

CASO CLÍNICO

Tricobezoar: presentación de tres casos, perfil clínico y psicológico

Dr. Raúl Bernal-Reyes,* Psic. Froilán Olvera Zamora,** Dra. Rosa Elvia Guerrero Hernández***

* Coordinador Clínico de Educación en Salud, Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 del IMSS, en Pachuca, Hgo. México.

** Área de Psicología Clínica en Hospitalización, HGZ No.1 IMSS, Pachuca, Hgo. ** Residente de 3er. año de Medicina Familiar, HGZ No. 1, IMSS, Pachuca, Hgo.

Correspondencia: Dr. Raúl Bernal-Reyes. Paseo del Fresno No. 320, Club de Golf Pachuca, C.P. 42080 Pachuca, Hgo. México. Tel.: (771) 7182240; Correo electrónico: raulber@yahoo.com

Recibido para publicación: 6 de mayo de 2004.

Aceptado para publicación: 7 de septiembre de 2004.

RESUMEN Introducción: la descripción del tricobezoar es muy antigua, es una entidad poco frecuente y afecta predominantemente a mujeres jóvenes con psicopatología de fondo. **Reporte de casos:** se presentan tres casos de adolescentes con tricobezoar gástrico, se analizan su evolución clínica y métodos de diagnóstico; se estudió particularmente su perfil psicológico y su entorno familiar. Fueron estudiados conjuntamente por gastroenterología y psicología de nuestro hospital. **Discusión:** las manifestaciones clínicas son inespecíficas, predominan los síntomas de dispepsia de larga evolución y el diagnóstico puede sospecharse por la corta edad de los pacientes, la mayoría son del sexo femenino, con ciertos rasgos atípicos de la personalidad, con una masa palpable en epigastrio en etapas avanzadas de la enfermedad; los métodos de diagnóstico más útiles son radiografías simples de abdomen, serie esófago-gastro-duodenal (SEGD) y por supuesto la endoscopia. La evaluación psicológica reveló que los tres casos son productos de familias disfuncionales, dos de ellos con retraso psicomotor y todos con un perfil que muestra trastornos de la personalidad de grado variable. Todos se resolvieron quirúrgicamente sin complicaciones y la gastroscopia realizada seis meses después de la cirugía no mostró restos de cabello en ninguno de los casos. Los dos últimos casos han recibido psicoterapia familiar y su evolución es favorable.

Palabras clave: tricobezoar, perfil clínico y psicológico.

SUMMARY Introduction: The description of Trichobezoar is very ancient; it is an occasional entity and it mainly affects young women with deep psychopathology. **Cases report:** Three cases of teenagers with gastric Trichobezoar have been studied; their clinical evolution and diagnostic methods were analyzed. Their psychological profile and familiar environment were particularly studied in our hospital by gastroenterology and psychology. **Discussion:** Clinical manifestations are unspecified, however long-evolution dyspepsia is predominant and the diagnosis can be suspected for the young age of the patients, most of them females, with certain atypical personality characteristics with a palpable abdominal mass in the epigastrium in advanced stages of the illness; the most useful diagnosis methods are simple abdominal x-rays, UGI x-rays and endoscopy. Psychological evaluation revealed a familiar dysfunction in all of them. We observed a profile of dysfunctional personality in different degrees, including psychomotor retardation in two of them. All of the cases were solved surgically without complications. The last two cases, as well as their parents have received family psychotherapy, and now the evolution is favorable. Control endoscopies were made 6 months after the surgical event and do not show any trace of hair in the stomach.

Key words: Gastric trichobezoar, clinical and psychological profile.

INTRODUCCIÓN

La descripción de los bezoares se remonta a los textos médicos más antiguos, se atribuyen a los árabes las pri-

meras referencias, el significado de la palabra bezoar no ha sido establecido con precisión aunque al respecto hay varias especulaciones.¹ En medicina se utiliza el término para referirse a las concreciones que se forman en el

estómago y en ocasiones en parte del intestino a expensas de diferentes materiales; el más común es el cabello del que se deriva la palabra *tricobezoar* y debe distinguirse del *fitobezoar*, el que a su vez se refiere a una formación de fibras vegetales y que a diferencia del primero se presenta comúnmente en pacientes con dificultad al vaciamiento gástrico como en la neuropatía visceral o en casos de cirugía gástrica previa.

