

Tricobezoar gástrico: manifestación tardía de un trastorno de la conducta en la infancia

Gastric trichobezoar: late manifestation of a behavioral disorder in childhood.

Sebastián Forero Amézquita, Sofía Atuesta Escobar, Carolina Prieto Soler, Luis Gustavo Celis

Resumen

INTRODUCCIÓN: El tricobezoar es una masa de pelo indigestible atrapada principalmente en el estómago, que puede producir síntomas y presenta un examen físico inespecífico. Está relacionado con la tricotilomanía y la tricofagia. El diagnóstico se realiza mediante endoscopia o imágenes, siendo la tomografía contrastada de abdomen el método de elección. Aunque existen diferentes opciones terapéuticas, los tricobezoares suelen ser resistentes al manejo médico y endoscópico, por lo que la resección quirúrgica es el manejo de elección.

PRESENTACIÓN DE CASO: Paciente femenina adolescente de 15 años, con antecedente de tricofagia entre los 4 y 8 años, con cuadro clínico de masa epigástrica y dolor abdominal. Días previos presentaba dolor abdominal epigástrico y cambios en las evacuaciones de forma intermitente, con sensación de masa móvil al examen físico, y hallazgo de masa gástrica sugestiva de tricobezoar de forma incidental. Se realizó la extracción completa de la masa por laparotomía mediana supraumbilical y gastrostomía abierta sin complicaciones. El reporte de patología informó fragmento cubierto de pelo que mantiene la forma del estómago de material no procesable.

CONCLUSIÓN: El tricobezoar puede causar diversos síntomas y complicaciones potencialmente fatales y aunque se trata de una condición poco frecuente, debe considerarse en pacientes con dolor abdominal y antecedente de tricotilomanía y tricofagia. A menudo son resistentes al tratamiento médico y endoscópico, por lo que la cirugía es el manejo de elección en la mayoría de los casos, acompañado de tratamiento psiquiátrico a largo plazo para prevenir su recurrencia.

PALABRAS CLAVE: Tricobezoar gástrico, dolor abdominal, población pediátrica, tricotilomanía, tricofagia, masa indigestible.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Trichobezoar is a mass of indigestible hair trapped mainly in the stomach, which can produce symptoms and presents a nonspecific physical examination. It is related to trichotillomania and trichophagia. The diagnosis is made through endoscopy or imaging, with contrast-enhanced abdominal tomography being the method of choice. Although there are different therapeutic options, trichobezoars are usually resistant to medical and endoscopic management, so surgical resection is the management of choice.

CASE PRESENTATION: The case of a 15-year-old female adolescent patient is presented, with a history of trichophagia between the ages of 4 and 8, with a clinical picture of epigastric mass and abdominal pain. Previously, she presented epigastric abdominal pain and changes in bowel movements intermittently, with a sensation of a mobile mass on physical examination, and an incidental finding of a gastric mass suggestive of trichobezoar. Complete removal of the mass was performed by supraumbilical median laparotomy and open gastrostomy without complications. The pathology report reported a hair-covered fragment that maintains the shape of the stomach of non-processable material.

Semillero de Investigación Terapia Celular y Metabolismo, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía, Cundinamarca, Colombia.

Recibido: 12 de octubre de 2023

Aceptado: 08 de abril de 2024

Correspondencia

Sebastián Forero Amézquita
sebastianfoam@unisabana.edu.co

Este artículo debe citarse como: Forero Amézquita S, Atuesta Escobar S, Prieto Soler C, Gustavo Celis L. Tricobezoar gástrico: manifestación tardía de un trastorno de la conducta en la infancia. Acta Pediatr Méx 2025; 46 (1): 97-102.

CONCLUSION: Trichobezoar can cause various symptoms and potentially fatal complications and although it is a rare condition, it should be considered in patients with abdominal pain and a history of trichotillomania and trichophagia. They are often resistant to medical and endoscopic treatment, so surgery is the management of choice in most cases, accompanied by long-term psychiatric treatment to prevent recurrence.

