



Revista Información Científica

ISSN: 1028-9933

ric@guaso.gtm.sld.cu

Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo
Cuba

Nicot Garraguey, Agna Saturnina; Zambrano Díaz, Elia; Sánchez Reyes, Damián
Tricobezoar. Presentación de un caso
Revista Información Científica, vol. 96, núm. 2, 2017, Marzo-, pp. 306-313
Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo
Cuba

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551764114017>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

INFORME DE CASO

Tricobezoar. Presentación de un caso

Trichothezoar. Presentation of a case

Agna Saturnina Nicot Garraguey, Elia Zambrano Díaz, Damián Sánchez Reyes

Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se presentó el caso de una paciente femenina de 11 años de edad, de procedencia urbana, sin antecedentes patológicos personales, que llegó al cuerpo de guardia presentando dolor abdominal, vómitos, al examen físico se palpó a nivel del mesogastrio tumoración dura, fija y dolorosa. Los exámenes imaginológicos realizados comprueban la existencia de una tumoración en mesogastrio que provoca una oclusión intestinal, por lo cual fue intervenida quirúrgicamente, con el diagnóstico definitivo de tricobezoar y ascariasis.

Palabras clave: tricobezoar; niña; tumoración mesogástrica

ABSTRACT

It was presented a case of an 11-year-old female patient of urban origin, with no personal pathological history, who arrived at the body of the guard presenting abdominal pain, vomiting and physical examination was palpated at the level of the mesogastrium hard, fixed and painful tumor. The imaging examinations carried out confirm the existence of a mesogastrium tumor that causes an intestinal occlusion, so it was operated, with the definitive diagnosis of tricobezoar and ascariasis.

Keywords: tricobezoar; girl; mesogastric tumor

INTRODUCCIÓN

Los bezoares corresponden a masas sólidas formadas por elementos deglutidos y digeridos en forma incompleta, como fibras o restos de comida. Por lo general afectan el estómago, aunque se han reportado en cualquier área del tubo digestivo.

Su formación puede dar distintos cuadros clínicos, principalmente obstrucción del tránsito intestinal y sus complicaciones.

Se clasifican principalmente en tres tipos de acuerdo al material que los compone:

- a) fitobezoares: materiales vegetales no digeridos
- b) tricobezoares, constituidos por pelos ingeridos
- c) lactobezoares. Un tipo especial es el llamado Síndrome de Rapunzel en el que un tricobezoar gástrico se prolonga hasta el intestino delgado e incluso el colon.

Los tricobezoares constituyen una patología de rara ocurrencia, son más comunes en el paciente en edad pediátrica, de hecho, en un 90 % de los casos involucra niñas menores de 20 años, y es raro de observar en pacientes de sexo masculino. Se han asociado a pacientes con retardo mental, pica y tricotilomanía: cuadro psiquiátrico de corte ansioso en que el paciente tiene compulsión por tirar y sacarse el pelo.¹

En un 50 % de los casos existe el antecedente de tricotofagia. El tricobezoar es invariablemente negro debido a la desnaturalización de las proteínas del pelo por acción del ácido clorhídrico, brillante por el moco retenido y de mal olor por los restos alimentarios en descomposición que lo componen.

El cuadro clínico se caracteriza por dolor abdominal en el cuadrante superior izquierdo en el 40 % de los casos, así como anorexia, pérdida de peso y vómitos. Al examen físico puede encontrarse una masa palpable no dolorosa en el cuadrante superior izquierdo, palidez de piel y mucosas, alopecia y halitosis.¹

El bezoar es una masa por acumulación de material no digerido en el tracto gastrointestinal. Los tricobezoares (bolas de pelo) suelen ser gástricos, pero pueden extenderse hacia el intestino delgado (síndrome de Rapunzel) siendo poco frecuentes en edad pediátrica.²

Los tricobezores se forman gradualmente y aumentan de tamaño a lo largo de los meses, a medida que el paciente deglute pelo y éste queda atrapado en la mucosa gástrica.

La acción del ácido gástrico denatura proteínas del pelo dando a la masa en formación un aspecto verde oscuro o negruzco y un olor desagradable. La sintomatología en general se desarrolla en forma lenta, retardando el diagnóstico, ya que el antecedente de tricofagia no aparece en forma espontánea en la historia.

Los síntomas de presentación corresponden a dolor abdominal o epigástrico, náuseas, vómitos, saciedad precoz, pérdida de peso, hematemesis secundaria a irritación gástrica y alteraciones del tránsito intestinal como diarrea o constipación.