Hay otros materiales que también pueden retenerse en el estómago y han sido involucrados de manera anecdótica en la formación de bezoares como alimentos, textiles, medicamentos y hasta pegamento sintético.²⁻⁵

El más común de todos es sin duda el tricobezoar, habitualmente ocurre en niñas y adolescentes con diversas psicopatologías;^{6,7} los reportes en la bibliografía casi siempre son de casos únicos y a veces como pequeñas series de tres o cuatro casos y excepcionalmente se reúnen más de cinco;^{1,8-10} es mucho menos frecuente el reporte de casos en adultos.^{2,5}

El mecanismo de formación del tricobezoar inicia con la tricotilomanía que es el hábito morboso de arrancarse el cabello; este comportamiento suele ser precedido por un aumento de tensión y es seguido de la tricofagia que es la ingesta obsesiva de cabello, lo cual ocurre prácticamente en todos estos casos por patología psiquiátrica de base.^{7,11} En tanto que para el fitobezoar existe casi siempre una patología orgánica subyacente que impide el vaciamiento eficaz del estómago, en el caso del tricobezoar está preservada la función del estómago, pero ésta es rebasada por la presencia de abundante cabello que resulta difícil de manejar por la motilidad gástrica normal y que llega a comprometer su vaciamiento.

En ocasiones se extiende el cabello hacia el intestino, llegando a adoptar así la forma moldeada del estómago y del propio intestino en longitud variable, a éste se le conoce como síndrome de Rapunzel en referencia al cuento de los hermanos Grimm, esta variante fue descrita originalmente en 1966 por Vaughan.¹²

Dado el mayor predominio de esta entidad en la edad escolar, es de suponer que el problema disminuye con el paso de los años, pues es menos frecuente en adolescentes y excepcional en los adultos.

En esta serie se presentan tres casos de pacientes adolescentes con tricobezoar.

CASO 1

MMF, masculino de 14 años, hijo único de madre soltera, producto de embarazo no deseado, con retraso psico-

motor y repetidor escolar, abandonó la escuela primaria (6o. grado) un año antes. Con malos hábitos higiénico-dietéticos y tabaquismo ocasional, negó otras adicciones. Labora ocasionalmente en una vulcanizadora. Presentaba dolor abdominal recurrente de cinco meses de evolución con náuseas, sin vómito y con plenitud precoz; acudió en múltiples ocasiones a la consulta de Medicina Familiar y dos veces a Urgencias donde se trató con aluminio y magnesio, buscapina, metronidazol, cimetidina y dipirone en forma intermitente con mejoría parcial de los síntomas; en ninguna ocasión se le realizaron exámenes. Fue hospitalizado por dolor abdominal intenso y tres días de constipación, a la exploración física se encontró peso 52 kg, estatura 1.65 m, reactivo y cooperador, abdomen con plastrón fijo en epigastrio, duro, como de 8 x 8 cm de diámetro, doloroso; sin datos de irritación peritoneal; la biometría hemática (BH), química sanguínea (QS) y el examen general de orina (EGO) sin alteraciones significativas, las radiografías de abdomen mostraron una opacidad epigástrica, la SEGDA con imagen característica de masa ocupativa con moteado que ocupaba prácticamente toda la cavidad gástrica. El estudio endoscópico confirmó la presencia de un tricobezoar que ocupaba la mayor parte del estómago, por lo cual se llevó a cabo la extracción quirúrgica de una masa de cabello que ocupaba 80% de la cavidad. No fue posible seguir el caso porque el paciente abandonó la consulta.

CASO 2

DMN, femenina de 16 años de edad, estudiante del 2o. semestre de bachillerato; procede de nivel socioeconómico bajo, habita en medio suburbano en hacinamiento, niega toxicomanías, es núbil con dismenorrea. A los tres años de edad se detectó tricotilomanía y tricofagia que ameritó manejo psiquiátrico, se diagnosticó entonces síndrome orgánico cerebral sin psicosis y retraso mental moderado. Ha cursado con enuresis nocturna. Un mes antes de su ingreso presentó dolor abdominal de tipo cólico, de intensidad variable e intermitente con predominio hacia hipocondrio derecho, acompañado de plenitud gástrica, astenia y adinamia, mencionó que cuatro meses antes había presentado espontáneamente "*caída del cabello*" que explicaba algunas zonas de alopecia visibles.

A la exploración física destacaba una masa en epigastrio como de 15 x 12 cm, dolorosa, poco móvil, de consistencia dura; se escuchó peristaltismo normal y no se encontraron datos de irritación peritoneal.

