

BEZOAR EN NIÑO DE 8 AÑOS. REPORTE DE UN CASO

* Dra. Ana A. Herrera Diloné

* Dra. Digna Tejada

* Dra. Nelía Ramirez

* Dr. Angel Almanzar

* Dra. Anny Correa

** Dra. Santa Brito

INTRODUCCION

Los bezoares del tubo digestivo han sido objeto del interés médico y de la curiosidad de los pueblos durante siglos, siendo ellos el resultado de la ingestión de material orgánico o inorgánico resistente a la acción de los jugos gástricos, tales como pelo, vegetales, papel, tabaco, resinas, piedaras, etc.

El término bezoar se emplea en la actualidad como sinónimo de concreciones de sustancias extrañas que se observan en el estómago e intestino de animales y del hombre.

El origen exacto del termino es dudoso, pero lo mas probable es que se derive de la palabra árabe badzehr o de la persa padzahr que significan contraveneno o antídoto.

Etiología.-

El bezoar es producto de una perversión del apetito determinada por alteraciones psicológicas tales como aislamiento social, angustia o retraso psicomotriz. El niño habitualmente desea quitarse el hábito pero no puede, formandose un circulo vicioso, por reincidir en un acto que no desea, pero que

hace compulsivamente.

Sintomatología.-

Dolor abdominal, anorexia, nauseas, vomitos, constipación y finalmente obstrucción intestinal.

El diagnostico se realiza por la historia y por radiografía simple de abdomen.

Se pueden presentar complicaciones como hipoproteinemia, esteatorrea, ictericia por compresión de las vias biliares, pancreatitis, úlceras gástricas traumáticas y el síndrome de Rapunzel.¹

Tratamiento.-

Debe ser multidisciplinario y en opinión de algunos autores, la extracción quirúrgica es solo terapia sintomática. Otros creen importante en el esquema terapéutico alejar de los bezoares al paciente, convencidos de que así se ayuda a la solución del problema.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino de 8 años de edad, natural de Baní y residente en Palmar de Ocoa, quien es traído por su madre al Hospital Dr.

* Residentes de Pediatría, Hospital Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, R . D .

** Médico general en ejercicio, Santo Domingo, R . D .

Robert Reid Cabral de esta ciudad el 19 de enero de 1993 por presentar:

- 1.- Ingestión de cuerpo extraño
- 2.- Dolor abdominal



FIGURA No. 1.- RADIOGRAFIA SIMPLE DE ABDOMEN DE NUESTRO PACIENTE, MOSTRANDO GRAN CANTIDAD DE PIEDRAS DISEMINADAS EN TODO EL ABDOMEN Y SOBRETUDO EN EL ANGULO ESPLÉNICO DEL COLON.

- 3.- Ausencia de evacuaciones

Historia de la enfermedad actual.-

La madre se percató tres días antes de traer el niño al hospital, de que estaba ingiriendo piedras. El niño comenzó a quejarse de dolores abdominales también hace tres días y desde entonces no había vuelto a evacuar. La madre decidió entonces traerlo al hospital.

Revisión por sistemas.-

Como datos de interés encontramos:

- 1.- Escolaridad de 1er curso de la primaria
- 2.- Retardo en el desarrollo psicomotor
- 3.- Caminó a los 18 meses
- 4.- Primeras palabras a los 3 años
- 5.- Aun no controla el esfínter vesical

Examen físico.-

Paciente consciente febril hidratado, pálido, poco comunicador.

Peso 24 K Talla 125 cm ambas entre 25 y 50 percentil.

Datos de interés:

Abdomen depresible, doloroso a la palpación, peristalsis disminuida

Tacto rectal descubre ampolla rectal llena de piedras y arena, que dificulta la entrada del dedo examinador. con heces fétidas.

La interconsulta con cirugía reveló masa de consistencia dura en el colon descendente. Recomienda suspender alimentos por vía oral, mantener hidratado, realizar radiografía de abdomen simple y tratar al paciente con laxantes y enemas evacuantes.

La radiografía simple de abdomen (figura No. 1), revela gran cantidad de objetos radioopacos diseminados en el abdomen principalmente en el angulo esplénico del colon y se hace el diagnóstico de bezoares.

Se obtiene consulta con el departamento de psicología, que reporta un paciente triste que no sonríe, que se siente solo, pues su madre solo está con él cuando llega del trabajo y está cansada. Su padre no se ocupa de él.

Evolución intrahospitalaria.-

Tuvo una evolución de cuatro días, durante los cuales se le administraron varios enemas evacuantes cada 8 horas, hasta que se limpió su abdomen de piedras como se comprobó por radiografías control.

Se egresa en buenas condiciones generales, referido a la consulta de psicología.

DISCUSION

Esta peculiar perversión del apetito, donde se ingieren objetos no alimenticios y no digeribles como piedras, cabellos, etc, se observa con más frecuencia en niños desnutridos, con daño cerebral franco, epilepsia, hipoxia neonatal y síndrome de rubeola congénito. Algunos autores dan más importancia a la privación social en la relación madre hijo.²⁻⁸ El pronóstico de este tipo de pacientes depende de muchos factores, pero existe común acuerdo en que el control de la alteración neuropsiquiátrica es determinante.

Las complicaciones quirúrgicas que requieren operaciones inmediatas tales como el síndrome de Rapunzel¹ y la úlcera péptica traumática perforada, son entidades incidentales y pocas veces predecibles.

Lo más recomendable es la observación de los niños, producir un cambio en el ambiente familiar y realizar el tratamiento psicológico necesario para corregir el trastorno neuropsiquiátrico en el paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Vergara J R, Romero N V, Sariñana C N. Un caso de oclusión por bezoar intestinal. Bol Hosp Infan Mex 1976; 33: 1045

- 2.- Grosfeld J L, Schreiner R L, Franken E A, Lemons J A, Ballantine T V N, Weber T R. The changing pattern of gastrointestinal bezoars in infants and children. *Surgery* 1980; 88: 425-32
- 3.- Santos M M, Jimenez E B. Tricobezoar. Revisión de caso y revisión de la literatura. *Rev Mex Pediat* 1971; 40: 773-80
- 4.- Magallanes F N, Boullosa S C, Márquez M G, Manzano R J T, Decanini C T, Pámanes A O. Tricobezoar gigante obstructivo del estómago, duodeno y yeyuno. Reporte de un caso. *Revta Sanidad Mil Mex* 1977; 31: 63-67
- 5.- Sarifana C, Silva A C, Quintero M H, Velasco J A. Tricobezoar en el niño. Reporte de 4 casos. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1957; 14: 523-32
- 6.- Hossenbocus A, Colin-Jones D G. Trichobezoar, gastric poliposis protein losing gastroenteropathy and steatorrhoea. *Gut* 1973; 14: 730-32
- 7.- Bakwin H, Bakwin R M. Behavior disorders in children, 2nd edit, W B Saunders Co, Philadelphia, 1960 pag 441.
- 8.- Goyal J, Mittal C A. Small bowel obstruction due to trichobezoar. *Ind J Pediat* 1976; 43: 108-09