

Tricobezoar gástrico: a propósito de un caso

Gastric trichobezoar: apropos of a case

William Mauricio López Andino,^I Dulvis Amanda Almeida Arias,^{II} Nicanor Durán Vázquez,^{III} Salvador Benavides^{IV}

^I Especialista en Cirugía General y Medicina General Integral. ASIC «Pedro dr Armas». Estado Falcón, República Bolivariana de Venezuela.

^{II} Especialista en Medicina General Integral y Residente de Imagenología. ASIC «Pedro dr Armas». Estado Falcón, República Bolivariana de Venezuela.

^{III} Especialista en Cirugía General. ASIC «Pedro dr Armas». Estado Falcón, República Bolivariana de Venezuela.

^{IV} Especialista en Anestesiología. ASIC «Pedro dr Armas». Estado Falcón, República Bolivariana de Venezuela.

RESUMEN

Se presenta la descripción retrospectiva del caso clínicoquirúrgico de una paciente de 26 años de edad con un tumor abdominal por tricobezoar gástrico, atendida en el mes de marzo del 2007 en el Centro de Diagnóstico Integral «Pedro de Armas» (Venezuela). La paciente presentó alopecia, una masa abdominal visible, molestias en el cuadrante superior izquierdo del abdomen, saciedad temprana y pérdida de 10 kg de peso. En la exploración física se constató la alopecia y una masa intraabdominal alargada y curvilínea bien delimitada, que ocupaba el cuadrante superior izquierdo del abdomen. El diagnóstico se corroboró mediante examen endoscópico del tubo digestivo superior y el informe anatomopatológico informó una masa compuesta por pelos del cuero cabelludo y concreciones alimentarias.

Palabras clave: Bezoar, tricobezoar, tricotilomanía, tricofagia.

ABSTRACT

The clinicosurgical case of a 26-year-old female patient with an abdominal tumor caused by gastric trichobezoar that was attended at «Pedro de Armas» Integral Diagnosis Center, in Venezuela, in March 2007, is retrospectively described. The patient presented alopecia, a visible abdominal mass, discomfort in the upper left quadrant of the abdomen, early satiety, and loss of 10 kg of body weight. On the

physical exploration, alopecia and an enlarged and curvilinear well-delimited intraabdominal mass that occupied the upper left quadrant of the abdomen were confirmed. The diagnosis was corroborated by endoscopic examination of the upper digestive tube. A mass composed of hairs from the scalp and food concretions were included in the anatomopathological report.

Key words: Bezoar, trichobezoar trichotillomania, trichophagia.

INTRODUCCIÓN

Los cuerpos extraños en el tubo digestivo del hombre han sido una preocupación desde la antigüedad. Cuando estos permanecen en el tubo digestivo por largo tiempo y resisten la acción de los jugos digestivos, forman concreciones que se les denominan *bezoares*, cuyo término se deriva de la palabra árabe `badhzer' o del persa `panzhe', que significa antídoto. Fueron informados por primera vez en el hombre por Sushrut,a en la India en el siglo XII a. C.¹

Los bezoares pueden estar compuestos por una o varios tipos de materia, por lo que atendiendo a ello pueden clasificarse en: fitobezoares (fibra vegetal), quimiobezoares (sustancias químicas) y tricobezoares (pelos). Estos últimos son los más frecuentes y fueron reportados por primera vez por *Baudomant* en 1779, pero no fue hasta 1883 cuando *Schonborn* realizó el primer tratamiento quirúrgico.^{2,3}

Los tricobezoares rara vez pueden localizarse fuera del tubo digestivo, por lo general se localizan en el estómago, intestino delgado, colon y recto. Cuando se presenta en pacientes con trastornos psiquiátricos dados por tricofagia y la presencia de un tricobezoar cuyo cuerpo se aloja en el estómago y su extremo distal llega hasta el intestino delgado o hasta el colon derecho acompañado de oclusión intestinal, se le denomina síndrome de Rapunzel, descrito por *Vaughm* y reportado también por *Fronstin*.⁴⁻⁶