Del laboratorio resaltó un examen de orina con datos de urosepsis, BH con anemia de 10.4 g de Hb, resto sin cambios significativos. Las radiografías de abdomen con desplazamiento del colon transverso hacia abajo y una opacidad densa en epigastrio y mesogastrio (*Figura 1*). La SEGD mostró estómago distendido y ocupado en su totalidad por un cuerpo extraño con floculación del medio de contraste (*Figura 2*). Se realizó panendoscopia que corroboró la enorme masa constituida por cabello. Con este cuadro clínico y de acuerdo con sus antecedentes se solicitó interconsulta al área de Psicología, ahí se elaboró la historia psicológica y se le apoyó para el procedimiento quirúrgico de ex-



Figura 1. Radiografía simple de abdomen con opacidad en epigastrio que rechaza al colon hacia abajo y a la izquierda.



Figura 2. Serie esófago-gastro-duodenal con estómago ocupado por un cuerpo extraño y floculación del medio de contraste.

tracción del tricobezoar el cual fue realizado sin complicaciones, posteriormente continuó con psicoterapia individual y familiar.

CASO 3

RRC, femenina de 16 años, cursa 2o. semestre de bachillerato, procede de medio socioeconómico medio con buenos hábitos higiénico-dietéticos; habita en medio urbano, refiere tabaquismo ocasional, es núbil y con dismenorrea; se reporta enuresis nocturna.

Dos años antes inició con dolor abdominal recurrente, su médico familiar le diagnosticó “colitis” y fue manejada con ranitidina, butilhioscina y *psyllium plantago*; mejoró parcialmente, un mes antes de su ingreso se acentuó la intensidad del dolor de tipo cólico en epigastrio y en región dorso lumbar bilateral, se acompañó de náuseas y vómitos intermitentes; los síntomas se exacerbaban con el consumo de alimentos y notó baja de 3 kg de peso aproximadamente.

A la exploración física se encontró consciente y cooperatora, pálida y bien hidratada; el abdomen blando y depresible con dolor a la palpación media y profunda predominantemente en epigastrio, donde se palpó un plastrón profundo y fijo, como de 10 x 8 cm de consistencia dura y poco móvil; sin datos de irritación peritoneal y con peristaltismo normal; la BH, QS y EGO sin datos relevantes.

Por la presencia de la tumoración descrita se realizaron exámenes de gabinetes, incluyendo una tomografía axial computada y los reportes de los estudios de imágenes fueron los siguientes: radiografías de abdomen: “opacidad entre mesogastrio y epigastrio, que desplaza al colon hacia abajo”, SEGD: “masa ocupativa en estómago con floculación del medio de contraste”, US: “masa epigástrica calcificada e hidronefrosis derecha, TAC de abdomen: “tricobezoar gástrico” (*Figura 3*), endoscopia: “tricobezoar gástrico gigante” (*Figura 4*).

Al igual que el caso anterior fue derivada al Servicio de Psicología donde se estableció el mismo manejo pre y postoperatorio. Fue sometida a cirugía sin complicaciones, lográndose extraer un tricobezoar de gran tamaño que ocupaba casi la totalidad del estómago y se extendía hasta el duodeno, tal como se describe en el síndrome de Rapunzel (*Figura 5*), su recuperación fue favorable. Posteriormente fue manejada con psicoterapia individual y familiar para manejo integral.

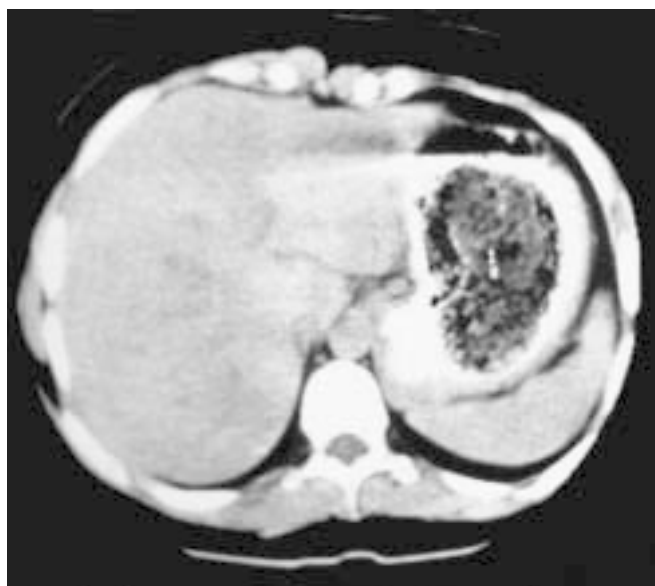


Figura 3. TAC de abdomen con cuerpo extraño en estómago, el cual se encuentra totalmente distendido y con integridad de su pared.