KEYWORDS: Gastric trichobezoar, abdominal pain, pediatric population, trichotillomania, trichophagia, indigestible mass.

INTRODUCCIÓN

El tricobezoar es una masa resultante de la acumulación de pelo en el tracto gastrointestinal, especialmente en el estómago^{1,2}, en pacientes con antecedente de tricotilomanía y tricofagia^{1,3}. Suele ser asintomática, pero en casos donde la masa es de gran tamaño puede generar dolor abdominal, entre otros síntomas y solo alrededor del 1% de los casos, requieren intervención quirúrgica para su resección^{2,3,4}. En este artículo se presenta el caso de una paciente femenina de 15 años con antecedente de tricotilomanía y tricofagia en la infancia, que cursa con dolor abdominal, en quien se diagnostica tricobezoar gástrico y se realiza la resección quirúrgica sin complicaciones.

CASO CLÍNICO

Adolescente femenina de 15 años, sin antecedentes de importancia, quien cursó con tricofagia sin patrón específico en la infancia desde los 4 hasta los 8 años, sin persistencia de esta conducta actualmente y sin otros antecedentes de importancia.

8 meses previos al ingreso se documentó masa gástrica (tricobezoar) con efecto obstructivo parcial en tomografía computarizada de abdo-

men con contraste, asociado a dolor abdominal epigástrico y cambios en las evacuaciones de forma intermitente. Consultó al servicio de urgencias por exacerbación del dolor en hemiabdomen superior de un día de evolución sin otros síntomas asociados y sin respuesta al manejo analgésico no esteroideo. Al examen físico paciente se encontraba clínicamente estable con signos vitales de tensión arterial 115/62 mmHg, frecuencia cardíaca de 76 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 14 respiraciones por minuto, temperatura de 36.3 grados centígrados, saturación de oxígeno del 95%, peso de 58 kg, talla de 1.60 m, IMC 22, abdomen con dolor a la palpación de epigastrio y sensación de masa móvil, sin signos de irritación peritoneal. Paraclínicos reportados en el **cuadro 1**. Además de hemograma con leucocitosis y neutrofilia, sin anemia, sin alteraciones plaquetarias y glucometría en 54 mg/dL.

Es valorada por cirugía pediátrica quienes consideran se beneficia de manejo quirúrgico y programan la realización de laparotomía exploratoria. Se realizó laparotomía mediana supraumbilical y gastrostomía abierta con extracción completa de cuerpo extraño (tricobezoar) de 30x15 cm con forma del estómago y se envió a patología (**Figura 1**). Se dejó sonda nasogástrica a libre drenaje, manejo analgésico y manejo anti-

Cuadro 1. Paraclínicos proporcionados por la paciente

Paraclínico	Fecha	Resultado
TC abdomen contrastado	04/01/2020	Masa de 7x20x5 cm ubicada al interior de la cámara gástrica, desde la cúpula hasta el antro. Bezoar con efecto obstructivo parcial al tracto de salida del estómago. Compresión de hilio hepático (leve dilatación de vía biliar intra-hepática). Sugerencia de neumobilia extrahepática escasa.
Ecografía de abdomen	27/08/2020	A nivel epigástrico masa con calcificación hacia la pared anterior que impresora media de 64 x 44 mm sin ganancia al Doppler. Hallazgos de tricobezoar.
Hemograma y glucometría	28/08/2023	Leucocitos 22.250, neutrófilos 88%, linfocitos 9%, hemoglobina 15, hematocrito 40, plaquetas 236.000, glucometría 54 mg/dL
Hemograma y electrolitos	29/08/2023	Leucocitos 12.780, neutrófilos 87%, linfocitos 13%, hemoglobina 13.7, hematocrito 40, plaquetas 231.000, sodio 135, potasio 3.7, cloro 110.5, glucometría 54 mg/dL

**Figura 1.** Cuerpo extraño extraído por laparotomía.

La paciente cursó con adecuada evolución postoperatoria, escaso drenaje por sonda nasogástrica de características biliosas y signos presentes de tránsito intestinal. Con posterior inicio de dieta, progresando hasta la ingesta de líquidos y sólidos con adecuada tolerancia.

