docobo Durantez⁴, A. Vázquez Medina¹

Med Mil (Esp) 2004; 60 (4): 247-248

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente varón de 47 años con gastroparesia, bezoar Gástrico y carcinoma de muñón gástrico. Entre sus antecedentes figuraba vagotomía troncular y hemigastrectomía Billroth-I, tratamiento antidepressivo e ingesta excesiva de naranjas. La sintomatología fue inespecífica. La radiología baritada y la endoscopia facilitaron el diagnóstico. El tratamiento médico y endoscópico fue inefectivo, precisando intervención quirúrgica. Resaltamos la necesidad de revisiones periódicas y recomendaciones dietéticas en los pacientes operados de estómago, para prevenir la aparición de complicaciones tardías.

PALABRAS CLAVE: Gastroparesia, Bezoar.

INTRODUCCIÓN

La gastroparesia es un síndrome caracterizado por un retraso en el vaciamiento gástrico fundamentalmente de sólidos, no apreciándose obstrucción mecánica. En las formas leves hay saciedad precoz, náuseas o plenitud postprandial, mientras que los casos graves se presentan con vómitos o afectación del estado nutricional (1).

Los bezoars son acúmulos de material extraño ingerido situados dentro del

Tracto gastrointestinal (2). Según su composición se denominan: fitobezoar (fibras vegetales), tricobezoar (pelos), farmacobezoar (medicamentos) y bolas fúngicas gastrointestinales.

El carcinoma de muñón gástrico es más frecuente en varones, predominando en la séptima década. Presenta un intervalo medio de tiempo entre la cirugía gástrica y el diagnóstico de enfermedad maligna de 28,5 años (3).

Se aporta un caso de gastroparesia complicada con un bezoar gástrico, cuyo interés radica en la asociación con un carcinoma in situ, tras gastrectomía y vagotomía troncular por úlcus.

CASO CLÍNICO

Varón de 47 años, con antecedentes de: úlcus duodenal tratado mediante hemigastrectomía Billroth-I (B-I) y vagotomía troncular hace 19 años; depresión recurrente en tratamiento con venlafaxina, alprazolam, levomepromazina y mianserina. Acude a urgencias por epigastralgia irradiada a hipocondrios, que aumentaba con la ingesta, de tres días de evolución. Refería que desde

un mes antes del comienzo de los síntomas efectuó ingesta excesiva de naranjas.

La exploración física mostró: abdomen globuloso, doloroso a la palpación en epigastrio y en hipocondrio derecho, sin defensa muscular. Hematología, bioquímica y sistemático de orina normales. La radiografía simple de abdomen presentaba una gran dilatación gástrica, con masa moteada que ocupaba todo el estómago. En el estudio gastroduodenal se apreciaba gran defecto de replección gástrico, que tras vaciar el estómago de contraste aparece moteado de bario, compatible con bezoar gástrico (Figura 1). La endoscopia mostró la cavidad gástrica ocupada en su totalidad por un magma de restos alimentarios de consistencia blanda, y que apenas permitía el paso del endoscopio; la mucosa visualizada presentaba un aspecto

