

Tricobezoar Gástrico

Autor: Dr. **Jaime Orlando Gutiérrez Sánchez**, Cirujano General, ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal. Yarumal, Antioquia, Colombia. *gutierrez J. O., md, scc.*

Palabras Clave: Tricobezoar, Tricotilomanía, Tricofagia, Síndrome de Rapunzel.

Resumen

Los tricobezoares son una rara patología. Los bezoares gástricos pueden ocurrir en estómagos normales a causa de la ingestión de objetos que no atraviesan el píloro. Actualmente la mayoría de los bezoares ocurren como complicación de cirugía gástrica donde hay una función del píloro alterada, hipoperistalsis y bajas concentraciones de ácido gástrico. Se debe sospechar el tricobezoar cuando se ve un paciente joven del género femenino, con una masa firme y móvil en epigastrio. Los pacientes son asintomáticos por meses o años. Los síntomas pueden ser insidiosos o dramáticamente agudos. Aunque la entidad es diagnosticada radiológicamente, la endoscopia permite su identificación de una forma más eficaz. Algunos bezoares pueden ser tratados endoscópicamente pero se recomienda el tratamiento quirúrgico para los de mayor tamaño o con complicaciones. Una vez tratado se debe hacer énfasis en la prevención de la recurrencia. Se presenta el caso de una paciente con un tricobezoar gástrico complicado, sin antecedente de cirugía gástrica o abdominal previa.

Abstract

Trichobezoar constitute a rare type of Pathology. Gastric bezoars can occur in normal stomachs, as the result of ingesting of objects or foodstuff that do not traverse the pylorus. Currently, most bezoars develop as a complication of gastric operations that alter the normal function of the pylorus, or procedures that result in hypoperistalsis and low gastric acid concentrations. Trichobezoar must be suspected in a young woman presenting with a mobile and firm mass in the epigastrium. Patients may remain asymptomatic for months or years.

The onset symptoms of may be insidious, or dramatically acute. Although this entity can be diagnosed by roentgenographic examination, endoscopy contributes to a more efficient diagnosis.

Some bezoars may be managed endoscopically, but surgical treatment is indicated in those of greater volume or which become complicated. Once successful treatment is achieved, emphasis on the prevention of recurrence must be stressed. We present the case of a female with a complicated gastric trichobezoars, developing without previous history of gastric or abdominal surgery.

Introducción

Los bezoares son cuerpos extraños como cabello, plástico o algodón en el estómago e intestino (1-3). Los bezoares en humanos y animales se han conocido desde la antigüedad (4) y eran considerados antídotos para todo tipo de venenos y con un enorme poder curativo.

La enfermedad fue informada por Sushruta en India en el siglo XII A.C., así como también por Charak en el siglo II y III A.C. (1,5).

El primer tratamiento quirúrgico fue realizado en 1883 por Schonborn (6).

El bezoar gástrico se desarrolla cuando el material ingerido permanece en el estómago y no es digerido. La mayoría de los bezoares se forman en estómagos de pacientes con cirugía gastroduodenal previa u otras condiciones asociadas a estasis gástrica (7,8).

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 20 años de edad proveniente del área rural que refiere masa abdominal de dos meses de evolución y desde hace 1 mes, dolor en epigastrio y pérdida no cuantificada de peso.

Tiene antecedente de tres embarazos y tres partos, el último 56 días antes de consultar al servicio de urgencias por la enfermedad actual.

Al examen físico presenta palidez mucocutánea. En el abdomen se palpa a nivel epigástrico una masa firme, móvil e indolora de 15 x 10 cm. Además, edema grado II de miembros inferiores. Se realizó cuadro hemático que muestra Hto: 32% Hb: 10g./dL; eosinófilos, 10%; eritrosedimentación, 67 mm., con hipocromía; proteínas totales, 4,4 g.; albúmina, 3,3 g. Otros exámenes de laboratorio, normales.

En la ecografía de abdomen superior se encontró una extensa lesión tumoral sólida ecodensa en la topografía gástrica con gran sombra acústica posterior, de configuración elongada, que ejercía efecto de compresión sobre el páncreas y rechazaba las asas intestinales.

