

Tricobezoar: Reporte de un caso

Trichobezoar: Report of one case

Dr. Héctor Manuel Rodríguez González, Dr. Alejandro Schleske Ruiz

Resumen

Objetivo: Describir el caso de una joven de 14 años, quien se presentó con dolor abdominal crónico en epigastrio, náuseas, vómito, saciedad inmediata y tumoración en epigastrio.

Diseño: Descripción de un caso clínico, en forma retrospectiva, de una paciente con dolor abdominal crónico en epigastrio.

Sitio: Hospital de tercer nivel de atención.

Descripción del caso: Adolescente femenina de 14 años quien acude por presentar dolor abdominal de 3 meses de evolución, náuseas, vómito, saciedad temprana, anorexia, pérdida de peso de 10 kg. A la exploración física se encontró de constitución delgada, palidez, alopecia, y el abdomen reveló una masa intraabdominal larga y curvilínea bien delimitada que ocupaba el epigastrio e hipocondrio izquierdo.

Conclusión: Los bezoares han sido reconocidos desde hace más de 200 años, en los niños son más frecuentes estos trastornos, el tricobezoar es más común en los grupos de edad pediátrica, y más del 90% ocurren en mujeres jóvenes menores de 20 años, el sexo masculino es raramente afectado. El tricobezoar se asocia frecuentemente con retraso mental, trastornos emocionales (tricotilomanía y tricofagia), la alopecia puede estar presente, y dolor abdominal o dolor en el epigastrio, náuseas, vómito y pérdida de peso. El dolor en el epigastrio o una masa en el cuadrante superior izquierdo palpable son sugestivos de tricobezoar, el cual requiere remoción quirúrgica, frecuentemente a través de una gastrostomía anterior y la intervención y manejo psiquiátrico es imperativo para prevenir la recurrencia.

Palabras clave: Bezoar, tricobezoar, tricotilomanía, tricofagia.

Cir Gen 2006; 28:113-117

Abstract

Objective: To describe the case of a 14-year-old female adolescent, who presented with chronic abdominal pain in the epigastrium, nausea, vomiting, immediate satiety, and a tumoral mass in the epigastrium.

Design: Description of a clinical case, retrospectively, of a female patient with chronic abdominal pain at the epigastrium.

Setting: Third level health care hospital.

Case description: Female adolescent, 14-year-old, who presents at the hospital with abdominal pain of 3 months evolution, nausea, vomiting, early satiety, anorexia, weight loss of 10 kg. Physical exploration revealed thin body constitution, pallor, alopecia. Abdominal exploration revealed the presence of a long, curvilinear, well-defined intra-abdominal mass, occupying the epigastric and left hypochondriac regions.

Conclusion: Bezoars have been known for more than 200 years. They are more common in children, and the trichobezoar is most common in the pediatric age; more than 90% occurring in young women (< 20 years); men are rarely affected. Trichobezoars are frequently associated with mental retardation, emotional disorders (trichotillomania and trichophagia), alopecia can be encountered, it presents with abdominal or epigastric pain, nausea, vomiting, and weight loss. Pain in the epigastrium or a palpable mass in the upper left quadrant are suggestive of trichobezoar, requiring surgical removal, through an anterior gastrostomy. Psychiatric intervention and management are imperative to avoid recurrence.

Key words: Bezoars, hair balls, trichobezoar, trichotillomania, trichophagia.

Cir Gen 2006; 28:113-117

Hospital Regional de Veracruz.

Recibido para publicación: 13 Septiembre 2005

Aceptado para publicación: 20 Noviembre 2005

Correspondencia: Dr. Héctor Manuel Rodríguez González Calle 2 Diamante Núm. 301 Frac. Joyas de Mocambo, Boca del Río, Ver. 94298 México
E-mail: rogohe@yahoo.com.mx, Tel. 2299098340

