

CASO CLÍNICO

TRICOBEOZOAR COMO CAUSA DE OBSTRUCCION INTESTINAL EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FF.AA. No.1. REPORTE DE UN CASO

Autores

Dr. Edison Tasambay (1), Dr. Edwin Mendoza (2), Dr. Juan Calispa (3)

RESUMEN

Contexto: El tricobezoar, es una patología rara que se evidencia de manera mas común en mujeres con un porcentaje del 90%, y en un 80% es en personas menores de 30 años. Se presenta el caso de una paciente con cuadro de dolor abdominal de dos meses de evolución que se acompaña de masa que a aumentado de tamaño en el mismo tiempo, se presenta el manejo y revisión bibliográfica del tricobezoar.

Presentación de caso: Mujer de 15 años de edad con cuadro de dolor abdominal de dos meses de evolución que se acompaña de masa a nivel de epigastrio que ha aumentado de tamaño en el mismo tiempo, es sometida a TAC de abdomen en donde se evidencia tricobezoar, paciente sometida a laparotomía para extracción de tricobezoar, cirugía sin complicaciones, con evolución post-quirúrgica favorable, tolera dieta de manera adecuada, es dada de alta a los seis días de su ingreso.

Conclusión: En aquellos pacientes menores de treinta años y con dolor abdominal crónico, masa a nivel de epigastrio y antecedente de enfermedad psiquiátrica se debe tener presente como diagnóstico Tricobezoar. La decisión quirúrgica abierta en un tricobezoar es la decisión terapéutica con mayor porcentaje de éxito.

Palabras clave: Tricobezoar, Dolor abdominal crónico, tricotofagia, masa abdominal.

ABSTRACT

Context: Trichobezoar is a rare pathology that is most commonly seen in women with a percentage of 90%, and 80% is seen in people under 30 years.

We present the case of a patient with clinic of abdominal pain for two months that was accompanied by abdominal mass that has increased in size, at the same time, we review the management and treatment of trichobezoar

Case presentation: A 15-year-old woman with a clinic of abdominal pain for two months accompanied by a mass at epigastrium level that has increased in size, the CT scan of the abdomen show evidence of trichobezoar. The patient had a laparotomy for trichobezoar extraction, without complications, with favorable post-surgical evolution, she tolerated proper diet, is discharged six days after admission.

Conclusion: In those patients under thirty years of age and with chronic abdominal pain, mass at the epigastrium level and a history of psychiatric illness, trichobezoar should be considered as a differential diagnosis. The open surgical decision in a trichobezoar is the therapeutic decision with the highest success rate.

Keywords: Trichobezoar, Chronic Abdominal Pain, Trichophagy, Abdominal mass.

1) Cirujano General. Líder Del Servicio Cirugía General Hospital de Especialidades FF.AA. No.1.

2) Cirujano General. Hospital de Especialidades FF.AA. No.1.

3) Médico, Residente Cirugía General Hospital de Especialidades FF.AA. No.1.

Autor Correspondencia: Juan Calispa

Dirección: Calle Primero de Mayo y Don Quijote. Quito-Ecuador.

Teléfono: 593- 996676377

Correo electrónico: calispajuan.jc@gmail.com

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 15 años, admitida en el servicio de emergencias por presentar dolor abdominal de dos meses de evolución que se exacerba en los últimos días, se acompaña de anorexia. Hace aproximadamente 2 años presenta ingesta de su cabello en situaciones inicialmente de tristeza y posterior como hábito. Paciente con antecedente de síndrome depresivo-ansioso en tratamiento con Valcote.

Al examen físico paciente consciente orientada, signos vitales dentro de parámetros normales, abdomen: suave depresible, se palpa masa en hipocondrio izquierdo, masa móvil de bordes definidos, abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda. No signos de irritación peritoneal.

Paciente sometida a TAC abdominal se evidencia masa a nivel de cuerpo y curvatura mayor de estómago, aparentemente compatible con tricobezoar.

