CASO CLÍNICO
ENDOSCOPIA

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO

Fitobezoar como causa de oclusión intestinal en paciente con anastomosis intestinal. Informe de un caso y revisión de la literatura

Mirian Fabiola Cancino-Sánchez,* Mónica De Jesús-Mosso,† Cindy Belén Larumbe-Hernández,† Jesús Alberto Bahena-Aponte,† Jorge González S,‡ Sari Narsil Angélica Mejía-Arcadia,‖ Marco Antonio Ruíz-Valenzuela,§ Gerardo Vázquez-Rodríguez,¶ Quintín Héctor González-Contreras**

** Residencia. Hospital General "Jesús Gilberto Gómez Maza". † Clínica de Gastroenterología Integral y Nutrición. Hospital SAI HMG, CDMX.*
‡ Houston Methodist Hospital, USA. ‖ Patología clínica. Hospital Central Militar, CDMX.
§ Anestesiólogía. Clínica de Gastroenterología Integral y Nutrición. Hospital SAI HMG, CDMX.
¶ Hospital General "Jesús Gilberto Gómez Maza", Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
*** Coloproctología. Clínica de Gastroenterología Integral y Nutrición. Hospital SAI HMG, CDMX, México.*

Phytobezoar as a cause of intestinal obstruction in a patient with an intestinal anastomosis. Case report and literature review

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 15 Núm. 4 / Octubre-Diciembre, 2026 / p. 147-151

RESUMEN

La obstrucción intestinal es una causa importante de morbilidad y mortalidad; es responsable de 15% de los ingresos hospitalarios por dolor abdominal y 20% necesitan atención quirúrgica aguda.
Las etiologías más frecuentes son: adherencias y bridas 60%, hernias de la pared abdominal 19%, hernias internas 15%, tumores y otras causas menos frecuentes: bezoar, íleo biliar, intususcepción y plastrón inflamatorio. Se presenta el caso raro de obstrucción del intestino delgado debido a un fitobezoar en masculino de 62 años con antecedente a los 50 años de diverticulitis complicada que requirió hemicolectomía izquierda, anastomosis colorrectal e ileostomía de protección, posteriormente en un segundo tiempo de 6 semanas se realiza anastomosis latero lateral a nivel de íleon terminal. Refiere consumo abundante de manzanilla 48 horas previo a su ingreso hospitalario cursando con obstrucción intestinal con dolor abdominal, distensión, náuseas y vómitos y signos de isquemia intestinal con leucocitosis. La tomografía simple (TC) de abdomen y pelvis confirman obstrucción intestinal, zona de transición a nivel de intestino delgado y líquido libre. Se coloca sonda nasogástrica con gasto fecal. Tras el fracaso del tratamiento conservador, se realiza laparoscopia exploradora en la que se encuentra

ABSTRACT

Intestinal obstruction is a major cause of morbidity and morbidity, accounting for 15% of hospital admissions for abdominal pain, and 20% of these cases require acute surgical intervention.
The most frequent etiologies are: adhesions and bands (60%), abdominal wall hernias (19%), internal hernias (15%), tumors, and other less frequent causes such as bezoar, gallstone ileus, intussusception, and inflammatory mass.
We present the rare case of small bowel obstruction due to a phytobezoar in a 62 year old male with a history of complicated diverticulitis at age 50, which required a left hemicolectomy, colorectal anastomosis, and protective ileostomy. Six weeks later, a latero-lateral anastomosisat terminal ileum was performed. The patient reported consuming large amounts of chamomile tea 48 hours prior to hospital admission, presenting with intestinal obstruction, abdominal pain, distension, nausea, vomiting, and signs of intestinal ischemia with leukocytosis. A contrast- enhanced abdominal CT scan confirmed intestinal obstruction, a transition zone in the small intestine, and free fluid. A nasogastric tube was inserted, yielding fecal output. After the failure of conservative treatment, an exploratory laparoscopy was

Correspondencia:

Dr. Quintín Héctor González-Contreras
Correo-e: quinhec@hotmail.com

https://doi.org/10.62640/CAD2615405cc

a nivel de anastomosis de íleon objeto extraño de 6 cm aproximadamente de diámetro, móvil, bordes regulares, se decide conversión a cirugía abierta para descompresión manual con éxito. Se postula bezoar de acuerdo al antecedente de consumo de manzanilla. Se conserva la integridad de anastomosis previa a nivel de íleon, sin necesidad de realizar enterotomía.
El paciente se recupera bien después de la cirugía e ingiere líquidos por vía oral 24 horas posteriores a la cirugía, seguido de una dieta blanda. Es dado de alta al tercer día de posoperatorio. Se realiza seguimiento durante un mes, el cual transcurre sin incidentes.

