

Tricobezoar. Presentación de dos casos

DR. RAFAEL ALVARADO GARCÍA,* DR. EDMUNDO URIBE VARGAS,* DR. JORGE E. GALLEGU GRIJALVA**

RESUMEN

Introducción: El tricobezoar es una rara formación tumoral gástrica causada por un cuerpo extraño compuesto fundamentalmente por pelo; también contiene moco y fragmentos de alimentos en descomposición. **Presentación de los casos:** Caso 1: Niña de seis años con un cuadro de dos meses de dolor abdominal, adenomegalias, anorexia, pérdida de peso del 20% y presencia de masa abdominal en cuadrante superior izquierdo. La paciente ingería pelo de su hermano. Caso 2: Niña de cinco años con retraso psicomotor y un padecimiento crónico caracterizado por vómito, hiporexia, palidez extrema, constipación y desnutrición severa. En la cabeza se observaron zonas alopécicas. **Discusión:** El 90% de los tricobezoares se presentan en el sexo femenino. Su máxima frecuencia es entre 10 y 19 años. El tratamiento de los bezoares, excepto los más pequeños, es quirúrgico. Es fundamental el control neuropsiquiátrico postoperatorio ya que en casi todos los casos existe en el fondo un conflicto afectivo o daño neurológico puro que perpetúan el hábito de ingerir cabello.

Palabras clave: Tricobezoar, síndrome de Rapunzel, tricofagia, tricotilomanía.

ABSTRACT

Introduction: Trichobezoar is an uncommon gastric tumor made of hair, mucus and decaying food particles. **Case reports:** Case 1. A six year old girl presented with abdominal pain, anorexia, 20% weight loss, adenomegaly and a palpable abdominal mass in the left upper quadrant. A tomogram showed an intragastric mass. It was removed surgically. The patient was known to ingest her brother's hair. Case 2. A mentally retarded five year old girl had a history of chronic vomiting, hyporexia. She was extremely pale, constipated, and severely malnourished. She exhibited patches of alopecia. A barium swallow radiograph showed an intragastric mass; it was surgically removed. Abdominal sepsis complicated the postoperative course. **Discussion:** Most cases of trichobezoar (90%) are seen in girls; age ranges from 10 to 19 years. The main clinical features are abdominal pain, hyporexia, weight loss and vomiting. Endoscopy confirms the diagnosis. Surgical removal is the treatment in most cases; very small ones are the exception. Postoperative management requires neuropsychiatric control; this condition has a mental or a neurologic origin which leads to trichophagia.

Key words: trichobezoar, Rapunzel's syndrome, trichophagia, thichotillomania.

INTRODUCCIÓN

Los bezoares son una forma singular de cuerpo extraño estomacal que han gozado de cierto encanto místico a través de los años. Son causados por la ingestión de material orgánico o inorgánico resistente a la acción de los jugos gástricos: cabello, vegetales, papel, resinas y otros. El término bezoar deriva pro-

blemente del árabe *badzehr* o del persa *padzahr* que significan contraveneno o antídoto. Su uso se remonta al siglo XII, cuando fueron descritos estos cuerpos en el interior del estómago de gacelas y antílopes; eran utilizadas para el tratamiento de picaduras de serpientes e intoxicaciones.¹ El bezoar como remedio oficial fue aceptado en la farmacopea londinense a mediados del siglo XVIII; el más codiciado era el de la cabra. Además de neutralizar venenos, era usado para el manejo de epilepsia, disentería y lepra.²

Los bezoares se nombran y clasifican de acuerdo a su composición: tricobezoar cuando están formados de pelo, fitobezoar cuando lo son de fibras vegetales de origen diverso, o lactobezoar cuando son de leche no digerida y moco gastrointestinal.³

* Médico adscrito del Servicio de Cirugía Pediátrica.

** Jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

Correspondencia: Dr. Rafael Alvarado García. Servicio de Cirugía Pediátrica. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. ISSSTE Félix Cuevas núm. 540, México, DF.

Recibido: septiembre, 2000. Aceptado: abril, 2001.



Figura 1. Tumoración abdominal que ocupa todo el epigastrio, que se observa a simple vista.

En tricobezoar fue descrito por primera vez en el humano por Baudamant en 1779. Esta rara tumoración está compuesta sobre todo de pelo pero también contiene moco y fragmentos de múltiples alimentos en descomposición. Generalmente se encuentran sólo en la cavidad gástrica y ocasionalmente se prolongan hasta el intestino delgado y constituyen el síndrome de Rapunzel.^{4,5}

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Niña de seis años de edad, procedente de un medio socioeconómico pobre con familia disintegrada. Inició su padecimiento dos meses previos a su ingreso, con anorexia, dolor abdominal esporádico de predominio en epigastrio sin irradiaciones, vómito ocasional de contenido gastroalimentario, y pérdida de 20% del peso. Cinco días antes tuvo evacuaciones líquidas con moco y sangre, hasta diez en 24 horas acompañadas de dolor abdominal difuso. El estudio coproparasitológico mostró numerosos quistes de *E. histolytica*. Un ultrasonido abdominal reveló una masa gástrica y por ello fue enviada a este hospital. Examen físico: Palidez de tegumentos; peso, 13 kg; talla, 104 cm; cuello con adenomegalias en cadena cervical anterior y posterior de 1 cm, móviles de consistencia ahulada, indoloros. Abdomen: Se palpaba una masa tumoral (figura 1) de predo-

