



## Gastroparesia postraumática como causa infrecuente de bezoar gástrico

Júlia Morata Alba

Recibido: 14-marzo-2026

Aceptado: 15-abril-2026

Publicado en Internet:  
30-junio-2026

Júlia Morata Alba:  
juliamorataalba@gmail.com

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Lluís Alcanyís. Xàtiva. Valencia. España.

**Palabras clave:**

- Ecografía
- Traumatismo abdominal

**Resumen**

Un traumatismo abdominal causado por una caída con impacto abdominal o golpe contra el manillar de una bicicleta puede ocasionar desde lesiones leves, como una contusión leve en la pared abdominal, hasta lesiones internas graves.

Se presenta el caso de un niño de 8 años de edad con dolor abdominal y sensación de plenitud gástrica tras sufrir una caída y un golpe con el manillar de la bicicleta, sin otra clínica acompañante. La exploración clínica y las pruebas de imagen fueron claves para el diagnóstico.

### Post-traumatic gastroparesis as an uncommon cause of gastric bezoar

**Key words:**

- Abdominal trauma
- Ultrasound

**Abstract**

Abdominal trauma caused by a fall with abdominal impact or a blow against bicycle handlebars can result in injuries ranging from minor, such as a slight abdominal wall contusion, to severe internal injuries.

We present the case of a boy aged 8 years with abdominal pain and perceived gastric fullness after falling and hitting the bicycle handlebars. There were no other symptoms. The findings of the examination and imaging tests were key to the diagnosis.

## INTRODUCCIÓN

Un traumatismo abdominal causado por una caída con impacto en la región abdominal o traumatismo directo con objeto punzante, como el manillar de una bicicleta, puede ocasionar desde lesiones leves tipo contusiones en pared abdominal (dolor y hematomas), hasta sangrados internos y lesiones graves de órganos como el hígado, el bazo, los riñones o los intestinos.

Los síntomas y signos de alarma en la exploración son: dolor abdominal (leve o intenso), distensión

abdominal, palpación abdominal dura y dolorosa, molestias abdominales que empeoran con el movimiento y la respiración, hematomas o marcas en pared abdominal, mareo o debilidad, náuseas, vómitos y palidez cutáneo-mucosa.

Ante un traumatismo abdominal en Pediatría, se debe realizar un adecuado abordaje diagnóstico que incluya: evaluación primaria (ABCDE); historia clínica; exploración clínica detallada; pruebas complementarias (hemograma, coagulación, función renal, electrolitos y amilasa) y pruebas de imagen (radiografía, ecografía y tomografía computarizada [TC] de abdomen con contraste).

**Cómo citar este artículo:** Morata Alba J. Gastroparesia postraumática como causa infrecuente de bezoar gástrico. Rev Pediatr Aten Primaria. 2026;28:203-7. <https://doi.org/10.60147/977a2656>

## CASO CLÍNICO

Niño de 8 años de edad que consultó en urgencias por dolor abdominal y sensación de plenitud gástrica tras sufrir un traumatismo abdominal con el manillar de una bicicleta ocurrido varias horas antes. Asociaba náuseas, sin vómitos y sin otra clínica referida. Sin antecedentes personales ni familiares de interés. Su última deposición, de características normales, fue el día previo. Mantenimiento de una dieta habitual rica en frutas (principalmente manzana y ciruela), verduras y avena.

A la exploración, presentaba un triángulo de evaluación pediátrica (TEP) estable, con discreta palidez cutánea pero no de mucosas, y estabilidad hemodinámica. La evaluación primaria (ABCDE) resultó normal, salvo por una molestia difusa a la palpación abdominal. En la región centroabdominal, se objetivó una escoriación superficial de 5 cm de longitud sin sangrado activo. El abdomen se encontraba blando, depresible y no distendido, sin timpanismo a la percusión. Se evidenció una molestia difusa a la palpación, predominantemente en mesogastrio, epigastrio e hipocondrio izquierdo, donde se palpaba una dudosa masa firme. Las maniobras apendiculares fueron negativas.