Los tricobezoares ocurren en el 90 % de los casos en el sexo femenino. En cuanto a la edad, el 80 % de los casos se han observado en menores de 30 años y el grupo de edad más frecuentemente afectado es el de 10 y 20 años en la mitad de los casos. Generalmente lo conforman pacientes con trastornos emocionales o retardo mental. El tamaño de los tricobezoares es variable, en dependencia del tiempo de evolución y del hábito de tricofagia. El de mayor tamaño que ha sido reportado fue de 3,2 kg y 62 cm.⁷

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente del sexo femenino, de 26 años de edad, de procedencia rural, que hace varios años presenta escasez de pelos en la cabeza, para lo que recibió varios tratamientos con antimicóticos y ansiolíticos, sin que resolviera el cuadro alopécico. En esta ocasión acudió porque hacía aproximadamente 3 meses había comenzado a notar una «pelota» en el abdomen, que se movía con los cambios de posición y le provocaba molestias en el cuadrante superior izquierdo. Dichas molestias se intensifican al ingerir alimentos, al acostarse y durante el período posprandial.

Refirió además saciedad temprana, con poca ingestión de alimentos y una pérdida de 10 kg de peso durante este período. Por estos motivos se decidió su ingreso para mejor estudio y tratamiento.

- Antecedentes patológicos familiares: Padre vivo, sano. Madre viva, Migraña
- Antecedentes patológicos personales: Asma bronquial.
- Datos de interés al examen físico:

- Peso: 50 kg, talla 155 cm.
- Temperatura: 36,5 °C; FC: 90' FR: 16' TA: 110/70
- Mucosas: normocoloreadas y húmedas.
- TCS: no infiltrado.
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular normal; sin estertores.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, bien golpeados, sin soplos.
- Abdomen: plano, que seguía los movimientos respiratorios. En el cuadrante superior izquierdo se apreciaba una masa inerte con relieve a través de la pared anterior.
- Palpación: se detectó una masa no dolorosa de consistencia dura, con superficie regular, límites precisos y desplazable dentro de la cavidad; de forma alargada y curvilínea que ocupaba casi la totalidad del cuadrante superior izquierdo, y se extendía por la región umbilical, flanco e hipocondrio izquierdo, hasta sobrepasar la parrilla costal donde se dificultaba su palpación. El resto del abdomen estaba blando y depresible.
- Percusión: se escuchó matidez sobre todo el relieve que hacía la masa descrita debajo de la pared.
- Auscultación: ruidos hidroaéreos normales.
- Sistema nervioso central normal.
- Cuero cabelludo con áreas de alopecia, no se visualizan alteraciones en la piel ([figura 1](#)). Resto del examen físico normal.



Figura 1. Nótese las zonas de alopecia.

- Exámenes complementarios:

- Hematología: Hb: 115 g/L; Hto: 0.35; Leucograma: leucocitos: $9,5 \times 10^9$ L. Segmentados: 0.60. Linfocitos: 0.40; Grupo y factor: A positivo; eritrosedimentación: 30 mm; glucemia: 3,2 mmol/L; creatinina: 96,3 mmol/L; coagulograma : Tp 14" (12-14) TpT: 34" (26-42). TS: 2' TC: 9'; plaquetas: 250 000; TGP: 28,6 UI; TGO: 30,3 UI; bilirrubina total: 17 umol/L; bilirrubina indirecta: 4 umol/L; proteínas totales: 7 g/dL.
- Estudios imagenológicos: Radiografía de tórax postero-anterior de pie: normal; radiografía de abdomen simple anteroposterior de pie: se observó una imagen velada, homogénea que ocupaba el cuadrante superior izquierdo y de contornos bien definidos; ultrasonido abdominal: se encontró una extensa imagen ecogénica sólida en la topografía gástrica con gran sombra acústica posterior, de configuración alargada y rechazaba las asas intestinales. ([figura 2](#)).
- Panendoscopia: La endoscopia digestiva alta evidenció un cuerpo extraño que ocupaba toda la luz gástrica e impedía el paso del endoscopio, al parecer compuesto por pelo.
- Electrocardiograma: normal.



