

## **TRICOBEOZAR: A PROPÓSITO DE UN CASO**

### **Autores:**

**Dr. Miguel Jesús Morán González<sup>1</sup>, Dr. Adriano Alejandro Moró Díaz<sup>1</sup>, Dr. Ángel Manuel Moró Díaz<sup>2</sup>, Dra. Mileydis Salvador Matos<sup>3</sup>, Raidel Paz Barthelemy<sup>4</sup>**

- 1. Doctor en Medicina. Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo.**
- 2. Doctor en Medicina. Residente de 4to año de Cirugía General. Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo.**
- 3. Especialista en 1er grado en Medicina General Integral e Imagenología. Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo.**
- 4. Estudiante de 5to año de Medicina. Alumno Ayudante de Cirugía General. Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo.**

**Guantánamo, Cuba**

**Contactar a:** [rpaz@infomed.sld.cu](mailto:rpaz@infomed.sld.cu)

### **Resumen**

Se presenta el caso de una paciente femenina de 15 años de edad que acude al Hospital Pediátrico Pedro Agustín Pérez de Guantánamo por presentar dolor abdominal de 4 días evolución acompañado de náuseas, vómitos abundantes y fétidos, saciedad temprana, anorexia y pérdida de peso. Se confirmó un síndrome oclusivo mecánico por tricobezoar por lo cual fue operada de urgencias. Se le realizó incisión paramedial derecha infraumbilical. La evolución posoperatoria resultó favorable y egresó a los 7 días. Se revisaron aspectos clínicos y quirúrgicos de interés práctico en el tratamiento de esta afección.

Palabras claves: tricobezoar, tricotilomanía, bezoar, tricotofagia.

### **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 Sushruta en la India en el siglo XII a. C.<sup>1</sup>

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.<sup>2,3</sup>

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**.<sup>4-6</sup>

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.<sup>7</sup> Por ser el tricobezoar una entidad poco frecuente en nuestros servicios se hace necesario presentar el siguiente caso.

### **Presentación del caso.**

Paciente femenina de 15 años de edad, mestiza, de procedencia urbana que acudió al Hospital Provincial Pediátrico Pedro Agustín Pérez por presentar hace 4 días dolor abdominal localizado en la región periumbilical e hipogastrio, sin irradiación, a tipo cólico, intenso que duraba alrededor de varias horas y no se aliviaba con los cambios de posición, ni con la ingestión de medicamentos. Precisa la madre que la niña no defeca hace aproximadamente 3 días, dicho cuadro se acompaña de náuseas y vómitos abundantes con restos de alimentos fétidos. Refiere la madre que la niña presentó un cuadro doloroso abdominal similar, pero menos intenso y fue tratada como un

síndrome de mala absorción, por tal motivo se decide su ingreso para estudio y tratamiento.

APP: estreñimiento crónico desde el período de lactante.

APF: Madre/Asma bronquial e Hipotiroidismo.

RAM: no refiere.

Signos Positivos al Examen físico.

Cabeza:

- Inspección: cuero cabelludo con signos de alopecia, no se visualizan alteraciones en la piel.

Abdomen:

- Inspección: plano, con moderada distensión abdominal.
- Auscultación: ruidos hidroaéreos aumentados en frecuencia e intensidad.
- Palpación: tumoración que ocupa región periumbilical, de consistencia dura, de bordes regulares y firmes. Doloroso a la palpación en mesogastrio.
- Percusión: mate en mesogastrio.

Exámenes complementarios

Hb: 138 g/L

Hto: 0.42L/L

Leucocitos:  $10.2 \times 10^9/L$ .

Eritosedimentación: 18mm/h

Glicemia: 5.0 mmol/L

Creatinina: 70 mmol/L.

TGP: 7.2 uds.

Proteínas Totales: 48 g/L.

Rayos X de Abdomen Simple: se observan distensión de asas intestinales delgadas en el cuadrante superior izquierdo y flanco derecho de forma organizadas con niveles hidroaéreos altos y centrales, gas en el recto. Radiopacidad central que desplaza el



colon transverso (Fig. 1).

Fig. 1. Rx de Abdomen simple AP de pie



Ultrasonido abdominal: imagen ecorrefringente en forma de semiluna con gruesa sombra acústica que mide 35 mm (Fig. 2).

Fig. 2 US Abdominal simple.

Resumen Sindrónico:

- Síndrome oclusivo mecánico
- Síndrome tumoral abdominal

Diagnóstico:

- Tricotilomanía
- Oclusión intestinal mecánica por tricobezoar

Tratamiento:

Se interviene quirúrgicamente, donde se realiza una incisión paramedia derecha infraumbilical y se exterioriza Intestino delgado y se localiza a nivel de asas yeyunales tumoración de aproximadamente 25 cm de longitud (Fig. 3 ) que obstruía la luz intestinal. Se le realiza resección intestinal y anastomosis termino terminal con una

evolución clínica favorable, con el egreso de la paciente 7 días después de la intervención.



Fig. 3 Tricobezoar extraído

de la paciente.

Se le recomienda tratamiento psicológico para prevenir recurrencia.

### **Discusión del caso**

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.<sup>2,8</sup>

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;<sup>9</sup> en nuestro caso midió 25 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.<sup>10</sup>

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.<sup>11</sup>

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<sup>12</sup>, sin embargo en nuestro caso no se utilizó este medio diagnóstico.

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 distensión de asas intestinales delgadas en el cuadrante superior izquierdo y flanco derecho de forma organizadas con niveles hidroaéreos altos y centrales. 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<sup>13,14</sup> similar a los ques e informó en el US abdominal hecho a la paciente en estudio.

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.<sup>15</sup>

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.<sup>15</sup>

### **Referencias bibliográficas**

1. Sundaram B, Selvarajam N, Sam S, Kamalanathan AU. Tricobezoar. Arch Dis Child. 2013;88:378.
2. Arbelo Tf, Luaces E, Díaz T. Bezoares. Rev Cubana Pediatr. 2013;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. 2014;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. 2016;28(2):113-7.
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. 2014;(1):372-4.
10. Bernal R, Olivera F, Guerrero R. Tricobezoar, presentación de 3 casos, perfil clínico y psicológico. Rev Gastroenterol Mex. 2015;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. 2014;31(1):71-2.
12. Walter H, Curioso Vilchez WH, Rivera Vega J, Curioso Abriojo WL. Síndrome de Rapunzel: reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Gastroenterol. Perú. 2012;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. 2015; 78 (4): 268-70.
14. Pacheco R, Galindo J, Sandi K. Tricobezoar. Presentación de un caso clínico. Rev Soc Bol Ped. 2012; 41(2): 15-7.
15. Salvatore Mg, Palermo M, Moreau R, Ruiz HD, Mena LE. Tricobezoar Gástrico: Algoritmo diagnóstico. Rev Arg Radiol. 2015; 69(3).