Se solicitaron pruebas complementarias para ampliar el estudio. El estudio analítico con hemograma, coagulación, electrolitos y función renal resultó normal. La radiografía de abdomen objetivó una masa en el interior de la cámara gástrica, heterogénea, con aire en su interior (**Figura 1**). Esta imagen atípica en la cámara gástrica planteó dudas diagnósticas. Ante estas imágenes y el antecedente de traumatismo se completó el estudio con una tomografía computarizada (TC) abdominal urgente con contraste. El TC mostró una masa intraluminal bien delimitada, de densidad heterogénea, con patrón moteado y aire en su interior, sin realce tras la administración de contraste (**Figura 2**).

El estudio de imagen hizo sospechar un diagnóstico de bezoar gástrico secundario a gastroparesia, una alteración de la motilidad gástrica postraumática. Al ingreso, se pautó dieta absoluta, analgesia y fluidoterapia intravenosa según necesidades

**Figura 1.** Gastroparesia. Radiografía de abdomen (cámara gástrica con contenido intraluminal y aire atrapado)



basales. El paciente se mantuvo hemodinámicamente estable en todo momento, sin signos de anemia ni empeoramiento clínico, aunque persistieron las náuseas y la sensación de plenitud gástrica. Transcurridas 12 horas, la exploración física no mostró cambios y la radiografía evidenció la persistencia de la imagen heterogénea con aire en su interior. Ante estos hallazgos, se realizó una gastroscopia que confirmó la acumulación de material

**Figura 2.** Gastroparesia. Tomografía computarizada de abdomen (cámara gástrica con contenido intraluminal heterogéneo y aire atrapado)



alimentario compacto y sólido en el estómago. El procedimiento, además de diagnóstico, fue terapéutico, lográndose la extracción completa del material.

## DISCUSIÓN

La primera sospecha diagnóstica ante un traumatismo abdominal con impacto con el manillar de una bicicleta es la lesión de víscera abdominal. Este diagnóstico puede ser grave y precisa un diagnóstico precoz para poder realizar el tratamiento oportuno lo antes posible, siendo urgente en algunos casos.

Como siempre en medicina, la anamnesis y la exploración clínica son el primer y principal paso en el proceso diagnóstico del paciente, pero no debemos olvidar que las pruebas de imagen son pruebas complementarias que ayudan en el diagnóstico diferencial, como en el caso descrito.

La primera sospecha diagnóstica en el paciente fue la de lesión de víscera abdominal, pero las pruebas de imagen complementarias nos hicieron plantear otros diagnósticos, dado el hallazgo de una imagen atípica con contenido intraluminal en cámara gástrica y aire atrapado en su interior.

Existen numerosas publicaciones en relación con el caso descrito. Sato *et al.*<sup>1</sup> publicaron en 2005 una serie de casos y su publicación fue útil para estudiar las etiologías de lesiones intragástricas (trauma, coagulopatía, iatrogenia).

Igualmente, Horton *et al.*<sup>2</sup> ya en 2003 publicaron el diagnóstico diferencial radiológico entre bezoar y coágulo, tumor o hematoma. Similar al caso descrito.

Gore *et al.*<sup>3</sup> en 2015 presentaron una extensa publicación sobre masas intraluminales y lesiones hemorrágicas gastrointestinales que ayudaron en el diagnóstico diferencial de lesiones abdominales. En 2021 fueron Adam *et al.*<sup>4</sup> quienes publicaron un manual estándar sobre el enfoque sistemático en la imagen abdominal.

Las pruebas de imagen para el diagnóstico en un traumatismo abdominal incluyen radiografía,

ecografía y TC abdominal con contraste<sup>2,4</sup>. Hay que destacar que, en caso de duda diagnóstica y con el paciente estable, el TC es la técnica de imagen más útil.

Según la bibliografía<sup>1-4</sup>, ante una imagen atípica en la cámara gástrica —especialmente con el antecedente de un traumatismo previo—, se debe realizar el diagnóstico diferencial con el contenido intraluminal no patológico. Este último es una causa frecuente de confusión, ya que los alimentos parcialmente digeridos o los coágulos sanguíneos postraumáticos pueden simular una masa. No obstante, cabe destacar que estos elementos no patológicos suelen cambiar de posición con los movimientos del paciente, carecen de vascularización y presentan un aspecto heterogéneo sin delimitar una masa bien definida. En nuestro caso, el material heterogéneo detectado no modificaba su posición y persistía horas más tarde.

