

TRICOBEOZOAR. REPORTE DE CASO

LINA ALEJANDRA ABRIL¹, MARÍA PAULA OLIVERA²,
JOSÉ RAMÓN GARRIDO³

¹MD. Cirujano. Clínica Partenón

² MD. Cirujano. Otorrinolaringología(C) Universidad Nacional Universidad Nacional

³Pediatría en Instituto Nacional de Pediatría UNAM. Cirugía Pediátrica en Hospital Infantil de México DF UNAM. Urología Pediátrica Hospital Infantil de México DF UNAM

Hospital Universitario Clínica San Rafael

Correspondencia: mariapaulaolivera@gmail.com

Recibido: 30 Noviembre 2015 Aceptado: 5 Julio 2016

RESUMEN

El Tricobezoar es la acumulación de pelo en el tracto gastrointestinal generalmente asociado a trastornos psiquiátricos que conlleva a sintomatología obstructiva, deficiencias metabólicas y puede llevar a perforación intestinal, pancreatitis, intususcepción y colangitis.

Caso: Paciente femenina de 11 años con cuadro clínico de 1 semana de evolución de dolor abdominal en epigastrio asociado a ausencia de deposiciones y antecedente de cuadro similar hace 2 semanas que resolvió con enema oral, se documentó Tricobezoar de 13 x 5 cm que generaba gran distensión en asas intestinales que fue removido por laparotomía con éxito.

Conclusiones: Es una patología poco común asociada a un trastorno psicológico, que debe ser manejada quirúrgicamente en pro de prevenir complicaciones e incluye un tratamiento conjunto con psiquiatría y psicología para evitar recurrencias.

Palabras clave: Tricobezoar, gástrico, Tricotilomanía, Tricofagia.

TRICOBEOZOAR - CASE REPORT

ABSTRACT

The Trichobezoar is the accumulation of hair on the gastrointestinal tract associated with psychiatric disorders generally leading to obstructive symptoms, metabolic deficiencies and, in some cases, intestinal perforation, pancreatitis, cholangitis or intussusception.

Case: 11 years old female patient with clinical symptoms of 1 week duration of epigastric abdominal pain associated with bowel movements, patient referred history of similar symptoms two weeks ago that resolved with oral enema, tomography revealed a Trichobezoar 13 x 5 cm generating large strained bowel loops which was successfully removed by laparotomy.

Conclusions: Trichobezoar is a rare entity associated with a psychological disorder that needs to be handled surgically towards preventing complications and includes a set psychiatric and psychological treatment to prevent recurrences

Keywords: Trichobezoar, Trichotillomania, Trichophagia.

TRICHOBEZOAR - ESTUDO DO CASO

RESUMO

Tricobezoar é o acúmulo de pêlos no trato gastrointestinal associado com transtornos psiquiátricos geralmente levando a sintomas obstrutivos, deficiências metabólicas e, em alguns casos, perfuração intestinal, pancreatite, colangite ou intussuscepção.

Caso: Paciente do sexo feminino com 11 anos de idade com sintomas clínicos de 1 semana de duração da dor abdominal epigástrica associada a movimentos intestinais, paciente relatou história de sintomas semelhantes há duas semanas que resolveram com enema oral, a tomografia revelou um tricobezoar de 13 x 5 cm, foi removido com sucesso por laparotomia.

Conclusões: Tricobezoar é uma entidade rara associada a um transtorno psicológico que precisa ser tratado cirurgicamente para prevenir complicações e inclui um conjunto de tratamento psiquiátrico e psicológico para prevenir recorrências

Keywords: Tricobezoar, Tricotilomania, Tricofagia.

Introducción

Los bezoares son colecciones de material ingerido que se acumulan en el tracto gastrointestinal (1), el nombre tiene origen del árabe badzher, del persa padzhar, del hebreo beluzaar y del turco panzchir que tiene como significado antídoto, haciendo referencia a la creencia que se tenía que los elementos de consistencia firme encontrados en el abdomen de los animales tenían propiedades curativas y se usaban como amuleto, incluso como tratamiento de enfermedades como la lepra y la peste (2).