Palabras clave. Fitobezoar, oclusión intestinal, dolor abdominal, anastomosis intestinal.

performed, revealing a mobile foreign object approximately 6 cm in diameter with regular borders at the ileal anastomosis. The procedure was converted to open surgery for successful manual decompression. Based on the patient's history of chamomile consumption, we hypothesize that the object was a bezoar. The integrity of the previous ileal anastomosis was preserved, without the need for enterotomy.
The patient recovered well after surgery and ingested oral fluids 24 hours post-surgery, followed by a soft diet. He was discharged on the third postoperative day. Follow-up was conducted for one month, which passed without incident.

Keywords. *Phytobezoar, intestinal obstruction, abdominal pain, intestinal anastomosis.*

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal es una causa importante de morbilidad y mortalidad; es responsable de 15% de los ingresos hospitalarios por dolor abdominal y 20% necesitan atención quirúrgica aguda.[1]

Las etiologías más frecuentes son: adherencias y bridas 60%, hernias de la pared abdominal 19%, hernias internas 15%, tumores y otras causas menos frecuentes: bezoar, íleo biliar, intususcepción y plastrón inflamatorio.[2]

El término bezoar se refiere a una masa intraluminal en el sistema gastrointestinal causada por la acumulación de materiales no digeribles como vegetales, frutas y cabello. Aunque existe evidencia escrita de bezoares identificados en sistemas gastrointestinales de animales y humanos en el siglo X d.c, la primera definición científica fue en 1779 por Baudmant.[3] Los bezoares son una causa poco común conocida de obstrucción intestinal y son difíciles de diferenciar preoperatoriamente de otras etiologías.

La prevalencia es de 0.4% y aunque son poco frecuentes, siguen siendo la quinta causa más común de obstrucción intestinal. Generalmente se descubren en el estómago en el 78% de los casos, pero también pueden manifestarse en el intestino delgado, representando el 17%.[4]

Hay varios factores predisponentes que influyen en la formación de fitobezoares. Algunos de los más comunes son cirugía gástrica previa, consumo excesivo de frutas ricas en fibra, masticación insuficiente, gastroparesia diabética, hipotiroidismo y uso de medicamentos que afectan la motilidad gástrica.[5] Recientemente Cambo Keng, *et al.*, realizó la presentación de un caso de obstrucción intestinal secundario a los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 como la semaglutida aunque la relación no está completamente definida.[6]

Los hallazgos clínicos del íleo inducido por bezoar no difieren de los de la obstrucción intestinal mecánica debido a otras causas. Generalmente, resulta difícil determinar si los bezoares son la causa clínica del íleo. La gran mayoría de los pacientes tienen antecedentes de cirugía abdominal y las adherencias posteriores a una cirugía suelen ser responsables del íleo.[3]

La ecografía puede detectar la causa en 88-93% de íleo inducido por bezoares. Típicamente, los bezoares crean un sombreado acústico hiperecogénico. Sin embargo, el papel de la ecografía es controvertido, ya que el examen depende del operador y requiere experiencia. Además, en muchas ocasiones, los niveles hidroaéreos en los intestinos obstruidos bloquean la visión.[3]

La TC sigue siendo el método de referencia para el diagnóstico, permitiendo caracterizar la densidad, el tamaño y la localización del bezoar. Es el método más valioso para íleo inducido por bezoar con sensibilidad y especificidad de 90 y 57%, respectivamente.[3]

La extracción endoscópica es factible para bezoares pequeños o blandos, pero se prefiere la intervención quirúrgica para bezoares grandes, densos o múltiples. La expresión manual puede evitar la necesidad de enterotomias, siempre que se conserve la viabilidad intestinal.[7]

Si bien la intervención quirúrgica sigue siendo el tratamiento estándar para las obstrucciones completas, para pacientes con contraindicaciones o que rechazan la cirugía, existen estrategias conservadoras alternativas.[8] Generalmente se manejan con lavado con Coca-Cola®, terapia con enzimas de papaína, suplementación con celulasa o intervenciones mecánicas que incluyen endoscopia.[9]

CASO CLÍNICO

Se trata de masculino de 62 años sin antecedentes crónico degenerativos de importancia. Único antecedente quirúrgico a los 50 años de laparotomía exploratoria secundario a diverticulitis complicada en la que se realiza hemicolectomía izquierda, anastomosis colorrectal e ileostomía de protección en asa. Seis semanas posteriores se realiza restitución intestinal íleo-íleo anastomosis latero-lateral sin complicaciones.