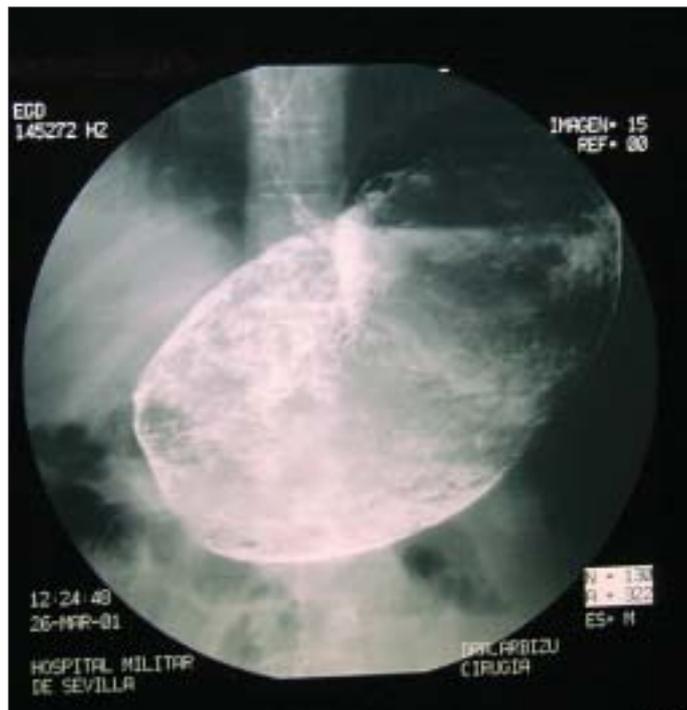


Figura 1. Estudio gastroduodenal que demuestra gran defecto de replección gástrico, con moteado de bario, compatible con bezoar gástrico.

¹ Médico civil.

Servicio de Cirugía General, Hospital Vigil de Quiñones. Sevilla.

² Tcol. Médico. Servicio de Cirugía General.

³ Tcol. Médico. Servicio de Anatomía Patológica.

Hospital Militar San Carlos. San Fernando. Cádiz.

⁴ Médico civil.

Unidad Gestión Clínica (CMA). Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Dirección para correspondencia: Luis Moles Morenilla. Avda. S. Fco. Javier 20-A, 3º-2. 41018 Sevilla. Tel. 954662445.

Recibido: 20 de enero de 2004.

Aceptado: 3 de septiembre de 2004.

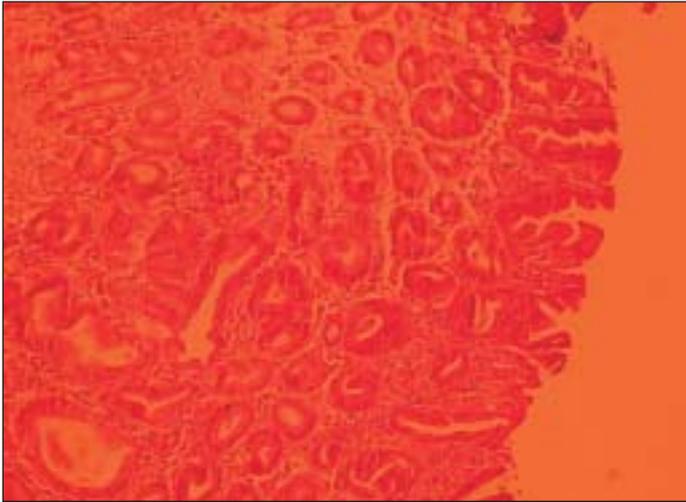


Figura 2. Mucosa de la unión gastroduodenal con carcinoma *in situ* (HE).

endoscópico normal. Se realizó tratamiento enzimático con papaína y celulasa, lavados a través de la sonda nasogástrica y cinitaprida. A la semana se repitió la endoscopia, apreciándose una ligera disminución del volumen del bezoar. Debido al fracaso de las medidas médicas se decidió intervención. Durante el tratamiento quirúrgico se evidenció remanente gástrico aumentado de tamaño y aperistáltico, realizándose gastrotomía y extracción de 1 kg de restos alimentarios de color amarillo, de consistencia blanda; gastrectomía subtotal y gastroyeyunostomía manual en Y de Roux, para tratar su paresia gástrica. Informe de anatomía patológica: carcinoma *in situ* en la mucosa de la unión gastroduodenal (Figura 2). El postoperatorio cursó sin complicaciones, con alta a los 7 días.

