

Tricobezoar como causa de oclusión intestinal alta. Informe de un caso y revisión de la literatura

José Francisco Corona-Cruz,^a Raúl Sánchez-Lozada,^{a*} Noé Isaías Gracida-Mancilla,^a Antonio Palomeque-López^a y Gerardo Ricardo Vega Chavajé^b

^aServicio de Cirugía General, Hospital General de México, México D.F.

^bServicio de Cirugía General, Hospital General de Cuernavaca "Dr. José G. Parres", Cuernavaca, Morelos, México.

Recibido: 13 de octubre del 2004

aceptado: 6 de diciembre del 2004

RESUMEN

Antecedentes: Los tricobezoares son conglomerados de cabello ingerido por una persona. Se localizan en el estómago aunque se pueden extender hasta el intestino delgado. Son comunes en niños y adolescentes y 90% de los casos son mujeres. La obstrucción mecánica es una complicación ocasional, regularmente a nivel gástrico o en intestino delgado cuando el bezoar se extiende hasta ahí. El hallazgo de tricobezoares en intestino delgado sin componente gástrico es sumamente raro. Se reporta el primer caso de este tipo en nuestro país.

Presentación del caso: Paciente femenino de 18 años ingresa por oclusión intestinal alta. Tres semanas antes se le había realizado apendicectomía. Se realiza cirugía identificando tres tricobezoares ocluyendo el yeyuno, sin evidencia de bezoares gástricos. Se extraen los mismos mediante enterotomía. La paciente evolucionó sin complicaciones.

Conclusión: Los tricobezoares son entidades raras, que pueden complicarse causando oclusión intestinal. El hallazgo de tricobezoares múltiples en el intestino y no en el estómago se puede deber a formación primaria en el mismo, lo cual es poco probable, o a la fragmentación de uno gástrico y la posterior migración de los fragmentos, lo que pudo ser favorecido por la operación previa de la paciente.

Palabras clave:

Oclusión intestinal, tricobezoar, tricotilomanía

SUMMARY

Background: The trichobezoars are conglomerates of hair ingested by a person. They are located in the stomach, although they can extend also to the small bowel. They are common in children and adolescents, and 90% of the patients are women. An occasional complication is mechanical obstruction, usually at the gastric level or in the small bowel. It is extremely rare to find trichobezoars in the small bowel without a gastric component.

Case Report: A 18 years-old female patient was admitted for small bowel obstruction. Three weeks before she had underwent appendectomy. Laparotomy was performed identifying three trichobezoars occluding the jejunum, without evidence of gastric bezoars. The bezoars were extracted by enterotomy. No post-operative complications were presented.

Conclusions: Trichobezoars are a rare entity that may be complicated by bowel obstruction. The discovery of trichobezoars in the bowel may be due to primary formation, which is improbable, or to fragmentation in the stomach followed by migration of the fragments, which in the case presented could be favored by the patient's previous operation.

Key words:

Bowel Obstruction, trichobezoar, trichotillomania

Introducción

La oclusión intestinal es una patología frecuente en los servicios de urgencias que comúnmente requiere manejo quirúrgico.¹ Hasta en 70% de estos pacientes la causa es un problema extraluminal como adherencias intraabdominales secundarias a cirugía previa, hernias incarceradas y tumores.^{1,2} En una minoría de los pacientes el problema se debe a problemas intraluminales, aunque estos casos son más comunes en pacientes jóvenes.³ Entre estas raras causas de oclusión figuran los bezoares.

Los bezoares son conglomerados de material extraño, que pueden ser vegetales (fitobezoares) o pelo (tricobezoares).⁴ La localización más frecuente de los bezoares es el estómago, aunque algunos pueden extenderse hasta el intestino delgado, atravesar el duodeno e incluso llegar al colon.⁵

Aunque en algunos casos fragmentos del bezoar pueden desprenderse y migrar por el tubo digestivo, es sumamente raro encontrarlos en intestino delgado sin presencia en estómago.^{6,7} Presentamos el caso de una paciente con oclusión intestinal secundaria a un tricobezoar múltiple en yeyuno sin componente gástrico asociado, lo que representaría el primer caso informado en la literatura médica latinoamericana.

