

Presentación de caso

Tricobezoar Gástrico Perforante

*Oscar Javier Serrano**
*Rómulo Arturo Bonilla Garnica***

Resumen

Los bezoares del tracto digestivo constituyen una patología infrecuente, son colecciones de material ingerido que se acumula en estómago e intestino. El tricobezoar hace referencia a un cúmulo de pelo, su sospecha clínica se establece en pacientes jóvenes predominantemente mujeres con historia de masa epigástrica, pérdida de peso y síntomas obstructivos. El diagnóstico se puede realizar con imágenes y endoscopia y su tratamiento consiste en su remoción. Se presenta un caso de tricobezoar perforado en paciente femenina joven, el cual es manejado en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Santander. (MÉD.UIS. 2010;23(3):265-8).

Palabras clave: Tricobezoar. Bezoares. Tricofagia.

Summary

Perforated gastrointestinal trichobezoar

The gastrointestinal tract bezoars are considered an infrequent pathology; they are collections of ingested material that accumulates in the stomach and intestines. Trichobezoar refers to the cumuli of hair; its clinic suspicion is established in young patients, especially women with history of an epigastric mass, weight loss and obstructive symptoms. Diagnosis can be made by imaging and endoscopy and the treatment consists in its removal. It is presented a case of a young female patient with a perforated trichobezoar which was treated at our service of General Surgery of the Hospital Universitario de Santander. (MÉD.UIS. 2010;23(3):265-8).

Key words: Trichobezoar. Bezoars. Trichophagia.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 16 años quien ingresa al servicio de urgencias del Hospital Universitario de Santander con cuadro clínico de aproximadamente 72 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico que inicia en

epigastrio con posterior generalización, asociado a período previo de hiperémesis por dos semanas. Al examen físico de ingreso, presenta evidente estado de desnutrición crónica con alteración pondoestatural, taquicardia, taquipnea y deshidratación; a nivel abdominal se encontró irritación peritoneal generali-

*MD Residente IV Año Cirugía General. Hospital Universitario de Santander. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Santander. Colombia.

**MD Cirujano Gastroenterólogo. Docente Adjunto. Hospital Universitario de Santander. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Santander. Colombia.

Correspondencia: Oscar Javier Serrano. Carrera 8 N 12 – 63 Bloq 5 Apto 403 Piedecuesta. Santander. Colombia.

Teléfono: 3012960409. email: i3answer6@hotmail.com

Artículo recibido el 5 de agosto de 2010 y aceptado para publicación el 19 de diciembre del 2010.

zada, el resultado del hemograma solicitado indican síndrome anémico y leucocitosis.

Es llevada a cirugía practicándose laparotomía mediana, se evidencia peritonitis generalizada purulenta aproximadamente 2000 cc, plastrón inflamatorio sobre la curvatura menor del estómago en relación con perforación contenida por epiplón, y en el interior de la cámara gástrica la presencia de masa moldeable contenida en dicho órgano (Figuras 1 y 2). Se procede a realizar gastrotomía, evidenciando la presencia de cuerpo extraño constituido en su totalidad por pelo. Se lleva a cabo su extracción, gastrorrafía y lavado peritoneal, previa ubicación de sonda nasogástrica. Su evolución clínica fue adecuada, egresa al quinto día de hospitalización con adecuada tolerancia a la vía oral y valoración por servicio de psiquiatría.

DISCUSIÓN

Los bezoares están involucrados en las tradiciones orales transmitidas de la cultura árabe, cuyo origen se centra en el relato acerca de elementos extraños aglomerados en las vísceras huecas de ciertos animales como venados y cabras. Éstos eran recolectados y usados como antídotos contra venenos de todas las especies, aplicadas localmente sobre la zona afectada o ingeridos cuando su efectividad disminuía o la zona lesionada no era claramente identificada. Así mismo, fueron usados

como amuletos al combinarlos con joyas para su porte¹.

