

TRICOBEOZAR, A PROPÓSITO DE UN CASO

Yoseilys Campos (1), María Vallez (2), Penélope Noya (3), María Salina (3)

Recibido: 30/6/2015
Aceptado: 30/9/2015

RESUMEN

El tricobezoar es una masa de cabello no digerido que se encuentra en las vías gastrointestinal. Se alojan frecuentemente en el estómago pero se pueden ubicar a todo lo largo del tracto gastrointestinal. Se observan en sexo femenino en el 90% de los casos, y con una mayor frecuencia entre los 10 y 19 años. Se presenta el caso de una adolescente femenina de 11 años de edad quien cursa con enfermedad actual de 1 mes de evolución caracterizada por dolor abdominal, vómitos alimenticios posprandiales y pérdida de peso. Al examen se palpa una masa que ocupa el hemiabdomen superior. Se realiza tomografía computarizada de abdomen donde se evidencia imagen hipodensa y heterogénea que ocupaba la totalidad del estómago, compatible con cuerpo extraño. Se realiza laparotomía exploradora donde se evidencia tricobezoar gástrico.

Palabras claves: Bezoar, Tricobezoar, Tricotilomanía, Tricofagia, Tumor Gástrico.

Tricobezoar, a case report

SUMMARY

Trichobezoar is a mass of undigested hair found within the gastrointestinal tract. They are often found in the stomach but may be found along the entire gastrointestinal tract. 90% of the cases occur in females between the age of 10 and 19 years. We present the case of an 11 years old girl who suffered abdominal pain, vomiting and weight loss for a month, with a palpable mass located in the upper abdomen quadrant. Abdomen computed tomography reported a hypodense heterogeneous image which occupied the whole of the stomach, compatible with foreign body. At laparotomy a gastric tricobezoar was found.

Keywords: Bezoars, Trichobezoar, Trichotillomania, Trichophagia, Gastric Tumor.

INTRODUCCIÓN

Los bezoares corresponden a acumulaciones de materiales no digerido en el tracto gastrointestinal, formando masas que son frecuentemente encontrados en el estómago, pero pueden estar localizados a lo largo de todo el tracto gastrointestinal (1).

Los nombres de los distintos tipos de bezoar están en relación al tipo de sustancia que lo compone, pudiendo dividirse en 5 grupos: fitobezoares, farmacobezoares, tricobezoares, lactobezoares, y bezoares a cuerpo extraño. Se asocian a pacientes con cirugía gástrica previas o a trastornos motores gástricos, pero se pueden presentar también en estómagos normales (2). Los más frecuentes son los fitobezoares compuestos por fibras de frutas y vegetales como celulosa y taninos y los tricobezoares que están compuestos por pelos. Se observan en el sexo femenino en el 90% de los casos, y con una mayor frecuencia entre los 10 a 19 años de edad.

No existe una forma de presentación clínica específica, pudiendo permanecer asintomáticos por largos períodos de tiempo. Entre los síntomas se encuentran: sensación de sa-

riedad precoz, náusea, vómitos, constipación, halitosis, molestias abdominales inespecíficas y síntomas obstructivos. La presencia de los síntomas depende de la elasticidad del estómago, el tamaño del bezoar y de la aparición o no de complicaciones (2,3).

CASO CLÍNICO

Se trata de una adolescente femenina de 11 años y 4 meses de edad, cuya madre refiere inicio de la enfermedad actual hace un mes caracterizada por dolor abdominal en epigastrio, no irradiado, tipo cólico, de leve a moderada intensidad, atenuado con antiespasmódico; concomitantemente vómitos alimenticios postprandiales inmediatos, hiporexia y pérdida de peso de 5 kg, motivo por el cual acude a centro de la localidad en múltiples oportunidades donde indican tratamiento sintomático sin mejoría, por lo cual es referida a centro especializado. Antecedente de onicofagia desde los 6 años de edad, tricofagia desde los 9 años de edad.