Dos semanas después, la paciente asistió a control posoperatorio por cirugía pediátrica, el reporte de patología indicó fragmento cubierto de pelo que toma la forma del estómago de 20x14x12 cm considerando material no procesable. Al examen físico la cicatriz se encuentra en buen estado, sin signos de irritación peritoneal. Por adecuada evolución clínica dan de alta por cirugía pediátrica.

DISCUSIÓN

biótico profiláctico. Se solicitó nueva bioquímica sanguínea con marcada disminución de leucocitosis, persistencia de neutrofilia con disminución de la hemoglobina sin anemia, sin alteraciones plaquetarias, sin trastornos hidroelectrolíticos y glucometría en 78 mg/dL.

Es valorada por psiquiatría y psicología por antecedente de tricofagia y tricotilomanía en la infancia en remisión aparente, actualmente sin cambios comportamentales o afectivos, sin requerimiento de intervenciones adicionales.

Se conoce como bezoar a una masa resultante de la acumulación de material no digerible en el tracto gastrointestinal, especialmente en el estómago^{1,2}. Estas se pueden clasificar dependiendo de su composición, algunas de ellas son: fitobezoar (fibra de vegetales, frutas o semillas), tricobezoar (pelo), lactobezoar (proteína de la leche), farmacobezoar (medicamentos, especialmente de liberación prolongada), entre otros^{2,5}. En el caso del tricobezoar, aunque es poco frecuente, se puede extender hasta el intestino, lo que se conoce como el síndrome de Rapunzel¹.

En la población general la incidencia es variable, sin embargo, se considera una entidad poco frecuente⁴ y se han identificado como factores de riesgo cualquier condición que comprometa la motilidad gastrointestinal y retrase el vaciamiento gástrico, por ejemplo, diabetes mellitus, hipotiroidismo, esclerodermia, amiloidosis gastrointestinal, entre otras^{2,3,4}, además de la masticación ineficaz y el consumo insuficiente de líquidos³.

La mayoría de los casos se han documentado en mujeres jóvenes y adolescentes con historia de enfermedades neuropsiquiátricas que cursan con pica y en adultos con antecedente de cirugía gástrica, alteraciones anatómicas y gastroparesis^{2,3}. En el caso particular del tricobezoar, está directamente relacionado con la tricotilomanía y tricofagia^{1,3}, aunque estas se diagnostican solo en 1/3 de los pacientes y de éstos, solo el 1% presenta síntomas que requieren manejo quirúrgico^{1,4}, como fue el caso de esta paciente.

La incidencia de bezoares en la población pediátrica es desconocida y en una revisión retrospectiva de una serie de 30 casos realizada por Shah y colaboradores en el 2021⁵, entre el 2008 y el 2019 en el Hospital Infantil Memorial Hermann de la Universidad de Texas, Estados Unidos, se encontró que en la mayoría de los casos hay una condición gastrointestinal de base como síndrome de intestino irritable, enfermedad celíaca, duodenitis o esofagitis eosinofílica⁵.

La mayoría de los casos suelen ser asintomáticos y cuando los síntomas aparecen, dependen de la elasticidad del estómago, el tamaño de la masa y la asociación con complicaciones como ulceración y necrosis por presión, sangrado gastrointestinal, obstrucción intestinal y biliar, intususcepción, peritonitis, perforación, entre otras^{2,4,6,7}. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal en el cuadrante superior izquierdo (70% de los casos)^{7,8}, náuseas y vómito, halitosis, saciedad temprana, inapetencia, dispepsia y

pérdida de peso^{2,3,5}. Y suele manifestarse poco tiempo después del inicio del trastorno de la conducta, a diferencia de nuestro caso, en que la paciente presenta síntomas 7 años después de la resolución de la tricotilomanía y la tricofagia. El examen físico suele ser inespecífico, aunque en casos de masas de gran tamaño es posible su palpación a nivel abdominal^{2,3,5}.