Paciente valorada por gastroenterología para posible resolución endoscópica, debido a tamaño de masa no se puede realizar procedimiento endoscópico.

Se ingresa a paciente al servicio de cirugía general para resolución quirúrgica (laparotomía más extracción de tricobezoar.)

Paciente sometida a laparotomía media supra-umbilical donde se evidencia:

1. Estómago distendido, duro en toda su extensión que al abrir contiene tricobezoar.
2. Tricobezoar de aproximadamente 20 cm de longitud, compacto.
3. Resto de estructuras macroscópicamente normales.

Paciente es llevado a postquirúrgico con evolución favorable sin complicaciones postquirúrgicas inmediatas o mediatas tolera de manera adecuada la dieta, es dada de alta la paciente a los seis días posterior a su ingreso.

DISCUSIÓN

El bezoar es una masa intraluminal formada por la aglomeración de material no digerible en el tracto gastro-intestinal¹. El bezoar se clasifica en 5 tipos según su composición, los cuales son; tricobezoar compuesto por fibras de cabello, fitobezoar compuesto por fibras de vegetales no digeribles como la celulosa, fitobezoar se puede dar en pacientes adultos sometidos a cirugía gástrica o vagotomía², lactobezoar (residuos de leche materna) más común en recién nacidos y prematuros³, fármaco bezoar por ingesta de medicamentos como aluminio, magnesio y cimetidina y cuerpos extraños².

El tricobezoar fue descrito en 1779 por Boudamont³. En 1883 Schonborn realizó el primer tratamiento quirúrgico del tricobezoar².

El tricobezoar es el tipo de bezoar más común que se presenta en un 0.06 - 4%². En pacientes pediátricos los bezoares más comunes son el tricobezoar, lactobezoar y fitobezoar³.

Se estima que 1 de cada 2000 niños sufren tricotilomania, el 30% de estos pacientes desarrollan tricofagia y solo el 1% desarrolla tricobezoar. El tricobezoar es más común en mujeres y ocurren en personas por debajo de los 30 años³.

Esta patología es vista en un mayor porcentaje en pacientes mujeres menores de 30 años con tricotilomania y tricofagia y esta usualmente asociado a desórdenes psiquiátricos.

El cabello humano es resistente a la digestión y al peristaltismo intestinal por su superficie lisa lo que disminuye la propulsión del contenido gástrico, así la ingesta continua de cabello durante un periodo de tiempo produce la compactación del cabello en la mucosa gástrica al nivel de los pliegues del estómago^{1,2}. El tricobezoar normalmente se extiende en la cavidad gástrica, si este sobrepasa el píloro y se extiende al intestino delgado e incluso al colon toma el nombre de síndrome de Rapunzel⁴.

Usualmente el tricobezoar no produce síntomas hasta alcanzar un tamaño considerable se han reportado casos de tricobezoar de hasta 2500 gr⁵. La clínica en el tricobezoar puede ser masa palpable en un 88% dolor abdominal en un 70% náusea y vómito en un 65% pérdida de peso y debilidad 38% constipación diarreas 32% hematemesis 6%⁶.

En el síndrome de Rapunzel la presentación clínica más común es el dolor abdominal con un 37% de aparición náusea y vómito en un 33% obstrucción intestinal 25.9%, peritonitis 18.3% pérdida de peso 7.4%⁷.

Los trastornos psiquiátricos y retraso mental son factores que predisponen el desarrollo de la enfermedad⁸.

En el diagnóstico diferencial de la enfermedad debemos tener presente esplenomegalia por linfoma, tumor en lóbulo izquierdo del hígado neuroblastoma o carcinoma de estómago³.

El diagnóstico de tricobezoar se realiza por descarte de otras patologías más comunes⁵. Los rayos X de abdomen para el diagnóstico de tricobezoar tiene una sensibilidad del 10 al 18%, la tomografía de abdomen es el método de elección para el diagnóstico del tricobezoar.