Introducción

El término bezoar es derivado del árabe “badzher” o del persa “panzeh,” que significa antídoto o contraveneno. Actualmente se aplica el término a concreciones de diversas substancias extrañas o diferentes pero incompletamente digeridas de materia fibrosa, encontradas más comúnmente en el estómago pero que han sido descritas en otras áreas del tracto gastrointestinal, como el intestino delgado, colon distal y recto del ser humano. Se han descrito cuatro tipos de bezoares: fitobezoar (material vegetal), tricobezoar (cabello); lacto-bezoar (leche); y misceláneos.¹ La enfermedad fue informada por Sushruta en la India en el siglo XII A.C., así como también por Charak en el siglo II y III AC. Baudomant describió por primera vez, en 1779, un tricobezoar, pero no fue sino hasta 1883 que se realizó el primer tratamiento quirúrgico por Schonborn. Bekey y Oschner, en 1939, recolectaron 303 casos en una amplia revisión de casos publicados y sólo 100 casos más fueron encontrados por Tondreau y Kirklin.²⁻⁴ De los bezoares, el más común es el tricobezoar, el cual consiste en gran cantidad de pelo aglomerado entre sí que llega a formar un molde perfecto del estómago o incluso de todo el intestino (síndrome de Rapunzel), descrito por Vaughn⁵ y reportado también por Fronstin⁶ quien reportó casos similares hasta el colon. El tricobezoar es una patología encontrada más frecuentemente en niños, particularmente mujeres (90%) y en menores de 20 años en el 80% de los casos. Si bien el tricobezoar es secundario a la ingestión de pelo en el 95% de las pacientes, se encuentran asociados con trastornos psiquiátricos o mentales manifiestos y se cree que, en el resto de los pacientes, la tricofagia es secundaria a un desajuste de su personalidad.

Descripción del caso

Mujer de 14 años, ama de casa, originaria y residente del puerto de Veracruz, quien acude al hospital por presentar dolor abdominal de 3 meses de evolución en forma intermitente, náuseas y vómito en ocasiones, pérdida de peso de 10 kg, así como por escasa ingestión de alimento por saciedad inmediata. Al revisarla el médico de la consulta le encuentra tumoración en epigastrio de consistencia dura bien delimitada e ingresa al hospital con diagnóstico de linfoma.

Menarca 11^a, Ritmo 28 x 4, IVSA 13 a G1, P1, C0 FUR 22 agosto 2005.

A la exploración física se encontró: paciente consciente, orientada en sus tres esferas, con alopecia (**Figura 1**), hidratada, palidez generalizada, constitución delgada con campos pulmonares bien ventilados, área cardíaca rítmica con FC de 80 por min., frecuencia respiratoria 20 por min., abdomen blando depresible, con masa abdominal en epigastrio e hipocondrio izquierdo bien delimitada, de consistencia dura, curvilínea, normoperistalsis, Von Blumberg negativo, se le pregunta si se come el pelo (tricotilomanía y tricofagia), negándolo la paciente, y refiere que sólo cuando tenía 10 años.

Ultrasonido a nivel gástrico, el cual reportó una sola tumoración, dependiente de estómago.

Se le realizó serie esofagogastrroduodenal bajo control fluoroscópico, encontrándose tránsito bucofaríngeo y faringeoesofágico satisfactorio, todos los diferentes segmentos del esófago distienden adecuadamente al paso del material de contraste baritado, no se logran identificar formaciones diverticulares, polipoideas, áreas de estenosis, ni depósitos de material baritado que sugieran ulceraciones. Estómago marcadamente distendido, con presencia en él de imagen sugestiva de masa intraluminal, que ocupa su totalidad, la cual con la interfase de material baritado presenta múltiples defectos de repleción; cabe recalcar que no hay engrosamiento de pared gástrica ni deformidad de la misma. Habiendo presencia de aire gástrico entre los hallazgos descritos. Existe paso del material de contraste baritado a marco duodenal, el cual es de características normales, con mismos cambios descritos previamente en su parte proximal. Conclusión: Los hallazgos descritos previamente en cámara gástrica son compatibles con bezoar (tricobezoar) (**Figura 2**).

