



Clínica cotidiana

Bezoar dentro de una hernia hiatal gigante

Jeffrey Oskar Magallanes Gamboa^{a,*}, Verónica Notario Barba^b

^aServicio de Medicina Interna, ^bServicio de Urgencias. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de septiembre de 2021

Aceptado el 31 de agosto de 2023

On-line el 1 de diciembre de 2023

Palabras clave:

Hernia hiatal gigante

Bezoar

Hernia hiatal mixta

Keywords:

Giant hiatal hernia

Bezoar

Mixed hiatal hernia

R E S U M E N

Presentamos el caso de un paciente de 83 años de edad, que acude a urgencias por cuadro inespecífico de dolor torácico, disnea y vómitos. En la radiografía de tórax se objetiva radiopacidad en el campo pulmonar izquierdo, interpretada como imagen de consolidación.

Fue etiquetado como un caso de neumonía asociada al sistema sanitario. Se decidió ingreso hospitalario y se inició tratamiento antibiótico de amplio espectro.

Ante la escasa mejoría, ampliamos el estudio y llegamos al diagnóstico final de bezoar dentro de hernia hiatal gigante.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Bezoar inside a giant hiatal hernia

A B S T R A C T

We present the case of an 83-year-old patient who came to the emergency room for non-specific chest pain, dyspnea, and vomiting. A chest radiograph revealed radiopacity in the left lung field, interpreted as an image of consolidation.

It was labeled as a case of pneumonia associated with the health system, hospitalization was decided and broad-spectrum antibiotic treatment was started. Given the scant improvement, we expanded the study, reaching the final diagnosis of a bezoar within a giant hiatal hernia.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dr990112@hotmail.com (J.O. Magallanes Gamboa).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2023.044>

2254-5506 / © 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 83 años de edad, institucionalizado, con antecedentes personales de hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrilación auricular (antiagregado con clopidogrel), insuficiencia cardiaca y deterioro cognitivo por demencia vascular. Completan su tratamiento: omeprazol, bisoprolol, furosemda y bromuro de ipratropio.

Es remitido al Servicio de Urgencias por un cuadro de dos días de evolución, caracterizado por dolor torácico, vómitos alimentarios y disnea. Niega fiebre o clínica miccional.

Se encuentra muy adelgazado y taquipneico, aunque sin trabajo respiratorio. Presenta presión arterial de 100/63 y saturación de oxígeno (satO₂) de 93 %. Los ruidos cardiacos son arrítmicos, a 70 latidos por minuto, y el murmullo vesicular se encuentra disminuido en el hemitórax izquierdo, con crepitantes en dicha base. El abdomen se apreciaba excavado, blando y depresible, no doloroso y con ruidos hidroaéreos conservados.

La analítica muestra leucocitosis (16,4 x 10³/µl) con neutrofilia; hemoglobina 9,7 g/dl y plaquetas 512 x 10³/µl. Los valores de coagulación, creatinina, glucosa, iones, perfil hepático, troponina y NTproBNP se encuentran en rango de normalidad. Solo destaca una proteína C reactiva de 110 mg/dl.

El electrocardiograma confirma la fibrilación auricular.

La radiografía torácica muestra una radiopacidad homogénea en los dos tercios inferiores del campo pulmonar izquierdo (figura 1).

Es diagnosticado de neumonía asociada al sistema sanitario y se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro con meropenem. Se decide su ingreso en el hospital.

Pasadas 72 horas, persiste el dolor torácico y los vómitos, pero está afebril y con satO₂ normal.

Tras revisar la radiografía torácica, y ante la sospecha de que se trate de otra entidad (una probable masa torácica), solicitamos una tomografía axial computarizada (TAC).

En ella se describe la presencia de un gran estómago de retención con la mayoría de este herniado supradiafragmáticamente y volvulado, lo que produce gran efecto de masa sobre



Figura 1– Radiografía de tórax: radiopacidad homogénea que ocupa los dos tercios inferiores del campo pulmonar izquierdo y borra la silueta cardiaca.

el corazón y ambos pulmones, con atelectasia prácticamente completa del pulmón izquierdo y del lóbulo inferior derecho (figura 2).

