

Tricobezoar. Presentación de un caso clínico

J. Die Trill, P. López Hervás, N. Losa Boñar, R. González, A. Rey, M. Devesa Múgica, V. Fresneda Moreno

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Resumen

Presentamos el caso de una mujer de 16 años que consulta por un cuadro clínico de dolor abdominal, náuseas, vómitos y pérdida de peso de unos 6 kilogramos en los últimos 6 meses. La madre de la paciente refiere tricotilomanía y tricofagia desde hace aproximadamente 5 años. A la exploración, la paciente presenta una masa epigástrica de unos 10 cms. El diagnóstico se confirma mediante endoscopia, procediéndose posteriormente a su extirpación quirúrgica mediante laparotomía media y posterior gastrotomía. El tricobezoar es una patología característica de mujeres jóvenes con trastornos psiquiátricos del control de los impulsos y conductas impulsivas (tricotilomanía y tricofagia). Estos trastornos psiquiátricos, deben de ser tratados junto a la extracción del tricobezoar para evitar la recurrencia del cuadro.

PALABRAS CLAVE: Bezoar. Tricobezoar. Tricotilomanía. Tricofagia.

Introducción

Presentamos un caso de tricobezoar en una paciente de 16 años con un trastorno psiquiátrico del control de los impulsos consistente principalmente en tricotilomanía y tricofagia. El tricobezoar es una patología infrecuente que habitualmente y debido a su gran tamaño suelen precisar de extracción quirúrgica mediante gastrotomía. Es imprescindible en estos pacientes el tratamiento psiquiátrico para evitar la recurrencia del cuadro.

Caso Clínico

Mujer de 16 años que consulta por presentar dolor abdominal epigástrico de unos 3 meses de evolución con náuseas y regurgitación de alimentos ocasionales y pérdida de unos 6 kilogramos de peso en los últimos 5 meses. En la exploración

física, destaca a la palpación una masa epigástrica de unos 10 centímetros sin otros signos patológicos. Reinterrogada la paciente y su madre refiere tricofagia desde hace 5 años y caída de pelo aunque comenta que ya no lo ingiere desde hace un año.

Ante el diagnóstico posible de tricobezoar se la realiza una panendoscopia oral que confirma el diagnóstico inicial . Se realizan también esófago-gastro-duodenografía (figura 1) y scanner abdominal .

La valoración psiquiátrica de la paciente la diagnostica de un trastorno del control de los impulsos con ansiedad libre flotante, discreta inquietud psicomotora y conductas impulsivas: onicofagia, tricotilomanía y tricofagia, arrancarse y comerse costras y plásticos.

Con el diagnóstico de tricobezoar gástrico se decide intervención quirúrgica. Mediante laparotomía media supraumbilical, se accede al estómago, sobre el que se realiza una gastrotomía longitudinal en antro de unos 6 centímetros de longitud a través de la cual se extrae el bezoar en su totalidad (figura 2 y 3). Se cierra posteriormente la gastrotomía con suturas continuas en dos planos de vicryl y prolene 4/0 y se explora el resto del abdomen que es normal.

Correspondencia: Javier Die Trill. José Donoso, 2, 5.ºB. 28050 Madrid. javierdie@hotmail.com

Tras la cirugía, la paciente permanece con sonda nasogástrica 48 horas, comienza a ingerir alimentos a las 72 horas y es dada de alta al 4º día postoperatorio sin ninguna complicación.

Asimismo es remitida a consultas de psiquiatría para iniciar psicoterapia conductual y valorar la ayuda con psicofármacos.

Se revisa a la paciente a las 2 semanas de la intervención y no refiere tricofagia. No se observa complicación alguna de la intervención ni zonas de alopecia que sugieran tricotilomanía.

Discusión

Se define bezoar como una masa de material no digerible en el tubo digestivo que se ha ingerido progresivamente en el tiempo¹⁻⁷.

Hay tres tipos de bezoar: tricobezoar (pelo), fitobezoar (fibras de origen vegetal) y mixto (farmacobezoar, lactobezoar, semillas de fruta, plásticos, uñas...)^{1-3,6}.

El tricobezoar es el tipo más frecuente de los bezoar y es casi exclusivo de mujeres jóvenes con alteraciones psiquiátricas del comportamiento y que asocian tricotilomanía y tricofagia. Los pelos ingeridos son demasiado finos y escurridizos como para ser evacuados del estómago quedando retenidos en él. La desnaturalización de sus proteínas por el ácido gástrico y el acúmulo de moco le dan el aspecto negro y brillante que tienen. También es característico su mal olor debido a la degradación de los alimentos atrapados en el bezoar¹.

El fitobezoar por su parte es más frecuente en varones con cirugías gástricas previas que dificultan su evacuación².

El bezoar provocará una serie de síntomas acordes a su tamaño, posición y tiempo de evolución. Inicialmente, los síntomas suelen ser inespecíficos: dolor abdominal leve, anorexia, malestar, y en un 40% pérdida de peso y debilidad¹⁻⁷.