Ingresa a urgencias con datos clínicos de oclusión intestinal de 48 horas de evolución: dolor abdominal progresivo, distensión abdominal importante, vómito en varias ocasiones y fiebre. Refiere haber consumido abundante manzanilla antes de iniciar con el cuadro clínico.

En la exploración abdominal muestra distensión abdominal y ruidos intestinales apagados, resistencia muscular y dolor a la palpación.

Los análisis de laboratorio muestran leucocitosis de 1,6000/m^3, neutrófilos segmentados 92.6%, PCR 2.3, los demás análisis son normales. La tomografía computarizada abdominal y de pelvis con contraste intravenoso corte axial revela asas de intestino delgado distendidas de contenido líquido y escasos niveles hidroaéreos con diámetro de hasta 3.6 cm en asas de íleon distal, llama la atención material quirúrgico denso a este nivel asociado a apelotamiento de asas en flanco derecho con signo de remolino de la grasa mesentérica, con escaso líquido libre inflamatorio y ganglios de aspecto reactivo y estriación de la grasa mesentérica *(Figura 1)*.

Dado su historial quirúrgico previo, se presume que el paciente presenta una obstrucción intestinal secundaria a adherencias y, por lo tanto, se opta iniciar tratamiento conservador con ayuno, descompresión nasogástrica que evidencia débito fecal. Se inicia fluidoterapia, analgesia y esquema antimicrobiano.

Se realiza laparoscopia exploratoria en la que se evidencia a nivel de anastomosis latero lateral de íleon cuerpo extraño intraluminal, semiblando, móvil de aproximadamente 6 cm de diámetro, no se observan lesiones penetrantes por lo que se decide convertir a cirugía abierta y posteriormente se realiza descompresión manual ordenando cuerpo extraño hasta colon transverso conservando integridad de anastomosis *(Figuras 2* y *3)*.

El paciente se recupera bien después de la cirugía. Ingiere líquidos por vía oral 24 horas posteriores a la cirugía, que se continúa con dieta blanda. Es dado de alta al tercer día de posoperatorio. Se realiza seguimiento durante un mes, el cual transcurre sin incidentes.

DISCUSIÓN

La obstrucción intestinal es el diagnóstico más probable en el paciente descrito en el caso clínico. La obstrucción mecánica del intestino delgado puede ser causada por lesiones extrínsecas o intrínsecas a la pared intestinal e intraluminales.[10]

De las oclusiones intestinales, 80% ocurren en el intestino delgado como consecuencia de adherencias, neoplasias o hernias. Aproximadamente 4.3% de los cuadros de oclusión intestinal se deben a algún tipo de bezoar.[11]

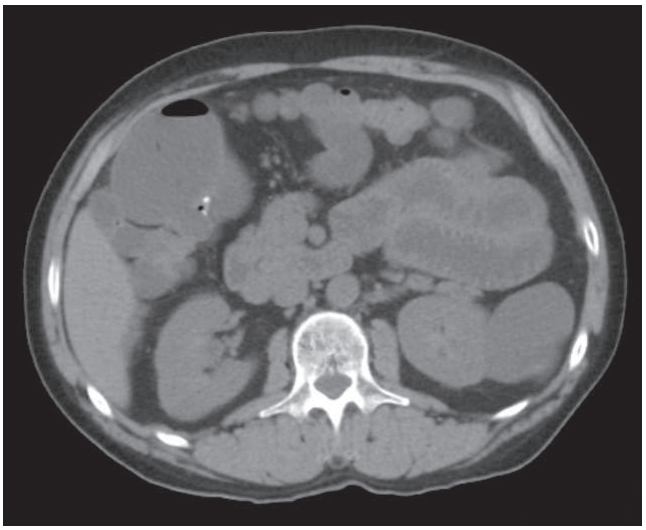


Figura 1. *Se observan asas intestinales dilatadas y zona de transición a nivel de grapadora de anastomosis previa.*