Se realiza gastroscopia urgente, mediante la que se describe gran hernia hiatal mixta con cámara gástrica parcialmente volvulada, sin signos de sufrimiento en la mucosa y abundante contenido sólido que no se puede extraer por vía endoscópica.

Los hallazgos permiten el diagnóstico de bezoar dentro de hernia hiatal gigante.

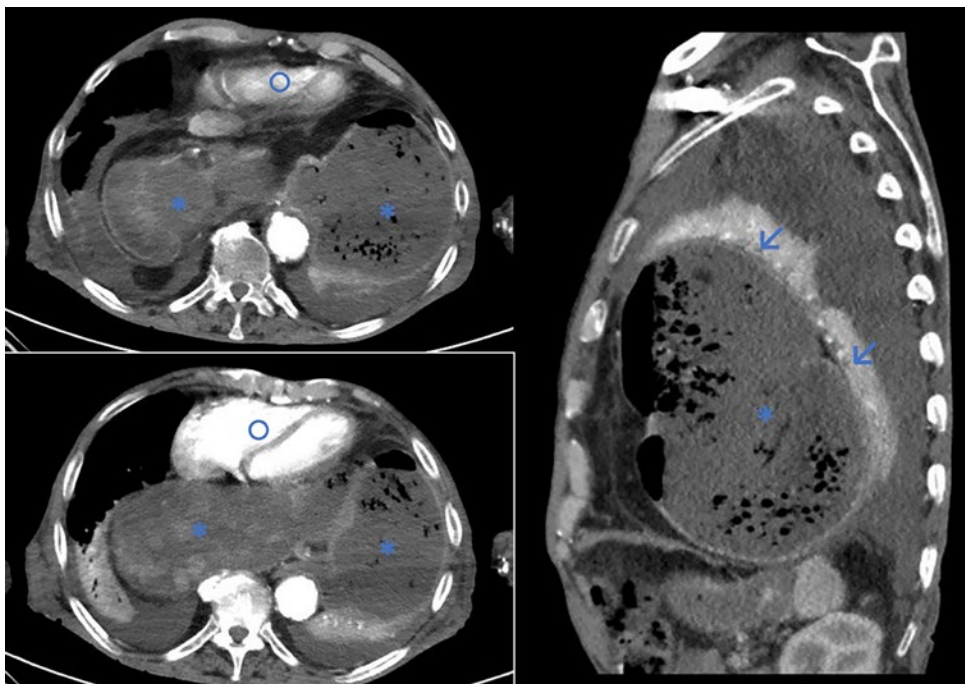


Figura 2 – TAC torácica: gran estómago de retención (*) con la mayoría de este herniado supradiafragmáticamente y volvulado; produce gran efecto de masa sobre el corazón (O) y ambos pulmones, con atelectasia prácticamente completa del pulmón izquierdo (L) y del lóbulo inferior derecho.

Se plantea tratamiento quirúrgico, pero fue rechazado por la familia. Iniciamos destilaciones con bebidas carbonatadas por sonda nasogástrica (SNG) y se logra ablandar y fragmentar el contenido, lo que se sigue de la salida parcial del mismo.

Pese a la respuesta inicial, la evolución fue desfavorable: desarrollo de necrosis y perforación gástrica y posterior fallecimiento del paciente.

Comentario

La hernia hiatal (HH) se define como el paso de cualquier estructura no esofágica hacia el tórax a través del hiato diafragmático¹. Una hernia hiatal gigante (HHG) es la que incluye al menos el 30 % del estómago en el tórax y corresponde a una HH tipo 3 o mixta, con componente por deslizamiento y paraesofágico².

La HHG es poco frecuente y afecta principalmente a pacientes añosos y obesos². El aumento de la presión intraabdominal y la debilidad o atrofia de los pilares diafragmáticos constituyen los principales factores predisponentes¹.

Sus manifestaciones clínicas son inespecíficas, inicialmente relacionadas con el reflujo gastroesofágico, como pirosis, regurgitación, saciedad temprana o disfagia¹. Posteriormente, la retención de alimentos y aire en el estómago herniado causa distensión del órgano, con aparición de vómitos y dolor torácico².