Caso clínico

Paciente femenino de 18 años que acudió al servicio de urgencias con padecimiento de tres días de evolución, con dolor abdominal difuso, cólico e intermitente, acompañado de náusea y vómito de características gastrobilíares, obstipación

* Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Raúl Sánchez Lozada, Pabellón 306, Cirugía General, Hospital General de México, Secretaría de Salud. Dr. Balmis # 148, col. Doctores, Deleg. Cuauhtémoc, D.F. Correo electrónico: rslozada@correo.unam.mx

y constipación. No toleraba la alimentación oral por el vómito. Tres semanas antes se le había realizado apendicectomía, evolucionando sin complicaciones.

A su ingreso se encontró taquicárdica, con deshidratación moderada, con distensión abdominal importante, dolor difuso a la palpación, sin datos de irritación peritoneal, pero con timpanismo generalizado y peristalsis aumentada con ruidos metálicos. Los estudios de laboratorio mostraron leucocitosis de $16\,300\text{ mm}^3$. Se realizaron radiografías de abdomen (Figura 1) y ultrasonido pélvico (Figura 2). Con base en estos resultados se diagnosticó oclusión intestinal por probables adherencias o absceso residual por el procedimiento quirúrgico previo.

Se decidió realizar laparotomía exploradora. En el procedimiento se encontró importante dilatación de intestino delgado desde duodeno hasta 100 cm del ligamento de Treitz. En este nivel se identificó a la palpación un cuerpo extraño intraluminal que ocluía la luz intestinal. Se realizó enterotomía y se extrajeron tres tricobezoares de aproximadamente $10\times 5\times 5\text{ cm}$ cada uno (Figuras 3 y 4). Se revisó exhaustivamente el estómago e intestino sin encontrar otro bezoar. No se encontraron otras patologías, por lo que se reparó la enterotomía y se concluyó el procedimiento.

En el postoperatorio fue valorada por psiquiatría, diagnosticándose tricotilomanía. Se inició manejo con antidepresivos y fue egresada cinco días después sin ninguna complicación.



Figura 1. Radiografía simple de abdomen en posición de pie. Se observa imagen en vidrio despulido y niveles hidroaéreos con ausencia de gas distal.



Figura 2. Ultrasonido pélvico. Útero sin alteraciones, sólo la presencia de DIU, así como escaso líquido en fondo de saco posterior.



Figura 3. Pieza quirúrgica. Se muestran los tres tricobezoares extraídos de yeyuno.



Figura 4. Acercamiento de uno de los bezoares.

Discusión

El término bezoar deriva de la palabra persa *panzehr* o de la árabe *badzehr*; las dos significan "antídoto", ya que los bezoares de animales fueron ampliamente utilizados en medicina hasta el siglo XVIII.^{5,7} El primer informe de caso de

un tricobezoar en humanos se le atribuye a Baudamant en 1779; Stelzner en 1896 fue el primero en diagnosticar de manera correcta y preoperatoria un caso de tricobezoar, con base en la exploración física, mientras que Schonborn llevó a cabo la primera cirugía para remover un tricobezoar en 1883. Aunque su prevalencia es baja, puede asociarse con serias complicaciones y una mortalidad hasta del 70%, que se reduce al 4% cuando se trata oportunamente.⁷

Los tricobezoares son más comunes en niños y adolescentes y más de 90% de los pacientes son mujeres, con un pico de frecuencia entre los 10 y 19 años.³⁻⁷ Entre los factores de riesgo se encuentran deficiencias en la dentición, retraso mental, pica, cirugía gástrica previa y trastornos en la motilidad gástrica; estos últimos son atribuidos a la pérdida de la capacidad del intestino para moverse espontáneamente, aunque no se han asociado de manera concluyente.^{8,9}

Una patología que merece atención especial es la tricotilomanía que fue descrita por primera vez en 1889 como "una urgencia irresistible de jalarse el cabello propio", y casi siempre se acompaña de tricofagia, que es la ingestión de cabello. Aunque se estima que uno de cada 2000 niños sufre de tricotilomanía, la tricofagia es rara vez vista en ellos y usualmente no desarrollan bezoares.⁷

En la mayoría de los casos los tricobezoares son únicos y sólo en 5% de los casos existe más de uno. Se encuentran en el estómago, aunque en 15% de los casos por su tamaño pueden extenderse al intestino. Estos casos raros se denominan como Síndrome de Rapunzel debido a que el tricobezoar se extiende de manera continua a todo lo largo del intestino delgado como una cola. Fue descrito por Vaughan en 1968, haciendo referencia a la princesa germana de los cuentos de Grimm, misma que dejaba caer su larga cabellera dorada desde la torre que habitaba para facilitar una cita con su amado.^{5,10,11}

Aunque en algunos casos se pueden desprender segmentos de los tricobezoares y viajar por el intestino delgado,¹² es sumamente raro que se encuentren sin un componente gástrico asociado, situación muy diferente a lo que ocurre con los fitobezoares, los cuales además de ser múltiples se pueden formar incluso en el colon o recto.¹³ Esta situación excepcional, además del hecho de encontrar tres bezoares, fue la que se presentó en este caso. Aunque ya se han publicado casos similares,⁹ no existen reportes en la literatura en español.

