

Causa inesperada de abdomen agudo: tricobezoar atascado en sitio de diverticulitis sigmoidea

Unexpected cause of acute abdomen: trichobezoar stuck at sigmoid diverticulitis site

Jhisel Carolina Lazcano Soliz[1]
Lina María Robledo[1]
Germán Espil[1]
Shigeru Kozima[1]
Victor Nebil Larrañaga[1]

https://doi.org/10.53903/01212095.283

Palabras clave (DeCS)
Diverticulitis
Abdomen agudo
Tomografía computarizada multidetector

Key words (MeSH)
Diverticulitis
Abdomen, acute
Multidetector computed tomography

Resumen

La obstrucción en el colon es mucho menos frecuente que en el intestino delgado. Entre sus diversas causas se destacan por su frecuencia la neoplasia maligna, el vólvulo y la diverticulitis; a diferencia de estas, los bezoares raramente son los responsables. La tomografía axial computarizada (TAC) representa el método de imagen de referencia para la evaluación de la obstrucción intestinal, por su elevada sensibilidad y especificidad, lo que permite definir principalmente ubicación, causa y complicaciones. Se expone un caso particular, no descrito en la literatura, de un abdomen agudo en un hombre de 56 años de edad, sin antecedentes psiquiátricos, con hallazgos radiológicos característicos en TAC de un tricobezoar atascado en un sector de diverticulitis aguda, que desencadenó un cuadro de oclusión intestinal. Este caso concluyó en la resección del segmento afectado y extracción de la masa intraluminal. Los hallazgos fueron confirmados por histopatología.

Summary

Obstruction in the colon is much less frequent than in the small intestine.. Among its various causes, the most common are malignant neoplasms, volvulus, and diverticulitis. In contrast, bezoars are rarely responsible. CT imaging is the reference method for evaluating intestinal obstruction due to its high sensitivity and specificity, allowing for the determination of the location, cause, and presence of complications.

We present a unique case not previously reported in the literature of an acute abdomen in a 56-year-old man, without psychiatric history, who showed characteristic CT findings of a trichobezoar lodged in an area of acute diverticulitis, leading to intestinal obstruction. This case concluded with the resection of the affected segment and extraction of the intraluminal mass. Subsequently, the findings were confirmed by histopathology.

Introducción

La obstrucción intestinal es una causa frecuente de abdomen agudo. Ocurre con mayor frecuencia en el intestino delgado (85 %) en contraparte con el colon (15 %) (1). La obstrucción colónica tiene una variedad de causas que difieren según el grupo etario y la ubicación geográfica; no obstante, las más frecuentes en el adulto son neoplasia maligna, vólvulo y diverticulitis (60 %, 10 %-15 % y 10 % de los casos, respectivamente) (2). Por otra parte, los bezoares representan una causa inusual de esta entidad (0,4 % a 4 %), ocurriendo tan solo si desarrolla un tamaño considerable (2). Los mecanismos por los que la diverticulitis causa esta complicación se deben al edema de la pared e inflamación periférica, formación de abscesos o fibrosis intramuscular (3).

El propósito del presente trabajo es documentar un caso de oclusión intestinal debida a un tricobezoar atascado en un sector de diverticulitis colónica; además, se describe el rol que desempeña la tomografía axial computarizada (TAC) en este contexto y, a su vez, se revisarán los hallazgos radiológicos sugestivos de esta presentación y sus principales diagnósticos diferenciales, que son relevantes en el abordaje de esta urgencia abdominal.

Caso clínico

Un hombre de 56 años de edad acudió al Servicio de Urgencias por dolor abdominal difuso de varios meses de evolución. El dolor se intensificó progresivamente en las últimas dos horas, ubicado principalmente en la fosa iliaca izquierda, acompañado de náuseas y vómito. El paciente no cuenta con antecedentes quirúrgicos ni enfermedades. Al examen físico presentó distensión abdominal y disminución de ruidos hidroaéreos. En el

[1]Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich". Buenos Aires, Argentina.

laboratorio se destacan los leucocitos de 12.000 mm^3. Se le practicó, en primera instancia, una radiografía de abdomen (figura 1) y tras los hallazgos se continuó su evaluación con TCMD (figuras 2 y 3).

El caso expuesto derivó en la resección del segmento intestinal y extracción de la masa endoluminal (figura 4); el diagnóstico se confirmó mediante histopatología.