En el estudio de vías digestivas altas (Figura 1) se encontró un estómago hipotónico con gran defecto de llenado que ocupaba fondo, cuerpo y antro sin conexión de la masa con la pared gástrica.



Figura 1. Vías digestivas altas. Tricobezoar rodeado por la suspensión de bario.

La endoscopia digestiva alta evidenció un cuerpo extraño que ocupaba toda la luz gástrica e impedía el paso del endoscopio. Se tomó una muestra con pinza de biopsia en la que se observó cabello.

Se reinterrogó la paciente pero negó reiteradamente el antecedente de tricofagia. También se encontró al examen físico en la región frontal, disminución de la longitud del cabello.

En la evaluación por psicología hay una negación de sus hábitos patológicos. Con diagnóstico de tricobezoar gástrico se lleva la paciente a cirugía observándose gran dilatación y ocupación del estómago por una masa (Figura 2). Se realiza gastrotomía longitudinal anterior y se visualiza el tricobezoar y una úlcera en la curvatura menor (Figura 3). Se hace remoción del tricobezoar (Figura 4) que pesó 1.000 g.



Figura 2. El tricobezoar moldea el estómago.



Figura 3. Gastrotomía. Tricobezoar y úlcera en la curvatura menor.



Figura 4. Especimen quirúrgico en forma de J.

Presentó disminución en los valores de Hto. y Hb. lo que requirió transfusión. En el postoperatorio recibió bloqueadores H2. La evolución fue satisfactoria. El día 18 de postoperatorio había aumentado 6.5 kg de peso. El control 2 años después de la cirugía comprobó aumento de 25 kg de peso y la endoscopia digestiva fue normal.

Discusión

El término bezoar se deriva de las palabras *badzher* del árabe, *padzhar* del persa y *belazaar* del hebreo, y significan antídoto. Se pensaba que los bezoares, que eran obtenidos de animales, tenían poderes curativos.

Los tricobezoares se observan en mujeres en el 90% de los casos y en menores de 30 años en el 80% (1,4,9-12). Aird informó un pico de incidencia entre los 15 y 20 años de edad (13).

Uno de cada 2.000 niños sufre de tricotilomanía, muchos de tricofagia pero pocos presentan tricobezoares (1,2,11). Entre otros factores en la génesis de la entidad está la longitud del cabello, cantidades de cabello ingeridas, disminución del peristaltismo, alteración de la mucosa, secreción ácida y contenido de grasa en la dieta (1,2,11).

Se sugiere que el cabello es atrapado en los pliegues gástricos y retenido debido a una insuficiente superficie de fricción la cual es necesaria para la propulsión (1,9).

El cabello ingerido siempre se vuelve de color negro independientemente de su color debido a la desnaturalización de las proteínas por el ácido del jugo gástrico (1,11,14,15).

Los síntomas de la enfermedad son: masa móvil en el epigastrio (70%), náuseas y vómito (64%), hematemesis (61%), pérdida de peso (38%) y diarrea o constipación (32%) (1-3,9,11,14,16,17). La presencia de los síntomas depende de la elasticidad del estómago, el tamaño del bezoar y de la aparición o no de complicaciones.

Aunque algunos autores refieren que si los pacientes se evalúan adecuadamente, todos presentan algún tipo de alteración psiquiátrica que puede variar desde la ansiedad crónica hasta el retardo mental; otros hablan de que sólo 10% de los casos presenta una alteración psicológica (14,17).

El diagnóstico diferencial de la masa en el epigastrio es con el pseudoquistes pancreático, el neuroblastoma, el riñón en herradura, los tumores gástricos, la hepatomegalia y la esplenomegalia (1,2,11).