Al examen físico: medidas antropométricas en percentil 10. Cabello castaño, rizado, de distribución ginecoide, áspero, frágil, con áreas de alopecia. Abdomen plano, blando, depresible, se palpa tumoración de 10 x15 cm localizada en epigastrio y mesogastrio de bordes definidos, de consistencia dura, dolorosa a la palpación superficial y profunda, ruidos intestinales presentes, sin visceromegalias. Neurológico vigil, activa, orientada en 3 planos, lenguaje coherente.

Parámetros bioquímicos normales. El ecosonograma abdominal reporta una lesión de ocupación de espacio, sólida,

1 Médico Pediatra Adjunto. Hospital Universitario "Dr. Manuel Núñez Tovar", Maturín – Edo. Monagas.

2 Médico R3 de Postgrado de Pediatría y Puericultura. Hospital Universitario "Dr. Manuel Núñez Tovar", Maturín – Edo. Monagas.

3 Médico R2 de Postgrado de Pediatría y Puericultura. Hospital Universitario "Dr. Manuel Núñez Tovar", Maturín – Edo. Monagas.

Trabajo premiado en las Jornadas Orientales de Pediatría 2015

ecodensa ubicada a nivel intra gástrico con gran sombra acústica posterior, de configuración elongada, que ejerce efecto de compresión sobre el páncreas y rechaza las asas intestinales. En la tomografía computarizada de abdomen se evidencia imagen hipodensa y heterogénea que ocupaba la totalidad del estómago, compatible con cuerpo extraño. (Figura 1)

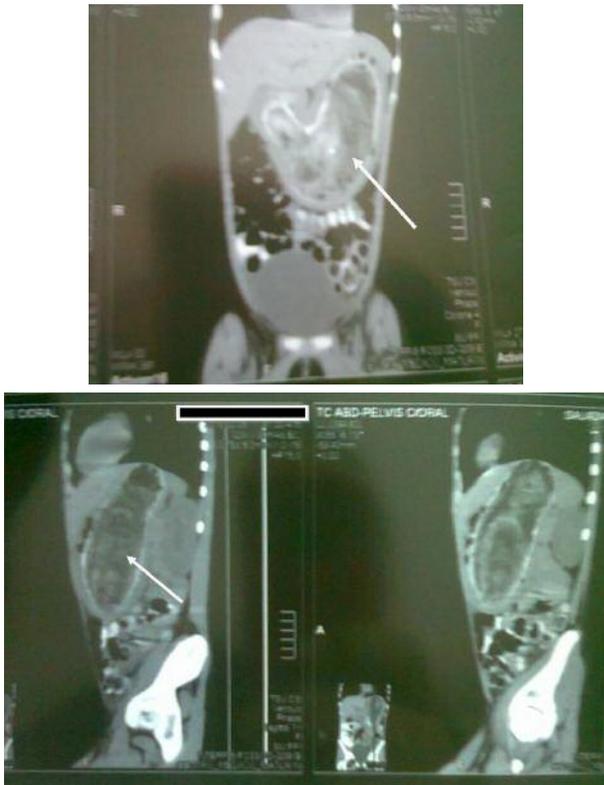


Figura 1. Imagen hipodensa, heterogénea que ocupa la totalidad de la cámara gástrica, compatible con cuerpo extraño

Con el diagnóstico presuntivo de tricobezoar se realizó una laparotomía exploratoria que reportó los siguientes hallazgos: aumento de volumen gástrico producido por gran masa de consistencia dura pero maleable. Se realizó gastrotomía en cara anterior del estómago, a través del cual se extrajo una masa formada por pelos y detritos alimenticios de 30 x 15cm aproximadamente, compatible con un tricobezoar. (Figuras 2, 3 y 4)

Durante su hospitalización fue evaluada por el servicio de psiquiatra infantil, donde se diagnostica Trastorno de la Conducta Alimentaria tipo Anorexia Nerviosa, Síndrome de la Pica y Tricotilomanía. En vista de evolución clínica satisfactoria es egresada al séptimo día postoperatorio quedando en control en el servicio de psiquiatría infantil.

DISCUSIÓN

El tricobezoar representa el 55% de los bezoares diagnosticados. Es más frecuente en la mujer (90%) y un 80% de los



Figura 2. Gastrotomía



Figura 3. Extracción de tricobezoar gástrico.