El origen etimológico de la palabra bezoar proviene del árabe *badzeher* o del persa *padzahar*, que significan antídoto, refiriéndose a las cualidades atribuidas a dichas sustancias². La patología en humanos corresponde a la formación de concreciones de diversos elementos extraños en el estómago e intestino, con síntomas propios de la organización y su efecto mecánico secundario. Las primeras descripciones se remontan a escritores árabes y persas de los siglos VII-IX, pero sólo hasta 1625 Caspar Bahuin, profesor y físico de Basilea, presenta la primer monografía acerca de los bezoares². A pesar de ser una patología conocida por siglos, existen pocas publicaciones al respecto; la primera descripción de un tricobezoar en humanos se remonta a 1779 por Baudamant, y en 1854 de un fitobezoar por Quain²; el primer tratamiento quirúrgico se realizó por Shonborn en 1883. Las primeras series que incluyen adultos aparecen en 1938 con 303 casos, luego se describen aproximadamente un caso por año entre 1938 y 1967 y a partir de 1982 aumenta el número de descripciones de casos.

Dependiendo de su composición, se describen diversos tipos de bezoares. El más frecuente, es el tricobezoar en un 55%, relacionado con la ingesta impulsiva de cabello (tricofagia); los fitobezoares, formado por elementos vegetales, entidad relacionada con intervenciones quirúrgicas de derivación



Figura 1. Tricobezoar moldeado de la cámara gástrica



Figura 2. Porción del tricobezoar que protruye a través de la perforación gástrica

digestiva; los fármacobezoares, dados por la ingesta principalmente de medicamentos antiácidos tipo hidróxido de aluminio, sucralfato, colestiramina^{4,5} entre otros; los lactobezoares en lactantes y un 5% atribuido a otra clase de material.

Existe predisposición evidente para tricobezoares en pacientes con trastornos psiquiátricos. Afecta al sexo femenino en cerca del 90% de los casos y el 80% corresponden a menores de 30 años⁶⁻⁸. La causa de estos es la tricofagia y tricotilomanía pero sólo se corrobora en menos del 50% de los casos⁹⁻²⁰.

El proceso de su formación está dado por la ingesta, en ocasiones compulsiva, de un determinado elemento, el cual por sus características o en relación con patología asociada del sistema digestivo retarda su desplazamiento a través del mismo y facilita su aglomeración, la cual está favorecida por la producción de moco, ganando volumen de forma progresiva¹⁹. A medida que las dimensiones aumentan, se hace presente la sintomatología de tipo mecánico obstructivo de preferencia, irritativo del segmento continente y alteraciones bioquímicas de tipo mal absorbivo; sólo debutan por perforación 8% de los casos y 5% con ulceraciones. Existen dentro de la historia de los pacientes referencias de dolor abdominal recurrente, náuseas, vómito, dispepsia y anorexia^{6,8,10-12}.

Un tercio de los casos presenta diarrea, aliento fétido, lengua saburral y en aquellos casos de tricofagia se evidencian áreas de alopecia; de igual manera puede existir la presencia de una masa abdominal a nivel epigástrico. Por ser un proceso de evolución crónica, el deterioro y mal estado general de los pacientes es frecuente^{6,13,14}.

Es posible la prolongación de un tricobezoar al intestino distal, una forma rara pero potencialmente fatal de tricobezoar que se denomina síndrome de Rapunzel, el cual puede acompañarse de ictericia obstructiva,

pancreatitis y en caso excepcionales cursar con esteatorrea y enteropatía perdedora de proteínas^{6,13,14}.

Es todo un reto diagnóstico, basado en la sospecha clínica y con apoyo en los estudios imagenológicos que pueden aportar información sugestiva de la presencia del cuerpo extraño en el tracto digestivo. La endoscopia digestiva alta ofrece un diagnóstico eficaz y posibilidad terapéutica en bezoares de pequeño tamaño^{11,15,17}. Las complicaciones son mecánicas por obstrucción gastrointestinal o traumáticas con ulceración, hemorragia, perforación y peritonitis^{16,18}. La úlcera se produce en la curvatura menor en el 80% de los casos y se presenta por necrosis de la pared por presión^{8,11,16}.