Existen 5 variantes de acuerdo al material ingerido dentro de los cuales se encuentran: el fitobezoar que está compuesto de material vegetal en el 75% de los casos con restos de níspero, en menor frecuencia se han encontrado de cascara de uva, coco y ciruelas pasas, otra variante encontrada principalmente en neonatos es el lactobezoar compuesto, como su nombre lo indica, de leche sin digerir, también se encuentran los farmacobezoares y finalmente el Tricobezoar, la variante más común, que consiste en una masa de pelo que se ubica, en la mayoría de casos, en el estómago. Esta variante está usualmente asociada a trastornos psiquiátricos variables, descritos desde trastornos de ansiedad leves hasta retardo mental, aproximadamente en el 30% de los casos el paciente refiere tricofagia y de estos solo el 1% presenta un Tricobezoar que requiera manejo quirúrgico (1-3).

El Tricobezoar se presenta en el 90% de los casos en mujeres, el 80% menores de 30 años, siendo la edad más común entre 10 y 20 años (4,5). Aunque los trastornos psiquiátricos que llevan a la tricofagia suelen ser la causa principal de desarrollo del Tricobezoar se ha encontrado importantes factores que colaboran en la formación de la colección como las alteraciones en la motilidad gástrica, disminución en la acción enzimática de pepsina, secreción de ácido y principalmente la insuficiente superficie de fricción que existe al haber pelo en los pliegues gástricos que impiden la adecuada propulsión (6).

En la forma de presentación se describe la triada clásica presentándose el dolor abdominal en el 37% de los pacientes, pérdida de peso en el 38% y la el signo más común es la evidencia a la palpación de una masa abdominal en el 70% de los casos. También existen síntomas que se presentarían de acuerdo a la gravedad del cuadro, el tamaño del bezoar, el porcentaje de obstrucción y el lugar donde esté ubicado la hematemesis en un 61% de los casos y diarrea en 32%. (7-9).

Descripción de caso

Paciente femenina de 13 años de edad quien presenta cuadro de dolor abdominal generalizado de alta intensidad de predominio en epigastrio de 1 semana de evolución asociado a varios episodios eméticos de contenido alimentario y 5 días de ausencia de deposiciones, consulta al servicio de urgencias donde recibe enema oral con disminución de sintomatología y presencia de deposiciones sin alteraciones por lo cual se decide dar egreso. Paciente que consulta 6 días después por persistencia de dolor abdominal y similar sintomatología por lo que se realiza enema jabonoso posterior a esto paciente presenta deposiciones pastosas, amarillentas sin presencia de nuevos episodios eméticos ni picos febriles pero con persistencia de dolor abdominal generalizado de mayor intensidad en cuadrante superior derecho.

Al examen físico con deshidratación grado I, a la palpación abdominal se evidencia masa abdominal de superficie lisa, dura, poco móvil, a 3cm por debajo del reborde costal derecho aproximadamente, sin cambios en la coloración de la piel, no dolor a la palpación, no signos de irritación peritoneal, no se evidencia circulación colateral ni reflujo hepatoyugular.

Dentro de los estudios clínicos realizados se encuentra un Hemograma inicial: Leucocitos 19200 Cel/ul, Neutrofilia de 83% y Linfopenia de 11 %, hematocrito 46 mm³, Hemoglobina de 15 gr/dl, plaquetas 776000, PCR 95 y PCR ultra de 9.5, Bilirrubina total: 0.49 , bilirrubina directa : 0.27, Bilirrubina indirecta: 0.22 AST: 15.13, ALT: 11.2 Fosfatasa alcalina 103.45, PTT 48.7 control 27.5 PT 13 INR: 1.12.

Se realiza inicialmente toma de radiografía de abdomen simple (figura 1) y posteriormente se realiza TAC toracoabdominal contrastado imágenes que evidencian masa en cámara gástrica, no adherida a pared, con compresión extrínseca en colon ascendente e íleo que puede corresponder a bezoar (figura 2).

Es valorada por servicio de cirugía pediátrica quienes realizan impresión diagnóstica de obstrucción parcial intestinal secundaria a cuerpo extraño gástrico, se decide programar para laparotomía exploratoria, se pasa sonda nasogástrica y se inicia cubrimiento antibiótico con Clindamicina- Amikamicina.

Se lleva paciente a cirugía donde se observa estomago de gran tamaño conteniendo masa de consistencia

pétreo de forma moldeada a anatomía de aproximadamente 13 x 5 cm, gran distensión de asas intestinales, moderada cantidad de líquido peritoneal cetrino que es aspirable, se realiza incisión longitudinal entre antro y cuerpo del estómago de 10 cm comprometiendo todas

las capas gástricas, se realiza exeresis de masa (Figura 3) con posterior aspiración de cavidad gástrica, se realiza gastrorrafia 2 planos sutura absorbible y se coloca parche de Graham sobre la sutura.