Tomografía axial computarizada de abdomen en ambas fases (contraste oral así como intravenoso), desde la base de ambos hemidiafragmas hasta la síntesis del pubis, con cortes axiales transversos espaciados cada 0.5 a 10 mm con grosor de 0.5 mm. En el escanograma se aprecia opacidad parcial de cámara



Fig. 1. Zona de alopecia.



Fig. 2. Serie esofagogastroduodenal bajo control fluoroscópico.

gástrica, la cual se encuentra distendida con imágenes eco-lúcidas mezcladas con el medio de contraste oral hidrosoluble. Los hallazgos tomográficos son: imágenes sugestivas de masa intraluminal de anillos concéntricos de diferentes densidades, entre las cuales existe aire "atrapado", ocupando la totalidad de la cámara gástrica, sin que dependa de pared ni exista continuidad en la misma. No se identifica patología agregada aparente en hígado, vías biliares, páncreas, bazo, riñones, vejiga, etcétera. No existen ganglios presentes. No se identifican colecciones patológicas ni líquido de ascitis. Conclusión: Hallazgos descritos compatibles con bezoar (tricobezoar) (Figura 3).

Exámenes de laboratorio, biometría hemática completa: eritrocitos 3.99 g/dl, Hb. 8.3 g/dl Hto 26.5%, MCV 66fL (83 – 100), MCH 20.8 pg (27 – 32), MCHC 31.4 g/dl (31.5 – 34.5), RDW 16.7% (11.5 – 15.5), Plaquetas 268,000 8 150 – 450), MPV 8.9 fL (7.4 – 10.4), leucocitos 4.8, linfocitos 39.8%, monolitos 6.4%, neutrófilos 51.5%, eosinófilos 2.1, basófilos 0.2%.

Tp 14" (12 – 14), TpT 33" (26- 42), fibrinógeno 250 mg/dl (159 – 400), Na 140 mmol/l (136- 145), K 3.7 mmol/l (3.5- 5 mmol/l), Cl. 112 mmol/l (98- 106). Proteínas totales 6.1 g/dl. (6.8- 8.3), albúmina 3.5 g/dl (3.5 – 5), globulina 2.6 g/dl, (2.2 - 2.8) cociente A/G 1.3 g/dl



Fig. 3. Tomografía axial computarizada de abdomen.

(0.8- 1.2), B directa 0.0 mg/dl (0-0.2), B indirecta 0.4 mg/dl, (0.2 – 0.8), BT 0.4 mg/dl (0.2-1), AST 41 lu/l (10-42), ALT 37 IU/l (10-40), FA 138 IU/l (32-92), glucosa 75 mg/dl (70-105), urea 5 mg/dl (15- 35, creatinina 0.6 mg/dl (0.6 - 1.3).

Se realizó endoscopia, que reportó la presencia de cabello en esófago, estómago ocupado en su totalidad por el tricobezoar.

Se somete a laparotomía exploradora a través de una incisión media xifoumbilical, encontrándose todo el estómago en su exterior de consistencia lisa, ocupado: se realizó gastrotomía (Figura 4), encontrándose tricobezoar que ocupó todo el estómago en su totalidad, de aproximadamente 25 cm x 15 cm, el cual fue removido en forma intacta (Figura 5). La paciente evolucionó, en su postoperatorio, sin complicaciones y fue egresada a los 7 días. Se le manejó por psiquiatría y psicología del hospital, encontrándose con ansiedad desde los 6 años de edad, por violencia intrafamiliar y abandono de los padres, la cual manifestaba a través de tricotilomanía y tricofagia.

Discusión

Los bezoares son poco frecuentes y han sido reportados desde hace más de 200 años, el tricobezoar es la forma más frecuente en niños y se presenta en el 90% de mujeres menores de 20 años, el género masculino es raramente afectado. Se acompaña de trastornos emocionales, alteración de la conducta, tricotilomanía, tricofagia en un 50%, y de alopecia, que es una característica muy común en estos pacientes como en nuestra paciente. La tricotilomanía fue primeramente descrita en la literatura en 1889 y reconocida por la APA (American Psychiatric Association) como un trastorno en 1987,⁷ la prevalencia de la tricotilomanía es de 0.6% a 1.6% de acuerdo a los criterios de la DSM-IV. Entre los que sufren de tricotilomanía, sólo el 30% desarrollará tricofagia (es decir, comerán su cabello), y de éstos, sólo el 1% de los que comen su cabello alcanzará a requerir remoción quirúrgica. La superficie lisa del



Fig. 4. Gastrotomía observando tricobezoar que ocupó el estómago en su totalidad.