Figura 2. *Se observa anastomosis de íleon latero lateral con fitobezoar.*

El bezoar puede quedar atrapado en diferentes localizaciones del tracto gastrointestinal y puede ser una lesión solitaria o múltiple.[12,13]

Existen diferentes tipos de bezoares, esto de acuerdo al material del cual se forma, como pueden ser: fitobezoares (fibras vegetales, fruta seca, semillas), son los más comunes en adultos con alteraciones de la acidez gástrica, del vaciamiento gástrico o edéntulos. Los tricobezoares (cabello), son poco frecuentes y se presentan más en pacientes con retraso mental y con trastornos psiquiátricos. Lactobezoares (productos lácteos), más comunes en neonatos prematuros o de bajo peso al nacimiento. Los fármacobenzóares son secundarios al consumo de medicamentos.[11]

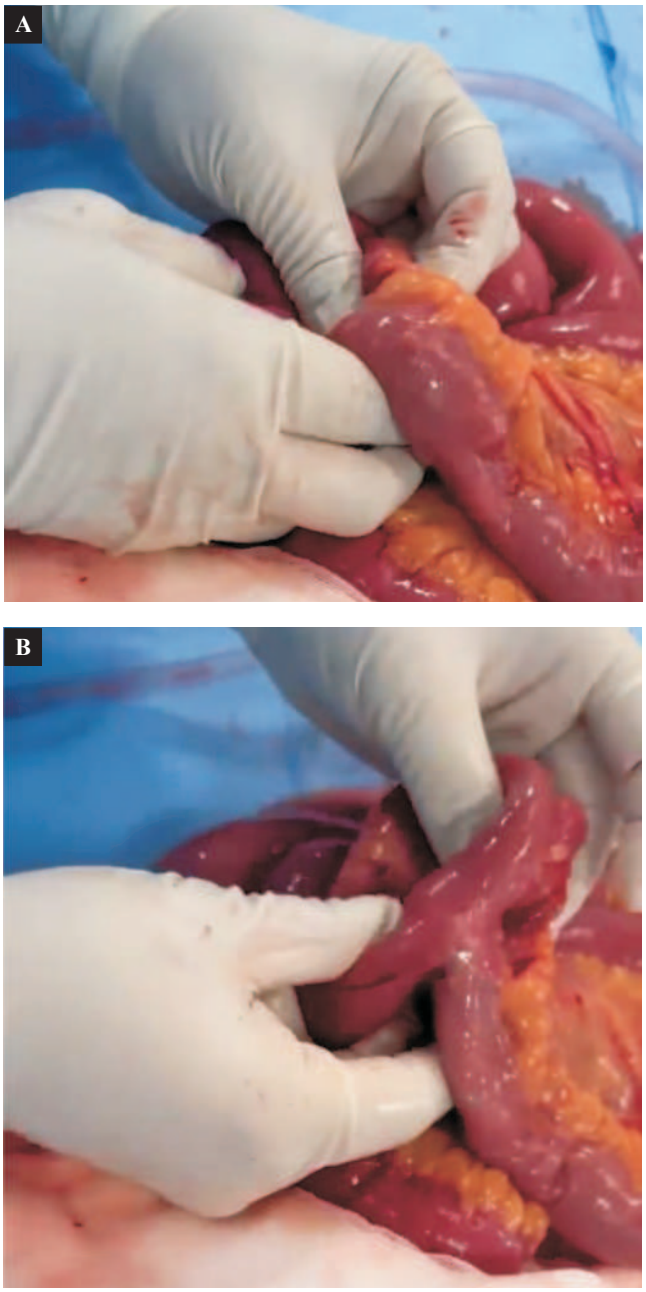


Figura 3. *Se realiza descompresión manual.*

La mayoría de los bezoares en el intestino delgado se encuentran entre 50 y 70 cm proximales a la válvula ileocecal, debido a que es estrecha, la motilidad intestinal lenta y una gran cantidad de absorción de agua endurecen el bezoar.[5]

Varios factores predisponentes contribuyen a la formación de bezoares. Se informa que el 42.3% de los pacientes habían sido sometidos a cirugía gástrica previa como gastrectomía parcial, vagotomía y/o piloroplastia, que alteran la anatomía y fisiología del remanente gástrico.[14] Pueden formarse incluso en personas sin cirugía previa, comúnmente asociada a dietas ricas en fibra, mala masticación y motilidad reducida, por ejemplo: ancianos, pacientes en diálisis con bajos niveles de actividad y alto consumo de vegetales.[15]