Es raro el antecedente de expulsión de restos del bezoar en las deposiciones o el vómito. Al examen físico puede encontrarse una masa palpable no dolorosa en cuadrante superior izquierdo, además de alopecia y halitosis.

El uso de imágenes ayuda en el diagnóstico, encontrándose distintos patrones de acuerdo al medio diagnóstico utilizado.³

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 11 años de edad de procedencia urbana, sin antecedentes patológicos personales, que llega al cuerpo de guardia presentando dolor abdominal, vómitos y al examen físico se palpa a nivel del mesogastrio tumoración dura, fija y dolorosa.

Exámenes imagenológicos:

Ecografía abdominal: se observó a nivel de mesogastrio gran lesión heterogénea con gruesa sombra acústica acompañada de aumento del patrón gaseoso intestinal, el resto de los órganos abdominales sin alteraciones.

Radiografía de abdomen simple: se apreció distensión de asas intestinales delgadas con niveles hidroaéreos organizados, sin gas en el recto.

Se intervino quirúrgicamente con el diagnóstico de oclusión intestinal alta (Figuras 1 y 2). En el acto quirúrgico se observó masa tumoral que involucra el intestino delgado compuesto mayormente de pelo asociado a múltiples imágenes de áscaris.



Figura 1. Pieza anatómica de estómago con fitobezoar.



Figura 2. Muestra de áscaris en el interior de la pieza.

DISCUSIÓN DEL CASO

Los bezoares son colecciones de material ingerido que se acumulan con el tiempo en el tracto gastrointestinal. Son cuerpos extraños poco comunes compuestos por pelo, fibras vegetales, determinados minerales, y con la ingestión de algunos medicamentos que toman la forma del estómago o el intestino que lo contiene.⁴

El término bezoar deriva de la palabra badzahr, pahnzahr y beluzaar, del árabe, persa y hebreo, que significan antídoto, ya que se le atribuían poderes especiales, fundamentalmente la habilidad de neutralizar los venenos.⁵ En el siglo XVIII fueron muy apreciados por sus poderes mágicos y se creía que evitaban la epilepsia, disentería, peste y lepra, a veces fueron usados como amuletos que proporcionaban protección contra los espíritus malignos.⁶

La enfermedad fue informada por Sushruta en la India en el siglo XII A.C, así como también por Charak en el siglo II A.C.⁷

Cuatro tipos de bezoares se han descrito basados en su composición: fitobezoar los más frecuentes, compuestos por fibras vegetales), farmacobezoar, tricobezoar y lactobezoar, este último de exclusiva presentación en niños.⁸

Los tricobezoares ocurren principalmente en el sexo femenino 90 % de los pacientes). En cuanto a la edad, 80 % corresponden a pacientes menores de 30 años y en el grupo etáreo más frecuente se haya entre 10 y 20 años, generalmente conformado por pacientes con trastornos emocionales o retraso mental.

La causa de éstos es la tricotilomanía compulsión a arrancarse su propio cabello) asociado a tricofagia ingerir cabello) siendo objetivable en menos del 50 % de los casos.⁹ En 1779, Baudemant, publicó el primer caso de tricobezoar.¹⁰

Se considera de interés describir, por su rara frecuencia, el presente caso de una niña con tricobezoar gástrico como causa de tumoración abdominal, el cual fue resuelto quirúrgicamente.

Los tricobezoares pueden crecer con lentitud durante muchos años, formar un molde en el estómago y prolongarse al intestino. Su tamaño es variable en dependencia del tiempo de evolución y el hábito de la tricofagia.

El mayor tamaño que se ha reportado fue de 3.5 kg y 62 cm.⁸ Se localizan preferentemente en el estómago, pero se han descrito en todo el tracto gastrointestinal.

Sus manifestaciones clínicas son variadas, pasan asintomático por largo periodo antes de consultar o presentar síntomas, como sensación de saciedad precoz, debilidad y malestar abdominal inespecífico.