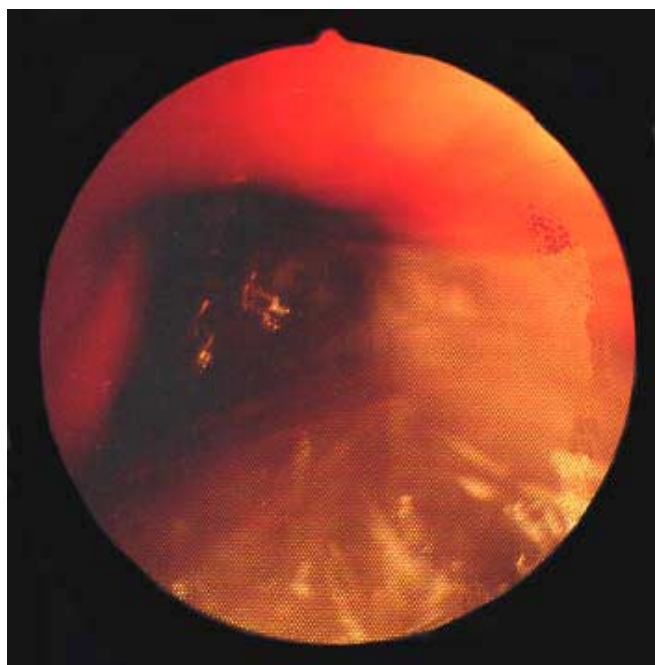


Figura 4. Endoscopia del estómago que muestra una concreción de cabello que ocupa la mayor parte de la cavidad.

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Los dos últimos casos presentados fueron valorados por el Departamento de Psicología del Hospital, se les aplicaron algunas pruebas psicométricas para determinar su perfil psicológico; así fueron aplicadas las pruebas de Bender que es un test perceptual en el que se muestran

nueve diagramas al sujeto y se le pide que copie lo que ve, esta prueba permite distinguir aquellos pacientes que tienen rasgos neuróticos;¹³ el Inventario de Personalidad Multifásico Minnesota mejor conocido como MMPI que explora y determina caracteres muy peculiares de la personalidad,¹⁴ la prueba de Machover que nos permite determinar la proyección del sujeto respecto de la figura humana¹⁵ y el HTM que a su vez explora la proyección del sujeto respecto de las figuras casa-árbol-persona.¹⁵ De esta forma se determinaron algunas coincidencias en ambas pacientes como son una imagen favorable de sí mismas con reducida capacidad de auto-crítica, así como reducida capacidad para resolver y enfrentar problemas, se estableció que sus relaciones son superficiales y con carencia significativa en la constancia de la motivación; mostraron una marcada inseguridad personal, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, son demandantes de atención y afecto, manipuladoras en lo emocional, egocéntricas y con baja capacidad energética. En lo familiar se observa una marcada preferencia por la figura materna, ya que éstas se muestran tolerantes a sus demandas y requerimientos; hacia la figura paterna hay un fuerte rechazo.

Las relaciones familiares se muestran desorganizadas y conflictivas. En un caso la familia está conformada por los hijos del matrimonio previo de ambos cónyuges,



Figura 5. Tricobezoar gástrico con extensión hasta la segunda porción del duodeno.

la comunicación se encuentra reducida, sus expectativas de cambio son mínimas, pues existe pobre estimulación social, cultural y económica.

En ambos casos se descartó alteración neurológica y organicidad.

DISCUSIÓN

Se trata de una patología poco frecuente que habitualmente afecta a niños y adolescentes con psicopatología de fondo. En nuestra serie se observaron algunas coincidencias con los casos clásicamente descritos, como es su predominio en el sexo femenino y la evolución clínica de curso lento y progresivo, se hizo evidente que los síntomas son inespecíficos, por lo que puede confundirse con otras enfermedades, esto retrasa su diagnóstico en la mayoría de los casos. Este padecimiento puede comprometer la función del estómago, pero no la vida del paciente.