Por tanto, la complicación más frecuente del fitobezoar es la obstrucción intestinal, siendo en su mayoría en el estómago, seguida de la intestinal, principalmente a nivel de íleon terminal. La obstrucción a nivel de colon es muy rara.[16]

Se ha reportado una incidencia de obstrucción intestinal posterior a un bypass gástrico en Y de Roux que va desde 1 a 9.7%. La presentación de obstrucción intestinal por un bezoar, puede ir desde las 6 semanas a 12 años.[17]

No cabe duda que la TC es valiosa para determinar la presencia, ausencia, nivel y causa de la obstrucción del intestino delgado. Sin embargo, existen pocos informes sobre los hallazgos de la TC en fitobezoares asociados. Suelen presentarse como masas intraluminales ovaladas bien definidas que contienen gas moteado.[18]

Las opciones de tratamiento para los bezoares deben adaptarse a la condición del paciente.[19]

El manejo no quirúrgico de los fitobezoares incluye enzimas proteolíticas, celulosa, bebidas carbonatadas (Coca-Cola Zero®),[4,20] y fragmentación endoscópica.[21] Se considera que el tratamiento conservador ha fracasado cuando la obstrucción persiste después de 72 h, el débito de la sonda nasogástrica supera los 500 mL al tercer día o cuando el paciente desarrolla signos de peritonitis o isquemia.[22]

Las opciones quirúrgicas reportadas son la fragmentación manual del fitobezoar y su empuje hacia el ciego. Si no es posible, se debe realizar enterotomía para extraer el bezoar.[5]

Si bien el manejo laparoscópico, como el empleado en nuestro caso como primera opción, ofrece los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, pero requiere experiencia técnica y puede limitar la exploración táctil del intestino,[19] como en nuestro caso.

Para prevenir una posible recurrencia, generalmente se aconseja a los pacientes que eviten dietas ricas en fibra,

residuos y grasas, masticación adecuada de los alimentos y fármacos procinéticos. El control glucémico estricto es esencial, ya que se asocia de forma independiente con un retraso en el vaciamiento gástrico y reducción de la contractibilidad antral.[23]

CONCLUSIÓN

Los fitobezoares constituyen un importante diagnóstico diferencial de la obstrucción intestinal. Es fundamental realizar una evaluación exhaustiva de la historia clínica enfocada en la historia dietética prestando atención al consumo de alimentos ricos en fibra por parte del paciente, así como la identificación de signos de isquemia previniendo mayor morbilidad y mortalidad asociados con la estrangulación y la isquemia del asa intestinal. La intervención quirúrgica oportuna es crucial para resolver en pacientes con mayor riesgo de resultados adversos tras un tratamiento conservador. El tratamiento a largo plazo debe abordar los factores de riesgo dietéticos para prevenir la recurrencia.