Los signos y síntomas mas frecuentes son: masa móvil en epigastrio (70 %), náuseas y vómitos (64 %), hematemesis (61 %), pérdida de peso (38 %) y diarreas o constipación (32 %).¹¹

Algunos autores sugieren que, si el paciente es evaluado adecuadamente, todos presentan algún tipo de alteración psicológica, que pueden variar desde la ansiedad crónica hasta el retardo mental; otros autores han mencionado que sólo el 10 % de los casos presentan alteración psicológica.¹²

El diagnóstico es un reto ya que el paciente niega la información sobre la tricofagia.¹³

La ecografía fue el método de diagnóstico, a pesar de que se describió el método ideal del diagnóstico por endoscopia, que no fue necesario realizar en esta paciente.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente, sin complicaciones, siendo dada de alta con control neuropsiquiátrico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coronel C, Martínez Arguello D, Cáceres R, Vera A. Síndrome de retención gástrica por tricobezoar. Rev Nac (Itaugúa) [Internet]. 2013[citado 20 Feb 2016];5(1):53-56. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v5n1/v5n1a08.pdf>
2. Delgado Duatis G, Guillen G. Tricobezoar: una causa inusual de obstrucción intestinal. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2015 [citado 20 Feb 2016];83(4):289-290. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/search/Tricobezoar>
3. Millán Escalona E, Abascal Ballester J, Ríos Gutiérrez N. Tricobezoar. Rev Cub Med Gen Int [Internet]. 2011 [citado 1 Mar 2015];27(4):[aprox. 8 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400015
4. Pulido Cejudo A, Jalife Montaña A, Guzmán Gutiérrez M, Castellanos Carmona MX. Metalobezoar como causa de abdomen agudo.

- Presentación de un caso. Rev Med Hosp Gen México [Internet]. 2013 [citado 20 Feb 2016]; 76(2):84-87. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-metalobezoar-como-causa-abdomen-agudo--90208289>
5. Virgili Silveira HJ, Celho Junior JA, Gestic MA, Adami Chaim E, Adami Angreollo N. Tricobezoar gigante. Relato de caso e revisão da literatura. Arq Bras Cir Dig [Internet]. 2012 [citado 20 Feb 2016]; 25(2): 135-136. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202012000200016
 6. Frago Arbelo T, Luaces Frago E, Díaz Lorenzo T. Bezoares. Rev Cub Ped [Internet]. 2002 [citado 20 Ene 2017]; 74(1):77-82. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol74_1_02/PED10102.htm
 7. Tovar LM, Ramírez N. Síndrome de Rapunzel (tricobezoar gástrico con extensión a duodeno y yeyuno): a propósito de un caso. Gen [Internet]. 2010 [citado 20 Feb 2016]; 64(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032010000100011
 8. Anzieta J, Felmer O, Gabrielle M, Venturelli F, Sánchez G, Torrijos C. Obstrucción intestinal causada por tricobezoar: síndrome de rapunzel. Rev Méd Chile [Internet]. 2008 [citado 20 Feb 2016]; 136(8):1027-1030. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v136n8/art10.pdf>
 9. Jaramillo Borges YM. Tricotilomanía, tricotofagia y el síndrome de Rapunzel. Acta Méd Costarric [Internet]. 2007 [citado 10 Mar 2015]; 49(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v49n1/3299.pdf>
 10. Loja D, Alvizuri J, Vilca M, Sánchez M. Síndrome de Rapunzel: tricobezoar gastroduodenal. An Fac Med [Internet]. 2003 [citado 3 Ene 2017]; 64(1):71-77. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/379/37964110.pdf>
 11. Gutiérrez Sánchez JO. Tricobezoar gástrico. Rev Colomb Cir [Internet]. [citado 20 Ene 2015]; 15(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/vc-151/cirugia15no-1-00tricobezoar/>
 12. Ojeda López LA, Labaut Arévalo N, Gorina del Cristo R, Hernández Dinza PA. Tricobezoar gástrico y síndrome de Rapunzel en una adolescente. MEDISAN [Internet]. 2010 [20 Ene 2015]; 14(7): 994. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/v14n7_10/san14710.pdf
 13. Álvarez Tutor J, Álvarez Tutor E, Clint JL, Sauret J. Hallazgos radiológicos en el síndrome de rapunzel (tricobezoar). Semergen [Internet]. 2009 [citado 20 Ene 2014]; 35(7): 350-2. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-hallazgos-radiologicos-el-sindrome-rapunzel-13140501>

Recibido: 19 de enero de 2017

Aprobado: 27 de enero de 2017

Dra. Agna Saturnina Nicot Garraguey. Hospital Pediátrico Docente
"Pedro Agustín Pérez". Guantánamo. Cuba. **Email:**
mduany@infomed.sld.cu