Figura 1: Radiografía de abdomen Simple

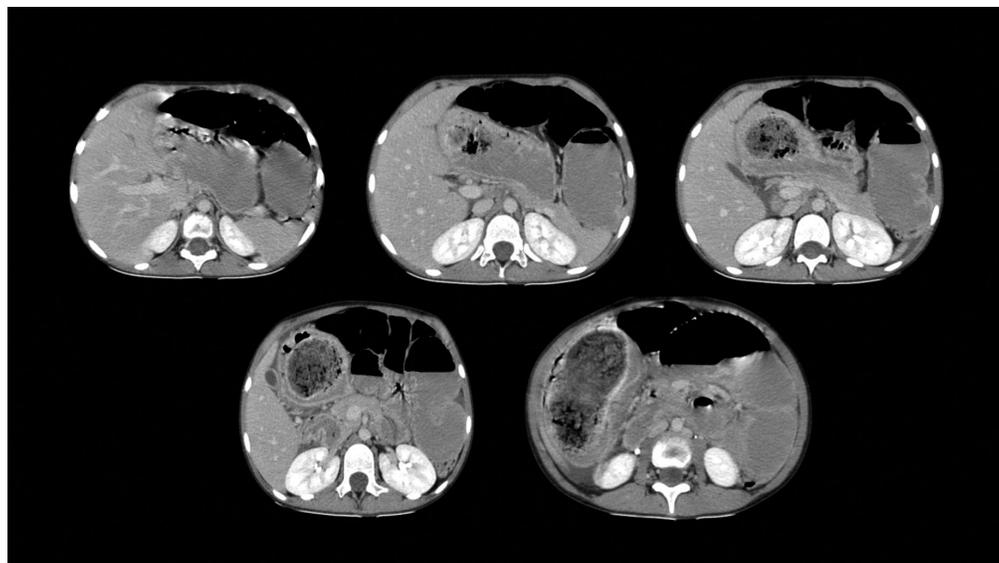


Figura 2: TAC Abdominopélvico Contrastado



Figura 3: Tricobezoar extraído

Durante su hospitalización es valorada por servicio de psiquiatría quienes documentan tricofagia y Tricotilomanía, paciente niega bullying en el colegio, refiere realiza esta práctica por ansiedad al presentarse en público o participar en clase, manifiesta temor a estar sola y a la oscuridad, se realiza diagnóstico de trastorno de ansiedad se inicia fluoxetina 8 mg vía oral día y seguimiento psicoterapéutico con psiquiatría y psicología.

Se realiza valoración nutricional evidenciándose desnutrición crónica agudizada talla 125 cm, peso 22 kg, SCT 0.85, T/E: -3DS IMC/E: -1y-2DS con lo cual realizan diagnósticos de talla y peso bajos para la edad, se decide administrar fórmula polimérica enriquecedora libre de lactosa durante la hospitalización, con el fin de garantizar aportes nutricionales acordes para la edad y necesidad de la paciente.

Durante el posoperatorio inmediato se toman laboratorios de control evidenciando lesión renal AKIN 1, se documenta alto gasto por sonda nasogástrica, taquicardia, gases arteriales que reportan estado de acidosis metabólica, alto requerimiento de líquidos endovenosos, por lo que es llevada a Unidad de Cuidados Intensivos, se decide iniciar manejo vasopresor (noradrenalina 0.05mcg/kg/min) y se continúa tratamiento antibiótico instaurado, con lo que evoluciona satisfactoriamente, se disminuye soporte vasopresor paulatinamente y se mantiene 5 días de ayuno con nutrición parenteral, es retirada sonda nasogástrica al 5 día y se inicia dieta líquida posteriormente es trasladada a piso para completar 7 días de antibiótico dual mostrando evolución satisfactoria por lo que se da egreso hospitalario al séptimo día sin complicaciones.