REFERENCIAS

1. Catena F, De Simone B, Coccolini F, Di Saverio S, Sartelli M, Ansaloni L. Bowel obstruction: a narrative review for all physicians. *World J Emerg Surg* 2019; 14: 20.
2. Figueroa-Giralt M, Leon P, Gonzalez T, Díaz R, Korn O. Novedades en la evaluación y tratamiento de la obstrucción intestinal alta. *Rev Cir* 2024; 76(3).
3. Dikicier E, Altintoprak F, Ozkan OV, Yagmurkaya O, Uzunoglu MY. Intestinal obstruction due to phytobezoars: An update. *World J Clin Cases* 2025; 3(8): 721-6.
4. Pandit A, Koirala M, Panta A, Kandel N. Phytobezoar- An Unusual Cause of Small Bowel Obstruction in Pediatric Age Group: A Case Report and Literature Review. *Clin Case Rep* 2026; 14(1): e71809.
5. Pujar KA, Pai AS, Hiremath VB. Phytobezoar: A Rare Cause of Small Bowel Obstruction. *J Clin Diagn Res* 2013; 7(10): 2298-9.
6. Keng C, Thor SM, Balasubramaniam R, Pretorius F. A Case Report of Bezoar-Induced Small Bowel Obstruction: A Potential Surgical Complication Semaglutide. *Cureus* 2025; 17(12): e99664.
7. Alouani H, Lâamiri G, Kallel Y, Arfaoui C, Bouassida M, Touinsi H. Gastrointestinal bezoars: two distinct cases illustrating diagnostic and surgical challenges. *Int J Surg Case Rep* 2025; 2026; 138(3): 940-3.
8. Bai B, Zhang J, Zhu H, Li Z. Non-surgical Resolution of Phytobezoar-Induced Bowel Obstruction Using Sodium Bicarbonate and Cathter: A Report of 2 cases. *Am J Case Rep* 2025; 2025; 26: e949831.
9. Shah D, Ali Q, Bernier K, Gutierrez VA, Harper L. Successful Dissolution of a Large Gastric Phytobezoar Through Nonsurgical and Nonendoscopic Fragmentation. *ACG Case Rep J* 2023; 10(9): e01141
10. Wei KY, Sung CC, Lin SH. Phytobezoar- induced small bowel obstruction in an elderly patient undergoing dialysis: a case report. *J Int Med Res* 2020; 48(10): 300060520962942.
11. Hernández-Vera F, Hugo-Guerrero V, Cosme-Reyes C, Belmonte-Montes C. Fitobezoar como causa de oclusion intestinal. Presentación de un caso. *Rev Gastroenterol Mex* 2010; 75(3): 348-52.
12. Alashwan AG, Almarhoon AM, AlSafwani J, Alsahwan H, Alturki N. Intestinal Obstruction Secondary to Multiple Gastrointestinal phytobezoars, a rare presentation. *Int J Surg Case Rep* 2021; 83: 106004.
13. Kandel BP, Chalise A, Shrestha S, Lakhey PJ. Lithobezoar and Phytobezoar Causing Intestinal Obstruction: A Report of Two Cases. *Clin Case Rep* 2025; 13(3): e70293.
14. Abreu da Silva A, Ricardo J, Ferreira A, Sousa D, Martins JA. Small Bowel Obstruction by a Phytobezoar in a Patient With Previous Antrectomy and Billroth ll Reconstruction. *Cureus* 2023; 15(9): e45849.
15. Nawab S, Shah MA, Nambiar R, Longi AA, Alexander G. Phytobezoar- Induced jejunal Obstruction in an Elderly Male With Multiple Comorbidities. *Cureus* 2026; 18(3): e105285.
16. León-Montañés R, Gutiérrez-Domingo I, Alcívar-Vásquez JM, V, Moreno-García I, López-Ruiz T, Márquez Galán JL. Diagnóstico de Fitobezoar yeyunal mediante enteroscopia de pulsión. *RAPD Online* 2013: 36(3): 309-12.
17. Rodríguez GJ, Kobus GV, Téllez GI, Pérez BG. Obstrucción intestinal por fitobezoar en una paciente con bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux: Reporte de un caso. *Rev Cir* 2019; 71(4).
18. Lu BY, Zeng ZY, Zhang DJ. Successful treatment of small bowel phytobezoar using double balloon enterolithotripsy combined with sequential catharsis: A case report. *World J Radiol* 2024; 16(11): 683-8.
19. Aryannezhad S, Sadeghian Y, Shapoori P, Valizadeh M, Barzin M. A rare case report of late- onset phytobezoar formation following laparoscopic sleeve gastrectomy: delayed redo bariatric surgery. *BMC Surgery* 2021; 21(1):254.
20. Esfandiary Rad AM, Malekzadeh MM. Troublesome Weight Loss: A Case Report of Large Gastric Phytobezoar. *Middle East Dig Dis* 2024; 16(3):193-5.
21. Jang JO, Choi CW, Ryu DG, Park SB, Kim SJ. Clinical Outcomes of Patients With Gastric Phytobezoars: Implication of Drinking Carbonated Beverages as a Tretament. *Korean J Helicobacter Up Gastrointest Res* 2024; 24(3): 259-66.
22. Gomez-Corral J, Niño-Rojo C, De la Fuente-Olmos R. Bowel Obstruction: signs indicating the need for urgent surgery. *Radiología (Engl Ed)* 2022; 65(Suppl 1): S92-S98.
23. Kosmidis CS, Mystakidou CM, Varsamis N, Koulouris C, Sevva C, Papadopoulou K, *et al.* Phytobezoar-Induced Mechanical Ileus and incipient intussusception: A Case Report. *Medicina* 2023; 59(7): 1227.