Pueden desarrollarse complicaciones como vólvulo, incarceration con estrangulación gástrica, necrosis, perforación, hemorragias u obstrucción. Todos estos casos constituyen una urgencia quirúrgica¹⁻².

En ocasiones, la expresión radiográfica de la HHG puede imitar otras patologías y dificulta el proceso diagnóstico. Puede manifestarse como una masa mediastínica de hallazgo casual en la radiografía torácica, proyectada por detrás del corazón, en el mediastino posterior, y muchas veces con un nivel hidroaéreo². En otros casos, como el de nuestro paciente, puede simular una consolidación y ser confundida con un proceso neumónico.

La TAC y el estudio baritado esófago-estómago-duodeno son las pruebas que permiten definir mejor la anatomía y el tipo de hernia, así como la presencia de rotación gástrica o complicaciones.

La endoscopia digestiva alta desempeña un papel de menor importancia en el diagnóstico; su utilidad radica en confirmar la obstrucción gástrica y descartar lesiones mucosas concomitantes que puedan sugerir isquemia².

El tratamiento médico es poco efectivo y la intervención quirúrgica es el tratamiento definitivo.

Las alteraciones en la motilidad gástrica, como las que surgen por una HHG, constituyen un factor de riesgo para la formación de bezoares³, elementos no digeribles atrapados en algún punto del tubo digestivo, habitualmente en el estómago o el intestino delgado⁴. Están formados principalmente por

fibra vegetal (fitobezoar), pelos (tricobezoar) o simplemente, alimentos no digeridos.

La clínica puede confundirse con los síntomas descritos previamente en la HHG, a la que se suma la anorexia, la pérdida de peso e incluso la obstrucción del tracto gastrointestinal³⁻⁵.

Su abordaje habitual incluye la administración de enzimas proteolíticas, fragmentación endoscópica o intervención quirúrgica³⁻⁵. Últimamente se han utilizado bebidas carbonatadas, por vía oral o como lavado gástrico, para su disolución. El mecanismo de acción no está totalmente aclarado. Probablemente se deba a su acidez (pH 2,6) generada por los ácidos carbónico y fosfórico; esta puede suavizar la consistencia del bezoar y facilitar su disolución posterior con otras sustancias. Asociado a técnicas endoscópicas, tiene una efectividad del 91 %⁴. Su disponibilidad, bajo costo, rápida acción, fácil administración y seguridad, convierte su uso en una opción rentable en los casos en que la intervención quirúrgica no es la primera opción^{3,5}.

La asociación de estas dos entidades es excepcional. Solo se ha descrito previamente un caso en la literatura médica⁴. El diagnóstico fue difícil debido a la traducción radiológica de la conjunción de ambas patologías, interpretadas inicialmente de forma errónea como una consolidación neumónica.

Este caso demuestra la importancia de buscar una asociación coherente y válida entre el cuadro clínico y las pruebas complementarias, incluidas las pruebas de imagen, que permita establecer una aproximación diagnóstica más sólida y precisa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Navarro-Tovar F, Juárez-de la Torre J, Pérez-Ayala L, Quintero-Cabrera E. Hernia paraesofágica tipo IV con necrosis gástrica del 60 por ciento. Reporte de un caso. *Cir Cir*. 2014; 82(6): 661-7.
2. Grazia J, Godoy M, Cavallo I, Cortés C. Hernia hiatal gigante con estómago intratorácico: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Chil Radiol*. 2012; 18(4): 179-83.
3. Ogawa K, Kamimura K, Mizuno K, Shinagawa Y, Kobayashi Y, Abe H, et al. The combination therapy of dissolution using carbonated liquid and endoscopic procedure for bezoars: Pragmatical and clinical review. *Gastroenterol Res Pract*. 2016; 2016: 7456242..
4. Linz DH, Girard DE, Tolle SW. Bezoar within a hiatal hernia. *South Med J*. 1982; 75(8): 1016-7.
5. Ladas S, Kamberoglou D, Karamanolis G, Vlachogiannakos J, Zouboulis-Vafiadis I. Systematic review: Coca-Cola can effectively dissolve gastric phytobezoars as a first-line treatment. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013; 37: 169-73.