Discusión

El Tricobezoar fue descrito por primera vez por Baudaman en 1779 como hallazgo durante una necropsia como causa de muerte en una mujer joven, pero fue hasta 1883 cuando se realizó la primera laparotomía para extracción de este material por el doctor Schonborn (8). En Colombia no existen publicaciones que nos hable de la incidencia de esta patología,

Fisiopatológicamente, los Tricobezoares deben su formación a que los materiales ingeridos son retenidos en los pliegues gástricos y por su poca superficie de contacto se hacen resistentes a la propulsión para ser expulsados del estómago (9)

Las manifestaciones clínicas que se presentaron en el presente caso clínico coinciden con los porcentajes presentados en la literatura como síntomas principales de esta patología, siendo el síntoma con mayor prevalencia la masa palpable en epigastrio, que se encuentra en el 70% de los casos, y dolor abdominal en el 37 % de los casos, ambos evidenciados en el caso clínico presentado, la pérdida de peso tiene un porcentaje relevante alrededor del 38% de los casos y aunque en el interrogatorio no se refiere pérdida de peso, este se evidencia en el examen físico integral realizado a la paciente documentándose un bajo peso y talla para la edad, las náuseas y vómitos son reportados en un 33% de los casos, otros síntomas son la diarrea y anorexia en el 32 % de los casos, el único síntoma descrito en la literatura que la paciente no presenta son las deposiciones líquidas, que suelen presentarse en el 32% de los casos (7-9).

El diagnóstico se debe sospechar por el cuadro clínico, aunque es usual que el cuadro clínico sugiera una obstrucción intestinal es poco probable realizar el diagnóstico con una radiografía simple de abdomen debido a que los bezoares no son radiopacos comúnmente se pueden ver una imagen heterogénea (9,10) y puede simular el estómago lleno por ello el diagnóstico se realiza con una radiografía usando bario donde se observa una imagen típica en panal de abejas resultado de cómo el Bario queda atrapado en el intersticio del bezoar, generalmente flota en la suspensión diferenciándose así de un tumor maligno (10), en la ecografía observa banda ancha aumentada de ecogenicidad con sombra acústica posterior en la región de estómago (11), la TAC contrastada tiene una gran capacidad para describir el sitio y el tamaño del bezoar permitiendo así además diferenciar del bezoar de neoplasias siendo posible realizar el diagnóstico en el

97% de los casos (10) y por ello fue la técnica escogida en caso presentado, aun así es la endoscopia digestiva la que se considera como el Gold estándar pues permite determinar la composición material del bezoar, es útil para tomar muestras y comprobar si existe una úlcera y algunas veces puede ser terapéutica dependiendo del tamaño del Tricobezoar (12), la información sobre tricofagia o Tricotilomanía no es siempre está presente o que hace que dificulte su sospecha clínica.

Respecto al manejo de esta patología existen varias controversias en la literatura, describiendo tres formas de tratamiento de los bezoares: la disolución química, la remoción quirúrgica y la remoción endoscópica. La elección se basa en el tamaño y la composición del mismo siendo el objetivo de éste su remoción y prevención de recurrencias. (7).

En cuanto a la disolución química Lin C et al. reportan un caso de tratamiento exitoso usando irrigación con refresco de Cola (13), mientras que otros autores aseguran que a diferencia de otros bezoares, los Tricobezoares son resistentes a la disolución (14) se han utilizado otro tipo de sustancias poco efectivas al intentar diluir los Tricobezoares como lo son la utilización de enzimas como catalasas; otra alternativa propuesta es la remoción endoscópica ha tenido resultados muy variados de acuerdo a las diferentes técnicas descritas en la literatura como la fragmentación y remoción con fórceps, asa de polipectomía, hidroclisis, láser, taladro endoscópico, litotripsia electrohidráulica, o litotripsia extracorpórea con onda de choque, estas técnicas requieren tiempo y en algunas ocasiones varias sesiones para lograr la remoción completa. (15,16).

El manejo quirúrgico igualmente se describen varias técnicas, como la fragmentación de la masa para facilitar su extracción como el descrito por Devbrata et. al en el que extraen fragmentos del bezoar por el ano (14), ante la necesidad de realizar la extracción del Tricobezoar completo se presenta una nueva alternativa que consiste en la cirugía laparoscópica, con 8 casos reportados en total, en los cuales solo 3 se logra la extracción completa del bezoar resultando ser una técnica más compleja. la opción más utilizada para la corrección sobre todo en caso bezoares grandes y compactos como el descrito en el presente caso, sus características y ubicación presentan la laparotomía como la mejor opción, y de hecho resulta ser la técnica más usada en los reportes de caso realizados (17,18), sin olvidar que el tratamiento independientemente de la técnica a utilizar debe ir acompañado de

seguimiento psiquiátrico y psicológico para evitar recurrencias que se presentan en el 20 % de los casos (5).