Entre las posibles explicaciones de este fenómeno podemos conjeturar la fragmentación y posterior paso por el píloro de un bezoar gástrico preexistente, lo cual pudo verse favorecido por el traumatismo quirúrgico al que fue sometida la

paciente tres semanas antes al realizársele una apendicectomía. Aunque el mecanismo mediante el cual pudo ocurrir la fragmentación no es claro, esta teoría puede explicar el porqué la paciente no presentó con anterioridad cuadros de oclusión, que sería de esperarse si los tricobezoares se hubieran originado de forma primaria en el intestino delgado. Además en este caso, el flujo intestinal sin duda los hubiera desplazado en sentido más distal, esperando encontrarlos más próximos a la válvula ileocecal.

Agregado a lo anterior se debe señalar que la paciente sufría de tricotilomanía, con ingesta activa de cabello, por lo que resulta extraño que a pesar de ello no se encontrara un bezoar gástrico. Esto apoya la probable fragmentación del bezoar favorecida por la cirugía previa.

Concluiremos señalando que aunque no se logró determinar claramente la explicación para la presencia de los tricobezoares en el intestino delgado de la paciente y su relación con la cirugía previa, se deben considerar los posibles efectos del traumatismo quirúrgico en la motilidad gástrica. En el caso de promoverla, podría haber favorecido la segmentación y migración del bezoar gástrico.

Referencias

1. Athié-Gutiérrez C, Guizar-Bermúdez C, Rivera-Reyes HH. Epidemiología de la patología abdominal aguda en el servicio de urgencias del Hospital General de México. *Cir Gen* 1999;21:99-104.
2. Pickleman J. Small Bowel Obstruction. En: Cameron JL. *Current Surgical Therapy*. Seventh Edition. Mosby 2001. United States. p.p. 122-138.
3. Welch JP. General considerations and mortality. En: Welch JP. *Bowel Obstruction*. W.B. Saunders Company. 1990, United States. p.p. 59-95.
4. Ocampo del Prado LC, Cervantes-Bustamante R, Mata-Rivera N, Zárate Mondragón FE, Ramírez Mayans JA, et al. Tricobezoar: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Acta Pediatr Méx* 2003;24:194-197.
5. Sánchez-Maldonado W, Rodríguez-Coria DF, Luna-Pérez P. Síndrome de Rapunzel (tricobezoar). *Rev Gastroenterol Mex* 1997;62:284-286.
6. Goyal J, Mittal AC. Small bowel obstruction due to trichobezoars. *Indian J Pediatr* 1976;43:108-109.
7. Bouwer C, Stein DJ. Trichobezoars in trichotillomania: case report and literature overview. *Psychosom Med* 1998;60:658-660.
8. Calabulug R, Navarro S, Carrio I, Atigas V, Mones J, Puig La Calle J, et al. Gastric emptying and bezoars. *Am J Surg* 1989;187:287-290.
9. Baeza Herrera C, González Carballeda F, Tavizon Blancas MA, Reyes Juárez JL, et al. Una complicación inusual de un tricobezoar. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1980;37:255-260.
10. Couper RT. Clinical picture: Rapunzel syndrome. *Lancet* 2001;358:1304.
11. Uroz TJ, García UX, Melian PM. Síndrome de Rapunzel: reporte de un nuevo caso. *Cir Pediatr* 1996;9:40-41.
12. Cheshire NJ, Glazer G. Divertículos, vólvulo, síndrome de la arteria mesentérica superior y cuerpos extraños. En: Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H. *Maingot: operaciones abdominales*. Décima edición. Editorial Médica Panamericana 1998. Argentina. p.p. 847-871.
13. Lowry MH, Shah AN. Sunflower seed rectal bezoar in an adult. *Gastrointest Endosc* 2001;53:388-389.