DISCUSIÓN

Las causas más frecuentes de gastroparesia son: diabetes mellitus, idiopática y postquirúrgica (1). La vagotomía troncular combinada con una resección gástrica distal, antecedente quirúrgico de nuestro paciente, produce trastornos de la fisiología motora gástrica. Las ramas vagales controlan las contracciones tónicas de la región proximal gástrica, que influyen en el vaciamiento gástrico. La vagotomía produce pérdida de estas contracciones (4). Nuestro paciente estaba sometido además a un tratamiento antidepressivo, lo cual incrementaría el riesgo de atonía gástrica. Como tratamiento de la gastroparesia se recomienda ingesta frecuente y en pequeñas cantidades, pobre en grasas y sin fibras no digeribles; también son útiles los fármacos procinéticos. El tratamiento quirúrgico se reserva para los casos severos. Debido a la gran afectación de la motilidad

gástrica que presentaba nuestro enfermo, se decidió realizar una gastrectomía subtotal con gastroyeyunostomía en Y de Roux.

El bezoar más frecuente es el fitobezoar, con predominio en el sexo masculino y en la sexta década de la vida (2). Se asocia principalmente con la existencia de gastroparesia, que suele ser postquirúrgica. Otros factores implicados en la etiología de los bezoares son la excesiva ingesta de fibra vegetal y las alteraciones en la dentición y masticación (5). Nuestro paciente tenía como antecedentes la vagotomía troncular más hemigastrectomía B-I y el consumo desmesurado de naranjas. Los síntomas de los bezoares gástricos se originan por la presencia mecánica de un cuerpo extraño, e incluyen dolor abdominal, náuseas, vómitos, pérdida de peso, intolerancia alimentaria y plenitud postprandial (6). Entre las complicaciones que pueden presentarse tenemos ulceraciones gástricas por decúbitos, hemorragia digestiva, esofagitis, perforación gástrica o intestinal y obstrucción intestinal por migración del bezoar (2,6). Para alcanzar el diagnóstico de bezoar son útiles las radiografías simples abdominales (masa de partes blandas), los estudios con material opaco (defecto de replección) (5) y la gastroscopia (2), estas técnicas fueron empleadas en nuestro caso, con resultados satisfactorios. Los bezoares gástricos pueden tratarse mediante disolución enzimática o fragmentación y extracción endoscópica, reservándose la gastrotomía como último recurso (2). La prevención de esta patología depende de consejos dietéticos en pacientes operados de estómago.

El cáncer de muñón gástrico se relaciona principalmente con la resección tipo Billroth II, sin embargo el antecedente de intervención tipo B-I aparece en menos del diez por ciento de los casos (3). La localización más frecuente del tumor es a nivel de la anastomosis. La clínica suele ser epigastralgia y síndrome constitucional. En nuestro caso el diagnóstico fue un hallazgo anatomopatológico. Resaltamos la necesidad de revisiones periódicas en pacientes operados de estómago, para prevenir la aparición de esta grave complicación tardía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bityutskiy LP, Soykan I, McCallum RW. Viral gastroparesis: a subgroup of idiopathic gastroparesis. Clinical characteristics and long-term outcomes. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 1501-1504.
2. Bonilla F, Mirete JC, Cuesta A, Sillero C y González M. Tratamiento de fitobezoares gástricos con celulasa. *Rev Esp Enf Dig* 1999; 91(12): 809-811.
3. Castellón C, Alvarado A, Corral MA, Rico P, Gómez R, Rodríguez D et al. Cáncer de muñón gástrico. *Cir Esp* 1994; Vol. 56 Sup 1:10.
4. Cullen JJ, Kelly KA. Fisiología y fisiopatología motoras gástricas. *Surg Clin North Am* 1993; (6): 1197-1214.
5. Garrido A, Guerrero FJ y Moreno Sánchez T. Bezoar de localización colónica. *Rev Esp Enf Dig* 2001; 93 (6): 406-407.
6. Rodríguez Cuartero A y González Martínez F. Perforación gástrica por bezoar. *Rev Esp Enf Dig* 1994; 86:558-559.