Conclusiones

Es indispensable aclarar que la etiología de este trastorno está claramente asociada a un trastorno psicológico, por lo tanto el manejo que se dé, sea quirúrgico o no quirúrgico, será insuficiente si no se insiste en un manejo y seguimiento conjunto con el servicio de psicología. Como en el presente caso se realiza el diagnóstico de trastorno de ansiedad y durante la hospitalización el servicio de psiquiatría realiza un acompañamiento del proceso, al egreso se da cita control con psiquiatría y psicología pero es responsabilidad de la madre y del médico quien de la adecuada explicación de la importancia de este seguimiento, el futuro de la paciente, así se evitaren recurrencias presentes en el 14 % de los casos y síndromes de malabsorción que enmascaren un Tricobezoar de menores dimensiones que no haga evidente los síntomas de obstrucción para ser llevado a manejo quirúrgico nuevamente.

Conflicto de intereses

Se declara no hay conflicto e intereses

Referencias

1. Bernal A, González G. Triple Tricobezoar. Reporte de un caso. *An Med (Mex)*. 2012; 57(3):246-51
2. Loja D, Alvizuri J, Vilca M, Sánchez M. Síndrome de Rapunzel: Tricobezoar gastroduodenal. *An Fac Med* 2003; 64 (1): 71-77.
3. DeBakey M, Ochsner A. Bezoars and concretions: A comprehensive review of the literature with analysis of 303 collected cases and a presentation of 8 additional cases. *Surgery*. 1939; 5:132.
4. Fragoso A, Lauces F, Díaz L. Bezoares. *Rev Cubana Pediatr* 2002; 74 (1): 77-82
5. Sánchez C, Bohle O, Cárcamo I, Massri E. Tricobezoar gástrico. Caso clínico y revisión de la literatura. *Cuad Cir* 2006; 20: 48-51.
6. Ortiz S, Suárez N, Nava C, Cruz M, Dávila J. Tricotextilo bezoar, Síndrome de Rapunzel. Presentación de un caso. *Rev Mex Cir Pediatr* 2005; 12 (1): 51-54
7. Adhikari D, Vankipuram S, Tiwari A, Chaphekar A, Satardey R., Small Intestinal Obstruction Secondary to Jejunal Trichobezoar Removed Per Anum Without an Enterotomy: A Case Report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2015 Mar, Vol-9(3): PD03-PD04
8. Alsafwah S, Alzein M. Small bowel obstruction due to trichobezoar: role of upper endoscopy in diagnosis. *Gas-*

- trointest Endosc 2000; 52:784-6. Wang PY, Skarsgard ED, Baker RJ. Carpet bezoar
9. O'Sullivan M, McGreal G, Walsh J, Redmond H. Trichobezoar. *J R Soc Med* 2001; 94:68-70.
 10. Bernal A, González G, Triple tricobezoar. Reporte de un caso *An Med (Mex)* 2012; 57 (3):246-251
 11. Sánchez C, Bohle O, Cárcamo I, Massri E. Tricobezoar gástrico. Caso clínico y revisión de la literatura. *Cuad Cir* 2006; 20:48-51
 12. O Sullivan M, Mc Greal G, Walsh J, Redmond H, Tricobezoar. *Jr Soc med* 2001; 94:68-70
 13. Lin C, Tung C, Peng Y, Chow W, Chang C, Hu W. Successful treatment with a combination of endoscopic injection and irrigation with cocacola for gastric bezoar-induced gastric outlet obstruction. *J Chin Med Assoc* 2008; 71:49-52.
 14. Zamir D, Goldblum C, Linova L , Polychuck I, Reitblat T, Yoffe B, Rothman M. Phytobezoars and Trichobezoars A 10-Year Experience. *J Clin Gastroenterol* 2004; 38(10):873
 15. Gutiérrez J. Tricobezoar gastric. *Rev Colom Cirugía* 2000; 15(1):30-2
 16. Anzieta V Juan, Felmer E Orlando, Gabrielli N Mauricio, Venturelli M Francisco, Sánchez C Gonzalo, Torrijos C Carmen. Obstrucción intestinal causada por Tricobezoar: Síndrome de Rapunzel. *Rev. méd. Chile* 2008; 136(8):1027-1030
 17. Vepakomma D, Alladi A. Complete laparoscopic removal of a gastric trichobezoar. *J Min Access Surg* 2014; 10:154
 18. Cintolo J, Telem DA, Divino CM, Chin EH, Midulla P. Laparoscopic removal of a large gastric trichobezoar in a 4-year-old girl. *JLS* 2009; 13:608-11.