En Pediatría no se debe olvidar la posibilidad de un cuerpo extraño ingerido<sup>4</sup>; sin embargo, en el escenario descrito esta opción era poco probable debido a la historia clínica y a la ausencia de una morfología definida en el material intragástrico.

Otras entidades consideradas en el diagnóstico diferencial inicial fueron el hematoma intraluminal y el cáncer gástrico. Este último se consideró sumamente improbable debido a su baja incidencia en la edad pediátrica y a sus características radiológicas típicas, ya que suele asociar engrosamiento de la pared gástrica —en lugar de una masa libre— y realce tras la administración de contraste intravenoso; hallazgos que no estaban presentes en nuestro paciente.

Dentro del cáncer gástrico en Pediatría<sup>2</sup>, hay que destacar el linfoma, los tumores mesenquimales y el adenocarcinoma gástrico, siendo este último el tipo más frecuente de cáncer de estómago (90-95% de los casos). Se origina en las células glandulares de la mucosa gástrica que producen moco y otras secreciones. La clínica básica es el dolor en la parte superior del abdomen, acompañada de pérdida de peso, falta de apetito, vómitos, sensación de plenitud y sangrado digestivo, clínica que no presentaba el caso descrito.

Dado el antecedente de traumatismo abdominal con objeto contundente, el hematoma intraluminal<sup>1-4</sup> también fue otra opción diagnóstica a tener en cuenta en nuestro caso. El hematoma intraluminal es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal alta y está causado por traumatismos abdominales cerrados (bicicleta, accidentes, maltrato), como nuestro caso, o bien por procedimientos como endoscopias. El diagnóstico se realiza mediante TC y el tratamiento suele ser conservador. Los hematomas intragástricos muestran imágenes hiperdensas y homogéneas en el TC, no captan contraste, pueden variar con el tiempo y no suelen presentar aire en su interior, dato importante para el diagnóstico de este caso en concreto.

En el paciente referido, con antecedente de traumatismo abdominal y descartando –por la imagen del TC abdominal obtenida– otras posibilidades diagnósticas, quedaba como diagnóstico de sospecha el bezoar gástrico. El caso descrito es similar a otros de la literatura<sup>5-8</sup>.

Como se indica en la bibliografía<sup>2-4,9</sup>, el bezoar gástrico es una masa compacta de material ingerido, no digerido, que se acumula en el estómago. Su formación está estrechamente relacionada con la alteración en la motilidad gástrica y con factores que favorecen la acumulación de materiales con resistencia a ser digeridos, como fibras vegetales, cabello o medicamentos<sup>9</sup>. La disminución de la contracción muscular gástrica reduce el movimiento y la mezcla del contenido, facilitando la cohesión y compactación del material ingerido. Existen varios tipos de bezoar según el material del que esté formado: tricobezoar (pelo), fitobezoar (material vegetal)<sup>9</sup>.

Los bezoares se diagnostican por la historia clínica (traumatismo, cirugía previa que altere la motilidad gástrica o pacientes con tendencia a la ingesta de fibras insolubles o que por alteración de su comportamiento tienen tendencia a la ingesta de materiales no nutritivos); por la clínica (sensación de plenitud gástrica, náuseas, vómitos, dolor, epigastralgia, distensión o masa abdominal y pérdida de peso en los casos prolongados en el tiempo); con ayuda de pruebas de imagen, como radiografía,

ecografía y TC abdominal (masa intraluminal bien definida, patrón heterogéneo, moteado con aire en su interior, sin realce tras contraste y que persiste en el tiempo con el ayuno y los cambios de postura) y se confirman con la endoscopia (gastrosco-pia), que es a su vez diagnóstica y terapéutica si es posible la fragmentación y extracción del material acumulado<sup>2,4,5-8</sup>.

En nuestro paciente, la disminución de la contracción muscular gástrica, debida a la gastroparesia ocasionada por el traumatismo abdominal, pudo ser un factor predisponente para la formación del bezoar, también justificado en la bibliografía consultada<sup>5-8</sup>. Cabe destacar que la dieta del paciente era rica en fibra insoluble (avena como cereal integral, verduras y frutas tipo manzana), lo que también pudo favorecer la formación de esta masa compacta intraluminal.