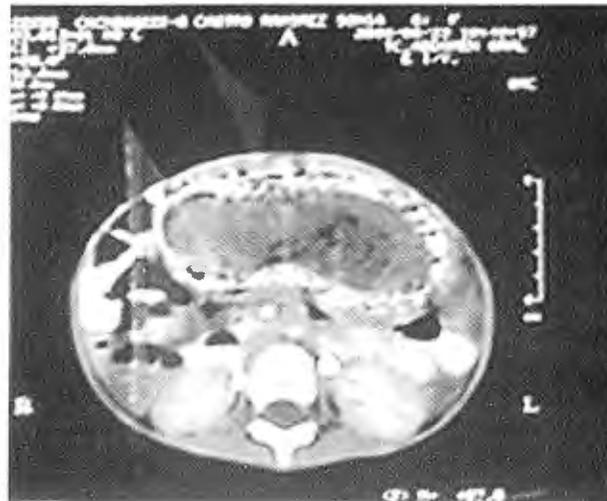


Figura 2. Corte tomográfico en el que se observa el interior del fondo gástrico, el dibujo de la mucosa y ocupa todo el interior de la cámara gástrica una masa de densidad heterogénea.

minio epigástrico que sobresale del arco costal a 9 cm en línea media claviclar izquierda, de bordes bien definidos, de consistencia dura, dolorosa a la palpación; peristalsis normal. Se encuentran ganglios inguinales bilaterales de 1 cm dolorosos. La radiografía de abdomen mostró una opacidad en el cuadrante superior izquierdo con desplazamiento de asas intestinales a hemiabdomen inferior. La tomografía axial computada con medio de contraste oral mostró una tumoración intragástrica (figura 2). Se realizó laparotomía y gastrotomía (figura 3)

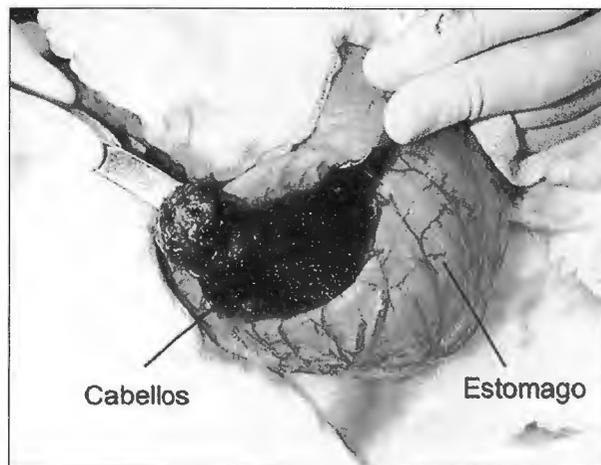


Figura 3. Gastrotomía en la que se observa cómo el tricobezoar ocupa toda la cavidad gástrica.



Figura 4. Se muestra la constitución compacta del tricobozoar, compuesta por pelo, moco y alimentos en descomposición.

para extraer la enorme masa constituida de cabello (figura 4). Se envió a la paciente a paidopsiquiatría para manejar el problema de la tricofagia.

Caso 2

Niña de 5 años con antecedente de hipoxia neonatal severa y déficit psicomotor. Padres de medio socioeconómico pobre con malos hábitos higiénicos. El padecimiento tenía varios años de evolución caracterizado por vómitos, hiporexia, palidez extrema de tegumentos y constipación. Examen físico: Paciente muy desnutrida con peso de 9 kg y talla de 86 cm; presencia de zonas alopécicas en la piel de la cabellera. Abdomen: Peristalsis normal, no se palparon masas. Rayos X con medio de contraste mostró el cuerpo extraño. Se operó y se extrajo un tricobozoar que ocupaba toda la cavidad gástrica. La evolución fue tórpida ya que presentó sepsis abdominal y choque séptico. Fue dada de alta al mes de operada. No regresó a consulta.

DISCUSIÓN

La tricofagia es el antecedente indefectible de un tricobozoar. Es una perversión del apetito determinada por alteraciones afectivas, aislamiento social, angustia y retraso psicomotor.^{6,7} Se relaciona con la perversión del apetito o picacismo (hábito de ingerir

objetos diversos no alimenticios); los pacientes se desnutren y sufren anemia ferropénica.⁷ El pelo puede ser obtenido de hermanos, mascotas, muñecas, cepillos, o del paciente mismo o tricotilomanía; forma de alopecia segmentaria por tracción del pelo provocada, consciente o inconscientemente. La piel cabelluda es la más afectada, pero puede ser la de las cejas y pestañas. El inicio es insidioso como un área lineal o rectangular con pérdida parcial del pelo; se diagnostica por el distinto tamaño de los cabellos y en ocasiones por el relato del paciente.^{8,9}

El pelo ingerido llega al estómago y permanece adherido a los pliegues gástricos por fenómenos de tensión superficial; así se constituye el núcleo del tricobozoar, que permanece en la cámara gástrica resistente al jugo gástrico; puede avanzar en el tubo digestivo hasta ser evacuado o provocar una obstrucción intestinal.²

En el 90% de los casos los pacientes son del sexo femenino; la máxima frecuencia es entre 10 y 19 años; inicialmente se quejan de dolor abdominal en 70% de los casos en el cuadrante superior izquierdo; tienen hiporexia, pérdida de peso y vómito. Frecuentemente presentan halitosis acentuada.