Figura 2. Ecografía. Nótese la extensa imagen ecogénica, gran sombra acústica posterior y de configuración alargada.

La paciente fue operada el día 13 de marzo del 2007 con el diagnóstico de tricobezoar gástrico, y se le realizó laparotomía exploradora y gastrotomía longitudinal anterior, en la que se encontró una gran masa de aspecto oscuro y compacto que ocupaba casi la totalidad del estómago y adoptaba su forma. La mucosa gástrica estaba enrojecida, edematosa y friable. El resto de los órganos intraabdominales se encontraban normales.

El informe anatomopatológico de la pieza describió una muestra con forma de masa alargada compuesta por pelo procedente del cuero cabelludo y concreciones alimentarias, la cual medía 35 x15 cm y tenía peso seco de 2 kg ([figura 3](#)).



Figura 3. **Tricobezoar gástrico.**

En la entrevista la paciente negó ingerir su cabello, aunque confesó que pudiera haberlo hecho durante el sueño. La paciente fue tratada con protectores de la mucosa gástrica y antibióticos profilácticos, evolucionó favorablemente y fue egresada a los 7 días con seguimiento por psiquiatría.

DISCUSIÓN

Son varios los factores que influyen en la formación de los tricobezoares, como la longitud del cabello como un factor de gran importancia, la cantidad deglutida, la hipomotilidad intestinal, las alteraciones de la mucosa y las secreciones gástricas, así como la grasa de la dieta. Estas condiciones favorecen que el cabello que se ingiere sea atrapado en los pliegues de la mucosa gástrica al disminuir la superficie de fricción necesaria para la propulsión. Las proteínas del cabello son desnaturalizadas por la influencia del jugo gástrico ácido, lo que le confiere un color negro.^{2,8}

Los tricobezoares por lo general están compuestos por pelo del propio enfermo, como ocurrió en nuestro caso, pero también pueden estar formados por pelos de muñecas, de animales, de alfombras o frazadas. Estos crecen con lentitud durante muchos años hasta tomar la forma del estómago o intestino que los contiene. El tamaño es variable;⁹ en nuestro caso pesó 2 kg y midió 35 x 15 cm.

Las principales manifestaciones clínicas son la masa abdominal móvil, los trastornos digestivos como la saciedad inmediata, la pérdida de peso y la alopecia, como se presentaron en nuestra paciente, y puede presentarse además palidez, anorexia, síntomas de obstrucción intestinal alta con náuseas, vómitos y dolor abdominal. Se señala halitosis intensa por el material acumulado en el estómago sometido al proceso de descomposición. Los antecedentes de tricotilomanía y tricofagia con áreas de alopecia conducen al diagnóstico.¹⁰

Entre las principales complicaciones se destacan la anemia crónica, las inflamaciones y erosiones de la mucosa, con hemorragias y formación de úlceras así como perforaciones del tubo digestivo, esteatorrea y enteropatía perdedora de proteínas. La extensión al intestino delgado puede dar por resultado ictericia obstructiva y pancreatitis.¹¹

Los bezoares pueden desprender fragmentos y provocar obstrucción intestinal intermedia o baja. En los niños prematuros que expulsaron normalmente el meconio y las primeras heces fecales y con distensión abdominal, vómitos y retención gástrica progresiva, debe considerarse el diagnóstico de lactobezoares.

El estudio diagnóstico más importante es la endoscopia del tubo digestivo, que permite apreciar directamente las características del tricobezoar con toma de biopsia para análisis anatomopatológico, lo que confirma el diagnóstico y permite además identificar otras lesiones del tubo digestivo.¹²

Los estudios imagenológicos, como las radiografías simples de abdomen, permiten observar un defecto de repleción en laguna cerrada que puede ser desplazable o una masa heterogénea moteada que impresiona que el estómago está lleno de comida. En nuestro caso se describió una imagen homogénea en forma de velo, con bordes bien delimitados en la proyección del estómago. Los estudios contrastados del tubo digestivo descubren un defecto de llenado en el sitio de localización del bezoar, por ejemplo el examen fluoroscópico puede verse el bario que fluye lentamente alrededor de la masa y, una vez expulsado éste, se observa una sombra moteada de densidad aumentada por el contraste adherido a la superficie del bezoar. Deben realizarse radiografías a las 24 h de realizado el examen contrastado. Mediante la ultrasonografía se pueden observar signos específicos como una banda ancha de eco de gran amplitud con sombra acústica posterior completa.^{13,14}