El tratamiento de los bezoares consiste esencialmente en su extracción quirúrgica o endoscópica en aquellos casos en los cuales las dimensiones del cuerpo extraño lo permiten. De igual manera, es factible el manejo médico inicial de tipo enzimático en fitobezoares intentado disminuir su tamaño para remoción por vía endoscópica o su eliminación. La recurrencia se presenta entre un 14 a 20% de los casos por lo tanto se debe realizar seguimiento psiquiátrico para evitarlas^{11,12,15}.

CONCLUSIÓN

Aunque corresponda a una entidad de baja incidencia y por lo tanto infrecuente, debe tenerse en cuenta dentro de las posibilidades diagnósticas de pacientes con sintomatología gastrointestinal alta y antecedentes de trastornos psiquiátricos que predispongan a su desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Byrne WJ. Cuerpos extraños, bezoares e ingestión de cáustico. *Clin Endosc N Am* 1994;1:103-24.
2. López-cantarero Ballesteros M, Belda Poujulet R, Narbona Calvo V, García Jil JM, Gómez Valverde R. Fitobezoar: a propósito de 5 casos. Revisión etiopatogénica y tratamiento. *Rev Esp Ap Digest* 1986;69(1):31-6.

3. Kim SK, Beck AR: Multiple Small Bowel Perforations: an Unusual Complication of Trichibezoar. *Mt Sinai J Med* 1972;39: 293-9.
4. Cremer SA, Gelfand DW. Esophageal bezoar resulting from enteral feedings. *J Parenter Enteral Nutr* 1996;20(5):371-3.
5. Taylor JR, Streetman DS, Castle SS. Medication bezoars: a literature review and report of a case. *Ann Pharmacother* 1998;32(9):940-6.
6. Deslypere JP, Praet M, Verdonk G: An unusual Case of the Trichobezoar: The Rapunzel Syndrome. *Am J Gastroenterol* 1982;77(7): 467-70.
7. Goldstein S, Lewis J, Rothstein R: Intestinal Obstruction Due to Bezoars. *Am J Gastroenterol* 1984;79(4):313-8.
8. Lamerton AJ. Trichobezoar: Two Cases Report-a New Physical Sign. *Am J Gastroenterol* 1984;79(5):354-6.
9. Lee J. Bezoars and foreign bodies of the stomach. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 1996 Jul; 6(3):605-19.
10. Rider J, Forestl F, Garrido J, et al: Gastric Bezoars: Treatment and Prevention. *Am J Gastroenterol* 1984;79(5):357-9.
11. Andrus C, Ponsky J. Bezoars: Classification, Pathophysiology and Treatment. *Am J Gastroenterol* 1988;83(5):476-8.
12. Robles R, Parrilla P, Escamilla C, et al. Gastrointestinal Bezoars. *Br J Surg* 1994;81: 1000-West WM, Duncan ND, CT. Appearances of the Rapunzel syndrome: an unusual form of bezoar and gastrointestinal obstruction. *Pediatr Radiol* 1998;28(5):315-6.
13. Yin WY, Lin PW, Huang SM, Lee PC, LeeCC, Chang TW et al. Bezoar manifested with digestive and biliary obstruction. *Hepatogastroenterology.* 1997;44(16):1037-45.
14. Lee J: Bezoares y Cuerpos Extraños en el Estómago. *Clin Endosc Norte Am* 1996; 3:573-86.
15. Winston D, Katz S, Katzka Y: Silent Trichobezoar. *Am J Gastroenterol* 1974;62:367-70.
16. Ripolles T, Garcia-Aguayo J, Martinez MJ, Gil P. Gastrointestinal bezoars: Sonographic and CT characteristics. *Am J Roentgenol* 2001;177:65-9.
17. Aytac B, Cakar S. Bezoar: An uncommon cause of intestinal obstruction. *Acta Gastroenterol Belg* 2001;64:295-7.
18. Sánchez G, Bohle J, Cárcamo C, Massri D. Tricobezoar Gástrico: Caso Clínico y revisión de la literatura. *Cuad Cir* 2006;20:48-51.
19. Velasco B, Paredes R. Tricobezoar: Un problema psicológico. *An Esp Pediatr* 2001;55: 383-4.