De las coincidencias entre los reportes de la literatura y nuestra serie sobresale que en los antecedentes con frecuencia se menciona que estos enfermos son miembros de familias disfuncionales, algunos de ellos con retraso psicomotor y que la mayoría de los casos se hacen más evidentes en la 2a. década de la vida, tal como lo reportó desde hace muchos años Assevero.⁶

Por otra parte, dado lo inespecífico del cuadro clínico en sus etapas iniciales, muchos de ellos tienen el antecedente de haber acudido reiteradamente a consulta médica por dolor abdominal¹⁵ y se han manejado como trastornos digestivos de otra índole, lo cual retrasa su diagnóstico.

Es común la presencia de dolor abdominal de predominio posprandial que con frecuencia se acompaña de náuseas y vómitos de contenido gástrico, puede haber sensación de plenitud precoz y en la fase avanzada de la enfermedad se presenta invariablemente una masa palpable en epigastrio, fácilmente detectable.¹

En ocasiones puede ser evidente la presencia de alopecia areata, que corresponde a las zonas de arrancamiento del cabello; sin embargo, ésta no es una constante, pues muchas veces el enfermo toma el cabello de cepillos y peines de la familia. Es importante resaltar los trastornos de la personalidad como enuresis, ecopresis, o retraso psicomotor; la tricotilomanía y la tricotofagia son obligadas.⁶

En presencia de la tumoración abdominal no es raro que se sospeche de manera inicial la posibilidad de una neoplasia como ocurrió en cuando menos dos de nuestros tres casos; sin embargo, la corta

edad de los pacientes y los posibles rasgos de psicopatología que contrastan con un buen estado general son elementos que un buen clínico debe tomar en cuenta para considerar desde el principio el diagnóstico de tricobezoar.

Los exámenes de laboratorio prácticamente no aportan datos de interés, las radiografías simples del abdomen son de utilidad, se ha descrito que pueden mostrar una opacidad de tamaño considerable justo en la topografía del estómago, este hallazgo se complementa con una imagen muy característica en la SEG D en la cual se observa floculación del medio de contraste y una masa que casi "en molde" ocupa la cavidad gástrica, tal como se observó en nuestros casos.

Con los estudios radiológicos prácticamente está confirmado el diagnóstico, adicionalmente puede realizarse una endoscopia para visualizar directamente el bezoar;¹⁶ el US tiene la ventaja de ser un estudio no invasivo y sensible, pero deberá apoyarse siempre en otros métodos más específicos,¹⁷ y la TAC al igual que la resonancia magnética ofrecen imágenes muy características que apoyan aún más el diagnóstico.¹⁸ Sin embargo, éstos no deben considerarse como estudios indispensables en virtud de que son más costosos y tienen menor disponibilidad que las radiografías simples del abdomen y la SEG D.

Habitualmente en los reportes de estos casos se presta mayor atención a los aspectos quirúrgicos del tratamiento y a las imágenes siempre impactantes de las piezas postoperatorias; sin embargo, en esta comunicación nuestro interés es otro, pretendemos hacer énfasis en el aspecto psicológico cuyo reconocimiento y manejo es un complemento importante del tratamiento quirúrgico, a propósito del cual muchos grupos de cirujanos han escrito repetidamente.

La psicopatología de fondo en muchos de estos pacientes obliga a considerar en ellos la evaluación psicológica, el manejo debe ser conjunto con el psicólogo o el psiquiatra, dependiendo de los trastornos predominantes, en la mayoría de los casos se requiere psicoterapia que incluye al paciente y a su familia, deberá promoverse el reforzamiento de la autoestima y la independencia, la canalización efectiva de la ansiedad y mejorar la calidad de las relaciones familiares. En algunos casos se ha intentado el manejo farmacológico adicional de la tricotilomanía con fluoxetina que es un inhibidor selectivo de la recaptura de la serotonina con efecto demostrado en depresión, estados maniaco-depresivos y en bulimia, con resultados alentadores.¹⁹

En los dos casos de nuestra serie, en quienes se realizó la evaluación psicológica, fue suficiente con la psi-

coterapia de apoyo y no se hizo necesario el uso de medicamentos adicionales.

La recurrencia en estos casos es excepcional,^{20,21} sin embargo, no puede descartarse y se sugiere una vigilancia periódica de las pacientes, cuando menos hasta su estabilización psicológica o al llegar a la vida adulta.