Figura 4. Tricobezoar

pacientes son menores de 20 años (7). Se asocia con trastornos del estado de conducta en el 40% de los casos.

No está bien definido el tiempo que transcurre entre el comienzo de la tricofagia activa hasta la aparición de las manifestaciones clínicas, aunque se supone que en algunos pacientes pueden pasar hasta 15 años, especialmente cuando la ingesta de cabellos es gradual y progresiva (2).

La tricofagia se relaciona con la pica, que es la conducta

de ingerir objetos diversos no alimenticios en forma persistente e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo (4). Además de la ingesta de cabello se asocian otros factores en la génesis de la entidad, entre éstos están: la longitud del cabello, cantidad de cabello ingerido, disminución del peristaltismo, alteración de la mucosa, secreción ácida y contenido de grasa en la dieta. Se sugiere que el cabello es atrapado en los pliegues gástricos y retenido debido a una insuficiente superficie de fricción la cual es necesaria para la propulsión (3). El cabello ingerido siempre se vuelve de color negro independientemente de su color debido a la desnaturalización de las proteínas por el ácido del jugo gástrico.

El tratamiento de los bezoares se basa en el tamaño y la composición del bezoar (6). El objetivo del tratamiento es su remoción y prevención de la recurrencia que se presenta en 20% de los casos. Existen tres formas principales de tratamiento; la disolución química, la remoción quirúrgica y la remoción endoscópica. Mientras que los fitobezoares pueden ser manejados con métodos químicos o enzimáticos, los tricobezoares generalmente requieren manejo endoscópico o quirúrgico.

La resolución quirúrgica, ya sea laparoscópica o mediante laparotomía, es la elección en los tricobezoares de gran tamaño o compactos y adheridos que no permiten su extracción por otros medios. Especial consideración debe tomarse en el caso del síndrome de Rapunzel, en el que la masa se puede extender por parte del intestino delgado requiriendo múltiples enterotomías para la completa remoción (3). Cuando existen complicaciones como perforación o hemorragia, la laparotomía es la vía de elección (7). Las complicaciones del bezoar incluyen úlcera, perforación intestinal, obstrucción e intususcepción (8).

La recurrencia ocurre hasta en un 14%, especialmente en

pacientes con alteraciones psiquiátricas y con cirugía gástrica previa. Los diversos trastornos psiquiátricos, como en el caso presentado, son un factor predisponente para las recurrencias siendo el seguimiento por el servicio de psiquiatría infantil importante para evitar esta complicación.

En conclusión, los tricobezoares son acúmulos de cabellos localizados en el tracto gastrointestinal relacionados con la tricotilomanía y la tricofagia. El típico paciente es una adolescente que presenta alopecia y tumoración abdominal móvil en el epigastrio, que puede causar obstrucción intestinal intermitente. Un grupo de los pacientes son portadores de patologías psiquiátrica asociada, como se describe en el caso presentado.

REFERENCIAS

1. Sánchez G, Bohle J. Tricobezoar Gástrico. Caso clínico y revisión de la literatura. Cuad. Cir. 2006; 20: 48-51.
2. Alvarado R, Uribe E, Gallego J. Tricobezoar. Presentación de dos casos. Acta pediatríca; 2001; 22(4): 264- 267.
3. Felmer O, Anzieta J, Gabrielli M, Venturelli M. Obstrucción intestinal causada por Tricobezoar: Síndrome de Rapunzel. RevMéd Chile 2008; 136: 1027-1030.
4. Loja D., Alvizuri J., Vilca M., Sanchez M. Síndrome de Rapunzel: Tricobezoar Gastroduodenal. Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2003; 64: 71 – 77.
5. Bernal A., González G. Triple Tricobezoar. Reporte de un caso. Anales Médicos. México. 2012; 57: 246 – 251.
6. Rodríguez T., Fernández J. Tricobezoar Gástrico en mujer adolescente: reporte de caso. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima – Peru. 2013; 50 – 54.
7. Gutiérrez J. Tricobezoar gástrico. Rev Colomb Cirugía 2000; 15: 30-2.
8. Rodríguez H., Schleske A. Tricobezoar: Reporte de un caso. Cirujano General. Veracruz. 2006; 28: 113 – 117.