Así pues, Ladas *et al.*<sup>5</sup> ofrecieron en 2002 una revisión general sobre los tipos de bezoares, sus causas y tratamientos incluyendo la asociación con trastornos de motilidad como la gastroparesia descrita en nuestro caso. En 2013 Camilleri *et al.*<sup>6</sup> publicaron una guía clínica que abordaba la etiología, el diagnóstico y el manejo de la gastroparesia, en la que mencionaban complicaciones como bezoares secundarios a retraso en el vaciamiento gástrico.

La revisión que publicó Iwamuro<sup>7</sup> en 2015 cubría los aspectos diagnósticos y terapéuticos de los bezoares, haciendo también referencia a factores predisponentes, como la gastroparesia descrita en nuestro paciente. En 2021 Kumar<sup>8</sup> reportó un caso que ejemplificó la relación directa entre gastroparesia postraumática y desarrollo de bezoar gástrico.

Finalmente, fue Miller<sup>9</sup> en 2020 quien publicó una revisión clínica sobre el diagnóstico, la etiología y la fisiopatología de los bezoares en el tracto digestivo.

## CONCLUSIONES

La anamnesis y la exploración física constituyen los pilares fundamentales de la práctica médica y el punto de partida del proceso diagnóstico; no

obstante, las pruebas de imagen representan herramientas complementarias esenciales en determinados escenarios.

En Pediatría, el traumatismo abdominal exige priorizar la estabilización del paciente mediante la evaluación primaria (ABCDE), complementada con una anamnesis rigurosa, un examen clínico detallado y los estudios analíticos pertinentes (hemograma, coagulación, función renal, electrolitos y amilasa), así como pruebas de imagen (radiografía, ecografía y TC abdominal con contraste).

Ante hallazgos atípicos en el contexto de un trauma, es crucial ampliar el diagnóstico diferencial, ya que diversas entidades pueden simular masas o lesiones intragástricas. Dado que las lesiones gástricas traumáticas aisladas son excepcionales, la presencia de una imagen intraluminal atípica obliga a considerar alternativas diagnósticas alternativas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sato M, Ishida H, Konno K, Hamashima Y, Naganuma H, Komatsuda T. Gastric intramural hematoma: a rare entity. *Abdom Imaging*. 2005;30(6):703-5. <https://doi.org/10.1007/s00261-004-0275-6>
2. Horton KM, Fishman EK. CT features of intraluminal gastric masses. *Radiographics*. 2003;23(1):93-110. <https://doi.org/10.1148/rg.231025085>
3. Gore RM, Levine MS. *Textbook of Gastrointestinal Radiology*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier; 2015.
4. Adam A, Dixon AK, Gillard JH, Schaefer-Prokop CM (eds.). *Grainger & Allison's Diagnostic Radiology*. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier; 2021.
5. Ladas SD, Kamberoglou D, Karamanolis G, Vlachogiannakos J, Zouboulis-Vafiadis I. Gastrointestinal bezoars: classification, pathophysiology and treatment. *Dia Dis Sci*. 2002;47(5):984-9. <https://doi.org/10.1023/1:1014930122796>
6. Camilleri M, Parkman HP, Shafi MA, Abell TL, Gerson I. Clinical guideline: management of gastroparesis. *Am J Gastroenterol*. 2013;108(1):18-37. <https://doi.org/10.1038/ajg.2012.373>
7. Iwamuro M, Okada H, Matsueda K, Inaba T, Kusumoto C, Imagawa A, Yamamoto K. Review of the diagnosis and management of gastrointestinal bezoars. *World J Gastrointest Endosc*. 2015;7(4):336-45. <https://doi.org/10.4253/wjge.v7.i4.336>
8. Kumar A, Ray S, selvarajan SK, Pal A. Post-traumatic gastroparesis: an unusual cause of gastric bezoar formation in a Young adult. *BMJ Case Rep*. 2021;14(7):e242517. <https://doi.org/10.1136/bcr-2021-242517>
9. Miller RE, Cietak KA, Cotten SW. Gastric Bezoars. *Gastroenterol Clin North Am*. 2020;49(1):67-77.

## CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

## RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

La autora confirma que tiene el consentimiento de los padres/tutores para publicar información de su hijo/a.

## ABREVIATURAS

TC: tomografía computarizada • TEP: triángulo de evaluación pediátrica.