El diagnóstico se puede realizar de forma endoscópica o imagenológica^{2,4}. La endoscopia de vías digestivas altas, que también puede ser terapéutica en algunos casos^{4,8}, permite la visualización de la masa gástrica de características variables, que en el caso de tricobezoar, es una masa de color negro por la desintegración proteica⁶. Sin embargo, los bezoares son un hallazgo endoscópico raro, con una prevalencia de 0.4 a 0.6%⁹.

Por otra parte, hay diferentes estudios imagenológicos que se pueden realizar, como la radiografía simple de abdomen, estudios con bario y la ecografía abdominal⁶. Sin embargo, el estudio de elección es la tomografía computarizada (TC) de abdomen contrastada, que tiene una sensibilidad de hasta el 90%, una especificidad de hasta el 60% y permite hacer diagnósticos diferenciales, detectar complicaciones y hacer planeación quirúrgica^{4,6}. La resonancia magnética no ha demostrado ser útil por la densidad del material del tricobezoar⁶.

Se han descrito diferentes opciones de tratamiento dependiendo del tipo, localización y tamaño del bezoar^{4,5}. El manejo médico, que ha sido descrito principalmente en fitobezoares, consiste en el uso de sustancias que ablandan y disuelven la masa como procinéticos (metoclopramida), enzimas (papaina, celulasa, pancreatina, lipasa pancreática) e irrigaciones con Coca-Cola,^{2-4,6} sin embargo, se considera que los tricobezoares son resistentes a este método.

La siguiente opción, es la extracción por vía endoscópica, que se puede realizar asociada a

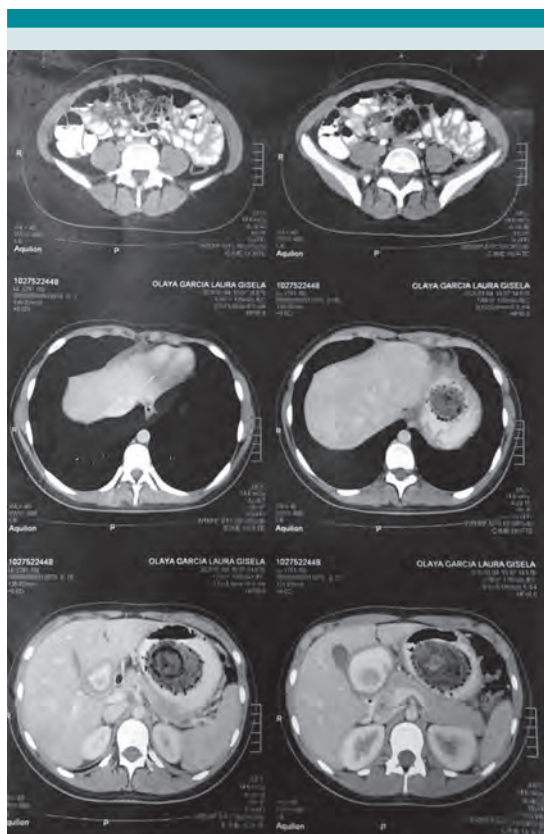


Figura 2. TC de abdomen contrastada.

manejo médico previo¹⁰, sin un consenso sobre la mejor técnica para la desintegración de la masa^{2,5}. Al igual que con el manejo médico, los tricobezoar suelen ser resistentes a este método al ser masas muy compactas y de gran tamaño, por lo que requieren manejo quirúrgico^{1,4}, como fue el caso de esta paciente.