La tomografía computadorizada de abdomen refleja una masa intraluminal de anillos concéntricos de diferentes densidades con aire atrapado. Este mismo estudio con contraste refleja un defecto de llenado flotando libremente en el estómago.¹⁵

Los tricobezoares gástricos tienen un tratamiento médico por las posibles complicaciones que pueden presentar estos pacientes y valoración por psiquiatría para evitar las recidivas. Los pequeños pueden ser extraídos por vía endoscópica, mientras que los tricobezoares que son tan grandes como el de nuestra paciente, requieren extracción quirúrgica mediante gastrotomía considerando siempre su extensión al intestino delgado. La mortalidad es del 30 % a 50 % cuando se complica.¹⁵

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sundaram B, Selvarajam N, Sam S, Kamalanathan AU. Tricobezoar. Arch Dis Child 2003;88:378.
2. Arbelo Tf, Luaces E, Díaz T. Bezoares. Rev Cubana Pediatr 2002;74(1):77-82.
3. Kleiner O, Finaly R, Cohen Z. Giant gastric trichobezoar presenting as abdominal mass in a child. Acta Paediatr. 2002;91:1273-4.
4. Mondrogon RSP, Delgado CCA, Yáñez LA, Sifuendo BJM, Salinas UJC. Síndrome de Rapunzel. Nuevo reporte de una rara manifestación de tricobezoar gástrico. Cir Gen 2004;26(sup 1):S75.
5. Azzizzadeh A, Woldobau S, Scout BG. Image of the Month. Rapunzel Syndrome. Arch Surg 2002;137:1443-4.

6. Sánchez MW, Rodríguez CDF, Luna-Pérez P. Síndrome de Rapunzel (tricobezoar). Rev Gastroenterol Méx 1997; 62(4): 284-6.
7. Rodríguez GHM, Schleske RA. Tricobezoar: reporte de un caso. Cir Gen 2006; 28 (2): 113-117.
8. Aguilar M, Rodríguez F, Hernandez C. Síndrome de Rapunzel: reporte de un caso. Acta méd. Costarric. 2003; 45(2):80-3.
9. Beauregard G, Martínez F, Castaneda JL, Garcíacabañez G, Alonzo CA. Tricobezoar. Salud Tab 2001; (1):372-4.
10. Bernal R, Olivera F, Guerrero R. Tricobezoar, presentación de 3 casos, perfil clínico y psicológico. Rev Gastroenterol Mex 2005; 70(1):67-72.
11. Queiroz de Godoy A, Albuquerque R, Da Silva Godoy A. Úlcera gástrica terebrante e pancreatite aguda provocada por tricobezoar. Rev Col Bras Cir 2004; 31(1): 71-2.
12. Walter H, Curioso Vilchez WH, Rivera Vega J, Curioso Abrijo WL. Síndrome de Rapunzel: reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Gastroenterol. Perú 2002; 22(2).
13. Pérez E, Santana JR, García G, Mesa J, Hernández JR et al. Perforación gástrica en adulto por tricobezoar (síndrome de Rapunzel). Rev Esp Círg 2005; 78 (4):268-70.
14. Pacheco R, Galindo J, Sandi K. Tricobezoar. Presentación de un caso clínico. Rev Soc Bol Ped. 2002; 41 (2): 15-7.
15. Salvatore Mg, Palermo M, Moreau R, Ruiz HD, Mena LE. Tricobezoar Gástrico: Algoritmo diagnóstico. Rev Arg Radiol 2005; 69(3).

Recibido: 19 de diciembre de 2007.

Aprobado: 23 de febrero de 2008.

William Mauricio López Andino. ASIC «Pedro dr Armas». Estado Falcón, República Bolivariana de Venezuela.