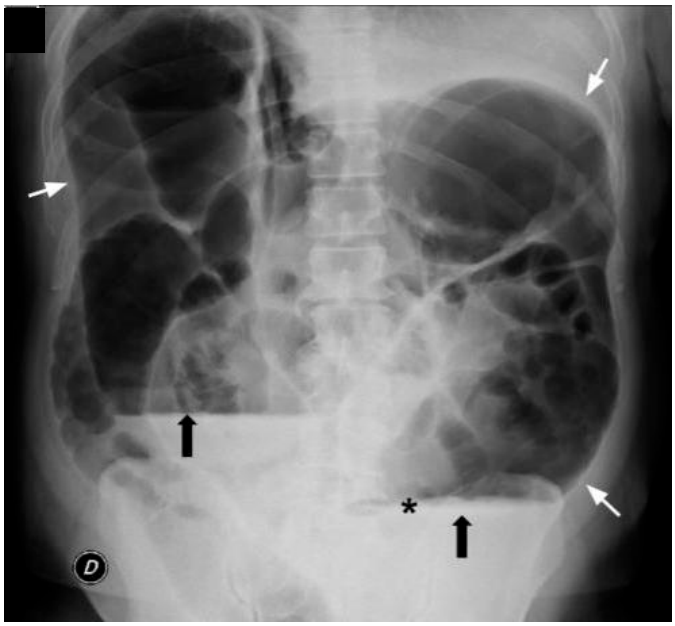


Figura 1. RX de abdomen de pie (frente). Distensión de marco colónico (flechas blancas) hasta el cuadrante inferior izquierdo (asterisco) acompañado de niveles hidroaéreos (flechas negras).

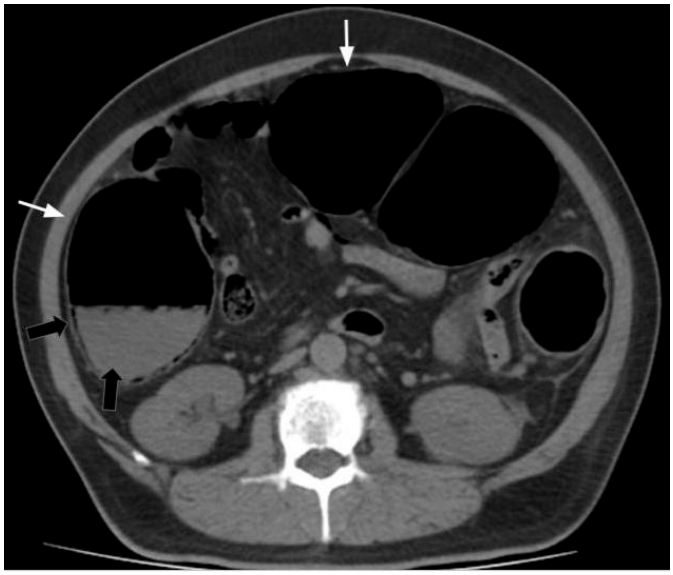


Figura 2. TCMD en corte axial de abdomen, sin medio de contraste. Distensión colónica (flecha blanca) y neumatosis intestinal en colon ascendente (flecha negra).



Figura 3. TCMD en corte axial de abdomen y pelvis sin medio de contraste. En el espacio endoluminal de sigma se encuentra una imagen ovalada, de pared definida y con alta densidad, de contenido heterogéneo con burbujas aisladas (flechas blancas), la cual mide 36 × 22 × 24 mm. Engrosamiento parietal concéntrico regular de un corto segmento (menor a 10 cm) de colon sigmoide (flechas negras), en cuyo sector proximal se encuentra, a manera de incrustación, la imagen anteriormente descrita (flecha gris), generando distensión intestinal ascendente. Además, se observa sutil rarefacción de la grasa adyacente (asterisco blanco) y engrosamiento de la fascia lateroconal homolateral (flecha curva negra).



Figura 4. Macroscopia del tricobezoar.

Discusión

Un bezoar es una masa formada por la acumulación de material no digerido en el tracto gastrointestinal. Se clasifica según su composición en: fitobezoar, tricobezoar, litobezoar, farmacobezoar, lactobezoar y plasticobezoar, y el primero es el más frecuente (4,5).

El tricobezoar es una masa compuesta principalmente por pelo y conforma el 6 % de todos los bezoares (5). Ocurre con mayor frecuencia en mujeres jóvenes y pueden localizarse en cualquier porción del tracto gastrointestinal, con frecuencia en el estómago; incluso, en inusuales circunstancias, puede atravesar el píloro hacia otros segmentos intestinales, dando lugar al síndrome de Rapunzel. Raramente se encuentra en el intestino grueso. Estos casos son descritos generalmente como trastornos psiquiátricos y del comportamiento, retraso mental, separación de los padres o el abuso en el 20 %-30 % de los pacientes con tricolomanía (4).