A medida que el bezoar crece, puede obstruir el píloro de forma intermitente provocando náuseas y vómitos y en la exploración física se podrá palpar una masa epigástrica. En fases más avanzadas, provoca una compresión mecánica continua de la pared gástrica, con inflamación crónica de su mucosa y úlceras sobre todo en la curvatura menor gástrica que son visibles hasta en un 10% (como en nuestro caso)³⁻⁷. Gastritis enfisematosa, neumatosis intramural y perforaciones de la pared gástrica son más excepcionales, aunque hay 2 casos descritos en la literatura de perforación y formación de absceso subfrénico secundario⁴.

No es infrecuente la extensión del bezoar al intestino delgado y han sido descritas pancreatitis e ictericias por obstrucción de la papila de Vater así como obstrucciones intestinales (Síndrome de Rapunzel) intususpecciones o perforaciones^{5,7}. También alguna porción del bezoar gástrico puede romperse y migrar hasta porciones más distales del intestino pudiendo provocar también cuadros obstructivos⁷.

El diagnóstico de estas lesiones en sus estados iniciales es difícil, debido a la inespecificidad de los síntomas que provoca, con lo que no son infrecuentes diversos ingresos en urgencias pediátricas con altas por falta de datos objetivos. No obstante datos como alopecia y alteraciones del comportamiento con tricotilomanía nos pueden ayudar a diagnosticar precozmente el bezoar⁶.

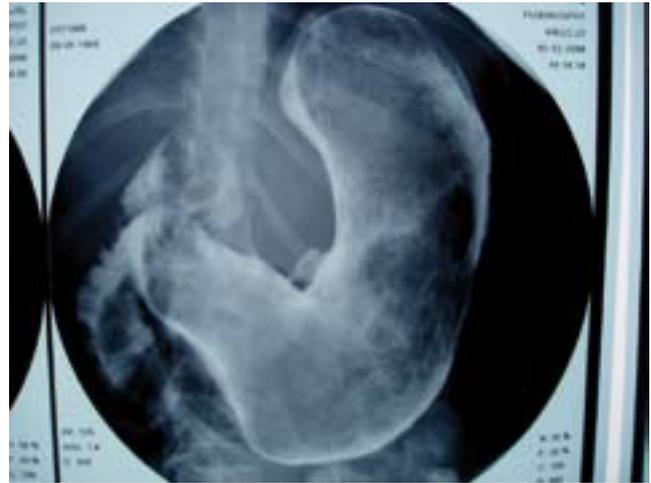


Figura 1.— Esófago-Gastro-Duodenografía con bario.



Figura 2.— Extracción de bezoar mediante gastrotomía



Figura 3.— Tricobezoar extraído.

En fases avanzadas la palpación de una masa epigástrica que a veces moldea el estómago es un dato muy sugerente¹⁻⁷.

Las pruebas de imagen en los casos de bezoar gástrico son bastante características y una masa opaca de aspecto moteado en el interior de un estómago dilatado es la forma más común de visualizarse en la radiografía simple de abdomen. En la ecografía abdominal se puede ver una masa hiperecogénica intragástrica con sombra posterior y múltiples interfases por el aire y los restos alimentarios atrapados en el bezoar. En el TAC abdominal, se puede objetivar una masa intragástrica con aspecto de malla, a veces con círculos concéntricos y de baja atenuación delimitada por el contraste oral suministrado^{1,3,6}.

La endoscopia también es diagnóstica.

El tratamiento es habitualmente quirúrgico, debido sobre todo al gran tamaño que alcanzan la mayoría de ellos. El principal medio es la laparotomía con el fin de diagnosticar posibles fragmentos emigrados a otras porciones del tubo digestivo. La gastrotomía y extracción del bezoar suele ser suficiente, aunque a veces son necesarias una o varias enterotomías para extraer prolongaciones largas al intestino delgado^{1,2,4,7}.

También han sido descritas extracciones vía endoscópica y vía laparoscópica de los bezoar gástricos, aunque al ser habitualmente de gran tamaño son vías menos factibles que la laparotomía⁵⁻⁷.

Bibliografía

1. Morris B., Shah ZK, Shah PP. An Intra-gastric trichobezoar: computerised tomographic appearance. *JPGM* 2000; 46 (2) : 94-95.
2. Zamir D., Goldblum C., Linova L. et al. Phytobezoars and trichobezoars: a 10-Year experience. *Journal of Clinical Gastroenterology* Nov/Dec 2004; 38 (10) : 873-876.
3. Lynch K., Feola P., Guenther E. Gastric trichobezoar: An important cause of abdominal pain presenting to the pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*. October 2003; 19 (5) : 343-347.
4. Koplewitz B., Daneman A., Fields S. et al. Gastric Trichobezoar and subphrenic abscess. *Radiology* 2000; 217 : 739-742.
5. Memon S., Parkash M., Qureshi JN., et al. Recurrent Rapunzel syndrome – a case report. *Med Sci Monit* 2003; 9 (9) : 92-94.
6. Sundaram B., Selvarajan N., Somu S., et al. Trichobezoar. *Archives of Disease in Childhood* 2003. 88 : 378.
7. Pitiakoudis M., Tsaroucha A., Mimidis K., et al. Esophageal and small bowel obstruction by occupational bezoar report of a case. *BMC Gastroenterol.* 2003 ; 3 (13) : 152-157.