Por último, está la intervención quirúrgica ya sea por laparoscopia o laparotomía^{2,5}. Esta opción se considera cuando se trata de un tricobezoar⁹, una masa de gran tamaño, cuando hay complicaciones y cuando los otros métodos empleados no han sido exitosos^{3,4}. Aunque la extracción no es difícil, existe el riesgo de peritonitis debido a la contaminación de la cavidad peritoneal por

bacterias aerobias y anaerobias⁷, por lo que se recomienda una correcta técnica de aislamiento del campo quirúrgico, además del uso de ropa operatoria estéril, el lavado de manos, la antisepsia de la piel, un adecuado control glucémico, térmico y volémico del paciente y la irrigación de la herida quirúrgica, así como el cambio del material quirúrgico antes del cierre de las heridas en cirugía limpia-contaminada, contaminada y sucia; y cambio de guantes en caso de contaminación o perforación. Se han descrito otras alternativas quirúrgicas, como cirugía cooperativa laparoscópica y endoscópica, pero esta ha sido realizada en muy pocos casos⁴.

En nuestro caso, se definió la conducta con la TC de abdomen contrastada y la ecografía de abdomen, y se llevó a la paciente a laparotomía exploratoria debido al tamaño de la masa con adecuada evolución clínica.

Finalmente, en el caso de los tricobezoares, adicional a la extracción de la masa, es fundamental un manejo y seguimiento psiquiátrico a largo plazo, asociado a recomendaciones en la dieta para prevenir su recurrencia^{2,3,8}.

CONCLUSIONES

Los tricobezoares son una causa poco conocida de síntomas abdominales crónicos y cuando no son diagnosticados oportunamente pueden dar lugar a serias complicaciones. Las manifestaciones clínicas se asocian a su tamaño, algunas potencialmente fatales; y debe considerarse como un diagnóstico diferencial en los casos en que se presenten dolor abdominal con antecedente de tricofagia y tricotilomanía. Los tricobezoares pueden llegar a ser resistentes al tratamiento médico y endoscópico, lo que nos indica que el manejo quirúrgico puede llegar a ser un método tanto diagnóstico como terapéutico. El acompañamiento por psiquiatría es fundamental para evitar recaídas.

REFERENCIAS

1. Ohnesorge S, Skari H, Zochowski K, Pekrun EM, Schistad O, Næss PA. Trichobezoar. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2020;140(17).
2. Khan S, Khan IA, Ullah K, Khan S, Wang X, Zhu LP, *et al*. Etiological aspects of intragastric bezoars and its associations to the gastric function implications: A case report and a literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(27).
3. Khan S, Jiang K, Zhu LP, Khan IA, Ullah K, Khan S, *et al*. Upper Gastrointestinal Manifestation of Bezoars and the Etiological Factors: A Literature Review. *Gastroenterol Res Pract*. 2019;2019:5698532.
4. Paschos KA, Chatzigeorgiadis A. Pathophysiological and clinical aspects of the diagnosis and treatment of bezoars. *Ann Gastroenterol*. 2019;32(3):224-232.
5. Shah M, Wan DQ, Liu Y, Rhoads JM. Gastric Bezoar: Retrieve it, Leave it, or Disbelieve it? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2021;72(2):e31-e36.
6. Barrows A, Vachon T, Campin RC, Ignacio RC Jr. Trichobezoars Detected and Treated Based on Plain Radiography. *Mil Med*. 2015;180:e1136–e1138.
7. Alvarado R, Uribe E, Gallego J. Tricobezoar. Presentación de dos casos. *Acta Pediatr Méx*. 2001;22(4):264-267.
8. Ocampo L, Cervantes R, Mata N, Zarate F, Ramírez J. Tricobezoar. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Acta Pediatr Méx*. 2003;24(3):194-197.
9. Ugenti I, Travaglio E, Lagouvardou E, Caputi Iambrenghi O, Martines G. Successful endoscopic treatment of gastric phytobezoar: a case report. *Int J Surg Case Rep*. 2017;37:45–47.
10. Maini A, John J. Trichobezoar requiring surgical intervention. *JAAPA*. 2018;31(9):32-34.