La diverticulitis colónica ocurre debido a la obstrucción del *ostium* diverticular por un fragmento de heces o partículas de alimentos. Usualmente ocurre en varones mayores de 70 años y se localiza en sigma y colon descendente (> 90 % de casos). Las complicaciones son variables e incluyen perforación, flemón, absceso, pileflebitis, obstrucción intestinal, hemorragia y fístula (3). La obstrucción intestinal es rara y se describen dos posibles mecanismos, uno de ellos se da por la obstrucción parcial secundaria al edema de la pared e inflamación periférica o la formación de abscesos; otro posible mecanismo se da en la etapa crónica debido a múltiples episodios de diverticulitis que generan fibrosis intramuscular, provocando el 10 % al 20 % de casos.

La sospecha clínica de oclusión intestinal se apoya en los métodos de imagen, situando en el escenario a los rayos X y TAC. Esta última toma un rol principal debido a su elevada sensibilidad y especificidad (96 % y 94 %), respecto a los rayos X (84 % y 72 %) (1). Los hallazgos sugerentes de oclusión colónica son la distensión proximal al segmento afectado (> 9 cm en ciego y > 6 cm en el resto del colon) acompañado de niveles hidroaéreos (3). Así mismo, la TAC permite definir la ubicación, distinguir entre alto o bajo grado, funcional o mecánica, entre causa intraluminal, mural y extramural, y determinar complicaciones como la perforación e isquemia intestinal, que de estar presentes conllevan una alta tasa de morbilidad y mortalidad (2).

El tricobezoar en la TAC se presenta como una masa endoluminal heterogénea con patrón de gas moteado o de anillos concéntricos comprimidos, cuya región periférica tiene alta densidad (5,6). Ante estos hallazgos imagenológicos se podrían plantear como principales diagnósticos diferenciales otras imágenes endoluminales colónicas como fecaloma, concreciones de bario y cuerpos extraños (7).

Por otra parte, en la diverticulitis colónica se identifica un engrosamiento parietal segmentario y concéntrico del colon que generalmente se extiende en un segmento > 10 cm; aunque puede estar afectado un segmento corto, rarefacción de la grasa e ingurgitación vascular, ausencia de bordes irregulares o signo del hombro, engrosamiento de la fascia lateroconal, ausencia de linfadenopatía y distorsión de los pliegues de la mucosa. Es importante mencionar que su principal diagnóstico diferencial es la neoplasia maligna estenosante de colon y que en ocasiones, como en el caso expuesto, la diferenciación radiológica entre ambas supone un desafío (8).

Conclusión

La oclusión colónica es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo y se presenta como complicación de diversas entidades. La TAC juega un papel destacado en este entorno, permitiendo la valoración integral al delimitar los segmentos afectados, distinguir la causa e investigar las complicaciones asociadas. La diverticulitis es una de las tres causas más frecuentes en contraposición al tricobezoar. Inusualmente, ambas etiologías se yuxtaponen desencadenando esta urgencia abdominal. Ambas entidades presentan hallazgos característicos en TAC; sin embargo, en ocasiones puede ser un reto lograr la distinción entre diverticulitis y neoplasia maligna. No se encuentra en la literatura un caso con similar desenlace.

Referencias

1. Hayden GE, Sprouse KL. Bowel obstruction and hernia. Emerg Med Clin North Am. 2011;29(2):319-45, ix.
2. Jaffe T, Thompson WM. Large-bowel obstruction in the adult: Classic radiographic and CT findings, etiology, and mimics. Radiology. 2015;275(3):651-63.
3. Antonopoulos P, Almyroudi M, Kolonia V, Kouris S, Troumpoukis N, Economou N. Toxic megacolon and acute ischemia of the colon due to sigmoid stenosis related to diverticulitis. Case Rep Gastroenterol. 2013;7(3):409-13.
4. Guanà R, Lonati L, Cisarò F, Pizzol A, Garofalo S, Scottoni F. Laparoendoscopic management of colonic trichobezoar causing acute large bowel obstruction in an adolescent girl. JPGN Rep. 2021;2(2):e064.
5. Kaba M, Karadağ ÇA, Sever N, Ser İ, Demir M, Yıldız A, et al. A rare cause of intestinal obstruction in children trichobezoar: How to diagnose? Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2023;29(11):1288-95.
6. Law GW, Lin D, Thomas R. Colonic phytobezoar as a rare cause of large bowel obstruction. BMJ Case Rep. 2015;2015:bcr2014208493.
7. Lyons D. Tricobezoario gástrico grande que causa falta de crecimiento y anemia por deficiencia de hierro en una adolescente: un informe de caso que enfatiza los hallazgos de las imágenes y la revisión de la literatura. BJR Case Rep. 2019;5(2):2:20180080.
8. Somwaru AS, Philips S. Imaging of uncommon causes of large-bowel obstruction. AJR Am J Roentgenol. 2017;209(5):w277-86.

Correspondencia

Jhisel Carolina Lazcano Soliz
Pi y Margall 750
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
jlazcanosoliz@gmail.com

Recibido para evaluación: 17 de febrero de 2023
Aceptado para publicación: 26 de mayo de 2023