Una forma rara pero potencialmente fatal del tricobezoar es el Síndrome de Rapunzel, evocando el cuento de los hermanos Wilhelm y Jacob Grimm que en 1812 escribieron la historia sobre Rapunzel; una joven que lanzaba su larga cabellera para que su enamorado el príncipe subiera a la torre donde se encontraba prisionera (1,2,4,18). La patología del síndrome está dada por la presencia de cabello en el intestino delgado con una gran bola de cabello fija en el estómago como una ancla. La diferencia de presiones entre el borde mesentérico del intestino relativamente fijo comparado con el de el borde antimesentérico móvil sumado a la tensión por el peristaltismo produce un efecto de acordeón que lleva a necrosis isquémica y perforación del intestino delgado.

El diagnóstico es un reto ya que el paciente niega u oculta la información sobre tricofagia (11); el dato de tricotilomanía y tricofagia se obtiene en menos de 50% de los pacientes (15). Aunque es infrecuente la presencia de cabello en la materia fecal o en el vómito, permite hacer el diagnóstico (1,9,15,19). La alopecia en placas por tricotilomanía así como la halitosis por putrefacción del material en el estómago, son ayudas para el diagnóstico (5). Lamerton ha descrito la palpación del bezoar por el tacto rectal en niños (11,17).

El diagnóstico se realiza con el estudio radiológico donde se visualiza el bario rodeando una masa que generalmente flota en la suspensión, lo cual además lo diferencia de un tumor maligno. También se visualiza cómo el bario queda atrapado en el intersticio del bezoar dando una imagen de "superficie en panal de abejas" (11).

La ecografía lo describe con un signo específico que es una banda ancha de ecos de gran amplitud con sombra acústica posterior (11).

La endoscopia digestiva es el método diagnóstico de elección ya que se ha demostrado que con la radiografía de las vías digestivas sólo se diagnostica una cuarta parte de los casos identificados endoscópicamente (14,15).

Las complicaciones de los bezoares son mecánicas y traumáticas. Entre las primeras están la obstrucción y el íleo, y entre las traumáticas, la ulceración, hemorragia, perforación y peritonitis (4,13,16). La obstrucción intestinal baja se presenta cuando fragmentos del tricobezoar pasan el píloro y se detienen en algún segmento del intestino (20). La úlcera se produce en la curvatura menor en 80% de los casos y se presenta por necrosis de la pared gástrica por presión (1,2,9,14,19).

Otras complicaciones inusuales son, ictericia obstructiva que es debida a la extensión del bezoar hacia el duodeno (5); enteropatía perdedora de proteínas y anemia megaloblástica, asociadas a sobrecrecimiento bacteriano en el intestino delgado (16).

La pérdida de peso causada por los bezoares ha sido usada como la base para el tratamiento de la obesidad mórbida, colocando una burbuja intragástrica es decir un bezoar sintético. Esta fue desarrollada por Garrens y American-Edwards y aprobada para su uso por la FDA en la década de los 80's.

En estudios utilizando la burbuja asociada a una dieta de 800 a 1.000 calorías se ha informado la pérdida de hasta 20 kg de peso en 5 meses. Se han colocado unas 17.000 burbujas con complicaciones similares a las de los bezoares, como obstrucción intestinal, úlceras y perforación gástrica (14).

El peso del tricobezoar seco es aproximadamente la tercera parte del peso húmedo.

El objetivo del tratamiento es su remoción y prevención de la recurrencia que se presenta en 20% de los casos (3,14,15).

Los bezoares insolubles deben ser removidos mecánicamente, ya sea por endoscopia o por medio de cirugía (3,17). Pueden ser fragmentados con láser Nd: YAG, taladro endoscópico, litotripsia electrohidráulica, o litotripsia extracorpórea con onda de choque, pero la eliminación endoscópica es tediosa.

Soehendra eliminó un bezoar de 15x7 cm y requirió tres sesiones de endoscopia y más de 100 intubaciones (15).

Si el tamaño del bezoar es muy grande se debe remover quirúrgicamente (3,17).

El tratamiento quirúrgico presenta una baja mortalidad, que en la revisión de DeBakey fue de 5% (10).

Se realiza una gastrotomía y si hay compromiso del intestino delgado, múltiples enterotomías (1,2,4,19).