Fig. 5. Tricobezoar con forma del estómago.

cabello no permite que se propague con la peristalsis, así cuando el cabello es ingerido, es atrapado en la mucosa del estómago. Conforme el cabello se va sumando, la masa resultante causa que el estómago cese completamente la peristalsis.

El diagnóstico temprano depende de la perspicacia de asociar los datos clínicos y radiológicos con los factores de riesgo más prevalentes, género femenino, edad temprana, dismotilidad gástrica, trastornos psiquiátricos, retraso psicomotor. En los bezoares suele coexistir anemia hipocrómica secundaria a una úlcera, para otros por deficiencia de hierro.⁸ Puede aparecer dolor abdominal crónico frecuentemente en niños, en un 5%, el cual en 65% de estos episodios implican dolor de menos de 48 h de duración en epigastrio, niños con una historia de dolor abdominal recurrente, los cuales se presentan no raramente para evaluación de una exacerbación aguda y no es raro que estos pacientes posean una compleja y frecuente insatisfac-

ción diagnóstica así como en su manejo y cambian frecuentemente de médico. Las náuseas, vómito, saciedad temprana, plenitud postprandial con intolerancia progresiva a los sólidos, anorexia, anemia y desnutrición están presentes. Suele existir alteración del hábito intestinal, bien sea en forma de estreñimiento (suboclusión) o diarrea (mala absorción), hematemesis.⁹ La clínica en nuestro caso fue de náuseas, vómito, dolor abdominal con saciedad inmediata e intolerancia a los sólidos, halitosis. En la exploración física en todos los pacientes destaca la palidez cutáneo-mucosa, halitosis (estasis gástrica) y masa en epigastrio, dura, móvil, que a veces puede ser dolorosa. En nuestro caso se podía tocar la tumoración en epigastrio y región del hipocondrio izquierdo.

Se sospecha de la existencia de un tricobezoar por el cuadro clínico descrito previamente, también en los que tienen antecedente de cirugía gástrica previa, pica, alopecia. Las pruebas complementarias confirmarán el diagnóstico. El tricobezoar es casi imposible de diagnosticar en una placa simple.

En la radiografía simple de abdomen el bezoar aparecerá como una masa heterogénea moteada que puede ser confundida con un estómago lleno de comida. La administración del material de contraste como el bario (serie esofagogastrroduodenal) identifica la presencia de una masa intraluminal móvil apareciendo defectos de repleción, como se observó en nuestro estudio. El ultrasonido ha mostrado ser efectivo en el diagnóstico de los bezoares por arriba del 88% de los casos mostrando una " limpia" sombra acústica, la cual visualizará una masa sólida, sin embargo una masa calcificada, neuroblastoma, aneurismas, abscesos, o materia fecal pueden parecer similares en el ultrasonido. La ultrasonografía es descrita como una banda de aumentada ecogenicidad en la región del estómago con una pérdida completa de los ecos posteriores. Una tomografía axial computada abdominal con contraste ha sido diagnóstica en el 97% de los bezoares, apareciendo como un defecto de llenado, flotando libremente en el estómago. La tomografía computada de abdomen revela una masa intraluminal de anillos concéntricos de diferentes densidades con aire atrapado. La imagen de resonancia magnética también es útil. Por último, la confirmación endoscópica ofrece una ventaja de visualización directa y determinación de la composición material de los bezoares,¹⁰ confirmando el diagnóstico, y permite tomar muestras y confirmar si existen úlceras, la cual es útil en dirigir el manejo médico o quirúrgico.