CONCLUSIONES

Se desconoce cuál es la frecuencia real del padecimiento en nuestro medio, pero suponemos que es baja, lo cierto es que en nuestro hospital se lograron documentar tres casos en un periodo de nueve años. Se corroboraron algunos rasgos patológicos de la dinámica familiar y del perfil psicológico de los propios pacientes, se confirmó que la evolución clínica es de varios años, inicialmente es con síntomas inespecíficos. El apoyo diagnóstico es suficiente con Rx de abdomen y endoscopia que son métodos accesibles, económicos e inocuos.

Desde el punto de vista terapéutico, además del manejo quirúrgico, no debe descuidarse el apoyo psicológico, con el cual por ahora se ha logrado en dos de nuestros casos una buena participación del núcleo familiar y la evolución es favorable hasta el momento de esta publicación. En ambos casos se realizó una endoscopia de control seis meses después de la cirugía y no se detectaron complicaciones ni cabello en la cavidad gástrica.

REFERENCIAS

1. Debakey M, Ochner A. Bezoars and concretions. A comprehensive review of the literature with an analysis of the 303 collected cases and a presentation of 8 additional cases. *Surgery* 1939; 5: 132-60.
2. Sánchez MW, Rodríguez CDF, Luna-Pérez P. Síndrome de Rapunzel (tricobezoar). *Rev Gastroenterol Mex* 1997; 62(4): 284.
3. Bustamante SJ, Rodríguez LL, Juárez RS y cols. Bezoar gástrico producido por pegamento sintético. *Rev Gastroenterol Mex* 1985; 50: 147.
4. Phillips M, Zaheer S, Drugas G. Gastric trichobezoar: case report and literature review. *Mayo Clin Proc* 1998; 73: 653.
5. Hani MA, Guesmi MF, Bouasker I y cols. Stomach perforation: an unusual complication of gastric bezoars. *Tunis Med* 2003; 81: 351.
6. Assevero VE, Brooks DA, Cardozo WN y cols. Trichobezoars an expression of emotional disturbance. *Am J Dis Child* 1957; 94: 669: 71.
7. Drewes AJ, Scheurer CD. Diagnostic image (163). A mentally retarded girl with progressive vomiting trichobezoar. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003; 147(44): 2173.
8. Sariñan NC, Silva CA, Quintero HM y cols. Tricobezoar en el niño. Reporte de cuatro casos. *Bol Med Hosp Infant* 1957; 14: 523-32.
9. Santos MM, Jiménez EB. Tricobezoar (presentación de un caso y revisión de la literatura). *Rev Mex Ped* 1971; 40: 773.
10. Larbi N, Kaabi S, Ben Salah K. Gastric and intestinal bezoars. *Tunis Med* 2003; 81: 949.
11. Baeza HC, Franco-Vázquez R. Tricobezoar gástrico y el síndrome de Rapunzel. *Bol Med Hosp Inf Mex* 1987; 44: 167.
12. Vaughan D, Sawyers L y cols. An unusual complications of intestinal bezoar. *Surgery* 1966; 63: 339.
13. McKay D. Teoría y terapéutica. En: Psicología clínica. México: Editorial CECSA 19; 1998.
14. Hathaway SR, McKinley JC. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Minneapolis: University of Minnesota Press; 1943.
15. Anastasi A. Tests psicológicos. Madrid: Editorial Aguilar; 1998.
16. Lynch KA, Feola PG, Guenther E. Gastric trichobezoar: as important cause of abdominal pain presenting to the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 2003; 19(5): 343.
17. Rajaonarison P, Ralamboson S, Ramanampamonjy R y cols. Trichobezoars, a little known clinical entity. *Arch Inst Pasteur Madagascar* 2001; 67: 65.
18. Mishra DS, Magu S, Sharma N y cols. Imaging in acute abdomen. *Indian J Pediatr* 2003; 70: 15.
19. El Hajjam M, Lakhloufi A, Bouzidi A, Kadiri R. CT features of a voluminous gastric trichobezoar. *Eur J Pediatr Surg* 2001; 11(2): 131.
20. Bouwer C, Stein D. Trichobezoars in trichotillomania: case report and literature overview (Report). *Psychosomatic Medicine* 1998; 60(5): 658.
21. Memon SA, Mandham P, Oureshi JN y cols. Recurrent Rapunzel Syndrome: a case report. *Med Sci Monit* 2003; 9: CS92.
22. Ratnagiri R, Smile SR, Sistia SC. Recurrent gastric trichobezoar. *Indian J Gastroenterol* 2002; 21: 229.