Cuando se encuentra asociado a una úlcera no es necesario hacer tratamiento quirúrgico de ésta, ya que al retirar el bezoar mejora la lesión.

Si hay una obstrucción del intestino delgado secundaria a un bezoar siempre se debe explorar el estómago para descartar un bezoar gástrico (14,17).

La recurrencia y la necesidad de reoperación son raras. Se recomienda seguimiento psiquiátrico para disminuir la frecuencia de recurrencias (1,9,19).

REFERENCIAS

1. Deslypere JP, Praet M, Verdonk G: An unusual Case of the Trichobezoar: The Rapunzel Syndrome. Am J Gastroenterol 1982; 77(7): 467-70
2. Pul N, Pul M: The Rapunzel Syndrome (trichobezoar) Causing gastric perforations in a Child: a Case Report. Eur J Pediatr 1996 Jan; 155(1): 18-9
3. Rider J, Forestl F, Garrido J, et al: Gastric Bezoars: Treatment and Prevention. Am J Gastroenterol 1984; 79 (5): 357-9
4. Goldstein S, Lewis J, Rothstein R: Intestinal Obstruction Due to Bezoars. Am J Gastroenterol 1984; 79(4): 313-8
5. Byrne WJ: Cuerpos Extraños, Bezoares e Ingestión de Cáusticos. Clin Endoc North Am 1994; 1: 103-2
6. Kim SK, Beck AR: Multiple Small Bowel Perforations: an Unusual Complication of Trichobezoar. Mt Sinai J Med 1972; 39: 293-9

7. Cohen MI, Winslow PR, Boley SJ: Intestinal Obstruction Associated with Cholestyramine Therapy. *N Engl J Med* 1969; 280: 1285-6
8. Eremberg A, Shaw RD, Yousefzadeh D: Lactobezoar in the Low Birth-weight Infant. *Pediatrics* 1979; 63: 642-6
9. Lamerton AJ: Trichobezoar: Two Cases Report - a New Physical Sign. *Am J Gastroenterol* 1984; 79(5): 354-6
10. Krugner L, Wolden T, Gendron A, Atkinson R: High Prevalence of Gastric Trichobezoars (Hair Balls) in Wistar-Kioto Rats Fed a Semi-purified Diet. *Lab Anim Sci* 1996 Dec; 46(6): 635-9
11. Pozo JC, Gómez TA, Rincón N, Berríos C: Tricobezoar: Diagnóstico Inusual. Reporte de 3 casos. *GEN* 1995 Abr; 49(2): 157-0
12. Velásquez O: Bezoar. En: Vélez H, Borrero J, Restrepo J. *Gastroenterología Hepatología Nutrición*. 2da. ed. Medellín, CIB, 1982, pp. 141-3
13. Rao PL, Mitra SK, Pathak IC: Trichobezoar in Children. *Int Surg* 1981;66(1): 63-5
14. Andrus C, Ponsky J: Bezoars: Classification, Pathophysiology and Treatment. *Am J Gastroenterol* 1988; 83(5): 476-8
15. Lee J: Bezoares y Cuerpos Extraños en el Estómago. *Clin Endosc Norte Am* 1996; 3: 573-86
16. Winston D, Katz S, Katzka Y: Silent Trichobezoar. *Am J Gastroenterol* 1974; 62: 367-0
17. Robles R, Parrilla P, Escamilla C, et al: Gastrointestinal Bezoars. *Br J Surg* 1994; 81:1000-1
18. DeBakey ME, Jordan LE: Cuerpos Extraños en el Esófago, Estómago y Duodeno. En: Schwartz SI, Ellis H. *Operaciones Abdominales* 8a ed. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana S.A., 1986, p. 653-69
19. Seker B, Diler ON, Karaayvaz M: Trichobezoars as a Cause of Gastrointestinal Obstructions: The Rapunzel Syndrome. *Acta Gastroenterol Bel* 1996 Apr; 59(2): 166-7
20. Sharma V, Sharma ID: Intestinal Trichobezoar with Perforation in Child. *J Pediat Surg* 1992; 27: 518-9.