La tricotilomanía está considerada como un trastorno del control del impulso. Puede existir en niños normales como un trastorno del hábito transitorio benigno, pero es frecuentemente acompañado por trastornos compulsivo-obsesivos, del humor, o trastorno de la ansiedad. El tratamiento está enfocado a modificar la conducta por medio de terapia de conducta cognitiva creando centros de terapia (como por ejemplo el "Trichotillomania Learning Center" en Santa Cruz, CA) y se ha observado que reduce los síntomas en un 33%. En caso de que exista un estado de depresión severa

y ansiedad está indicado el uso de clomipramina o fluoxetina. Las complicaciones más frecuentes son: por obstrucción intestinal por extensión del tricobezoar al intestino delgado¹¹ (síndrome de Rapunzel) o porque pequeños fragmentos que migran al intestino y se depositan en la válvula ileocecal. Otras complicaciones son la úlcera gástrica, hemorragia, perforación, peritonitis con significativa morbilidad y mortalidad, intususcepción y síndrome de mal-absorción por sobrecrecimiento bacteriano.⁹ En nuestro caso solamente se presentó la desnutrición. El índice de mortalidad está por arriba del 30% en los adultos.⁹

El tratamiento quirúrgico es el de elección y consiste en gastrotomía¹² y extracción del tricobezoar y debe acompañarse de tratamiento psiquiátrico.¹³ Consideramos que en caso de tratamiento quirúrgico, siempre hay que revisar el intestino delgado por si hubiese restos que pudieran posteriormente provocar un cuadro obstructivo y necrosis por presión.¹⁴ A veces es necesaria la prolongación de la incisión a la primera porción del duodeno, en caso de extensión del bezoar. En nuestro caso no hubo necesidad de ello, ya que estuvo localizado exclusivamente en el estómago.

Referencias

1. Sundaram B, Selvarajan N, Somu S, Kamalanathan AN. Tricobezoar. *Arch Dis Child* 2003; 88: 378.
2. Vera SDA, Geling de Alba G, Kuri OJA, Sandoval RJM. Tricobezoar recidivante informe de un caso. *Cir Gen* 2002; 24 (Supl 1): S66.
3. Mondragón RSP, Delgado CCA, Yáñez LA, Sifuentes BJH, Salinas VJC. Síndrome de Rapunzel. Nuevo reporte de una rara manifestación del Tricobezoar gástrico. *Cir Gen* 2004; 26 (Supl1): S75.
4. Guzmán OJD, Martínez LMS, Rosales MJ. Tricobezoar gástrico gigante. *Cir Gen* 2001; 23 (Supl 1): S140.
5. Vaughan ED Jr, Sawyers JL, Scott HW Jr. The Rapunzel syndrome. An unusual complication of intestinal bezoar. *Surgery* 1968; 63: 339-43.
6. Fronstin MH, Hutcheson JB. Trichobezoar as a cause of obstruction of the colon. *Am Surg* 1967; 33: 475-7.
7. Frey AS, Mc Kee M, King RA, Martin A. Hair Apparent: Rapunzel Syndrome. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 242-248.
8. Correa AMI, Serrano CA, Pimentel LJJ, Sanjuán RS. Bezoar gástrico. *Cir Pediatr* 2001; 14: 82-84.
9. Lynch KA, Feota PG, Guenther E. Gastric trichobezoar: an important cause of abdominal pain presenting to the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 2003; 19: 343-347.
10. Sesman BA, Martínez OJL, Sánchez FP, Blanco BR. Tricobezoar gástrico. Reporte de un caso. *Cir Gen* 2001; 23 (Supl 1): S140
11. Azizzadeh A, Moldovan S, Scout BG. Image of the month. Rapunzel syndrome. *Arch Surg* 2002; 137: 1443-44.
12. Lanoue JL, Arkovitz MS. Images in clinical medicine. Trichobezoar in a four-year-old girl. *N Engl J Med* 2003; 348: 1242.
13. Dillon PW. *Lesiones del estómago*. En: Ashcraft KW. Cirugía Pediátrica 3^a. Edición México, DF, McGraw-Hill Interamericana 2002 p. 421.
14. Ramadan N, Pandya NA, Bhaduri B. A Rapunzel with a difference. *Arch Dis Child* 2003; 88: 264.