Ocasionalmente se palpa una masa crepitante. Formas más raras de presentación clínica pueden ser enteropatía perdedora de proteínas, esteatorrea, poliposis gástrica, ictericia por compresión de la vía biliar, pancreatitis y úlcera gástrica traumática, que es la más frecuente (10%) provocada por la abrasión constante de la mucosa por la concreción pilosa.¹⁰⁻¹²

El laboratorio puede corroborar anemia ferropri-va, hipoproteïnemia o esteatorrea. Los estudios de gabinete pueden mostrar en la serie baritada un estómago atónico, piloroespasmo marcado y presencia de medio de contraste residual. La TAC con medio hidrosoluble permite visualizar la masa intragástrica, sus dimensiones y su extensión hacia el intestino delgado. La endoscopia da la evidencia definitiva de la presencia del bezoar y el tipo; así se determinan las posibilidades terapéuticas.

El tratamiento de todos los bezoares, excepto los más pequeños, es quirúrgico, mediante gastrotomía por vía abdominal anterior. La extracción no es difícil; sin embargo, hay el peligro de contaminación de la cavidad peritoneal por las bacterias aerobias y

anaerobias en el estómago anormalmente dilatado que en un paciente desnutrido se puede desarrollar una peritonitis grave como en una de nuestras pacientes. El riesgo se reduce con una correcta técnica de aislamiento del campo quirúrgico. Los bezoares pequeños pueden extraerse con ayuda de la endoscopia; tiene la desventaja de que requiere el paso repetido del endoscopio o el uso de algún equipo de calibre superior con canal de trabajo; además, la densidad del bezoar no siempre permite su correcta extracción. Otros procedimientos nuevos son la litotripsia extracorpórea, litotriptor endoscópico o la laparoscopia.^{13,14}

El manejo postoperatorio es el control neuropsiquiátrico adecuado, ya que en casi todos los casos hay un conflicto afectivo o daño neurológico que perpetúan el hábito de ingerir cabello. Los otros factores como el tamaño, localización o complicaciones quirúrgicas (como obstrucción, perforación, sangrado, etc.), así como la desnutrición, pueden ser problemas graves que influyen en el pronóstico de la mayor parte de los casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sariñana C, Silva AC, QuinteroMH, Velasco JA. Tricobezoar en el niño. Reporte de cuatro casos. Bol Med Hosp Infant Mex. 1957; 154:523-532.
2. Baeza HC, Franco VR. Tricobezoar gástrico y el síndrome de Rapunzel. Bol Med Hosp Infant Mex. 1987; 44:167-171.
3. Vergara RJ, Romero VN, Sariñana NC. Un caso de tricobezoar intestinal. Bol Med Hosp Infant Mex. 1974; 23:1041-1045.
4. Santos MM, Jiménez EB. Tricobezoar (presentación de un caso y revisión de la literatura). Rev Mex Pediatr 1971;40:773-780.
5. Sanchez Maldonado W. Rapunzel's syndrome. Rev Gastroenterol Mex 1997;62(4):284-6.
6. Stone FH. Psiquiatría para el pediatra. La Prensa Médica Mexicana. México, 1976:114-115.
7. González EC, Hernández N, Santisteban M, Garcia Báez M, Hermoso F. Tricofagia, tricobezoar, invaginación intestinal y anemia ferropénica. An Esp Pediatr 1983;19(4):337-8.
8. Ruiz-Maldonado R. Tricotilomanía. Bol Med Hosp Infant 1978;35:545-550.
9. Macias CD. Alopecias en la infancia. Acta Pediatr Mex 1999;20(2):94-96.
10. Hossenbocus A, Colin-Jones DG. Trichobezoar, gastric polyposis, protein-losing gastroenteropathy and steatorrhea. Gut 1973; 14:730-732.
11. Shawis RN, Doig CM. Gastric trichobezoar associated with transient pancreatitis. Arch Dis Child 1984;59:994-995.
12. Gonzalez Rojas M. Trichobezoar and gastric ulcer in pediatrics: a case report. Rev Gastroenterol Peru 1990;10(3): 121-125.
13. Benes J, Chmel J, Jodl J. Treatment of gastric bezoar by extracorporeal shock wave lithotripsy. Endoscopy 1991;23: 346-348.
14. Lubke HJ, Winklenmann RS, Berges W. Gastric Phytobezoar endoscopic removal using the gallstone lithotriper. Gastroenterol 1988;26:393-396.