Se puede emplear fluoroscopia en donde se puede evidenciar densidades moteadas en el estómago que deben ser sospechosas de la patología si se mantiene en el tiempo. La endoscopia digestiva alta puede usarse como método diagnóstico en donde se va a evidenciar de manera directa al tricobezoar ⁷.

El tratamiento tiene 2 pilares fundamentales que van a ser el tratamiento del trastorno psiquiátrico que lo desencadena y el tratamiento del tricobezoar ³.

El tratamiento para la extracción del tricobezoar puede ser endoscópico o quirúrgico (abierto / laparoscopia), hay varios estudios de series de casos en los que el tratamiento endoscópico exitoso fueron escasos y en la mayoría de ocasiones el tratamiento fue fallido ⁸.

Un estudio de reporte de casos realizado en China con 100 pacientes fueron sometidos al tratamiento endoscópico como fragmentación del tricobezoar para la extracción del mismo y se realizó en varias sesiones de endoscopia los resultados fueron 70% curados con un solo procedimiento endoscópico, 94% curados con 2 procedimientos endoscópicos, 100% con 3 procedimientos endoscópicos entre las complicaciones se reportaron un caso de perforación gástrica, además el tratamiento endoscópico tiene riesgo de perforación esofágica ⁵. En otro estudio se reportó que en 40 pacientes hubo el éxito con tratamiento endoscópico en un 5%, 8 pacientes fueron sometidos a cirugía laparoscópica con éxito en el 75% y 104 pacientes fueron sometidos a cirugía abierta con un éxito del 99% ⁹.

En cirugía abierta el tricobezoar debe fragmentarse por digitoclasia, en ausencia de sufrimiento isquémico del intestino delgado de la zona afectada y, si es posible, hay que empujarlo en sentido anti-peristáltico. Si no es posible la fragmentación, puede efectuarse una enterotomía o, más raramente, una resección-anastomosis en caso de sufrimiento intestinal asociado ¹⁰.

En todos los casos, al finalizar la intervención debe efectuarse una fibroendoscopia esófago-gastroduodenal con el fin de retirar un posible bezoar gástrico residual ¹⁰.

En una revisión reciente de todos los informes de casos con respecto a los bezoares, 100 (92.5%) de 108 pacientes fueron tratados con una laparotomía con una tasa de éxito del 99% y una tasa de complicaciones del 12% ¹¹.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



CONCLUSIÓN

El tricobezoar es una patología que se debe sospechar en mujeres jóvenes que tengan antecedentes de trastornos psiquiátricos que vayan asociados a tricotilomanía y tricofagia ¹, la patología es más frecuente en pacientes del sexo femenino ³, el examen de elección para el diagnóstico es la TAC de abdomen ⁷, y el tratamiento más seguro hasta ahora comprobado a pesar de la escasa evidencia es la cirugía abierta ^{2,9}.

REFERENCIAS

1. Bousfiha N, Derieux S, Amiot A, Cherif R. Upper gastrointestinal obstruction due to trichobezoar. *Press Medicale* [Internet]. 2014;43(9):1008-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2013.12.013>.
2. Salinas F, Sánchez-Sierra LE, Lanza L, Ochoa T. Síndrome de Rapunzel en una adolescente: causa de suboclusión intestinal. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2017;69(5):404-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.10.003>
3. Sanneerappa PBJ, Hayes HM, Daly E, Moodley V n. Trichobezoar: a diagnosis which is hard to swallow and harder to digest. *Case Reports* [Internet]. 2014; 2014; 2014 (Apr 30 2);bcr2013201569-bcr2013201569. Available from: <http://casereports.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bcr-2013-201569>
4. Rickert AT, Düker G, Heydweiller A, Strohm J, Born M, Franke I. Rapunzel's syndrome - A rare phenomenon. *Klin Padiatr*. 2014;226(5):297-8.
5. Sullivan MJO, Mcgreal G, Walsh JG, Redmond HP. M J O'Sullivan. 2001;
6. Guzmán E, Montes P, Del Carmen Chávez R, Monge E. Education and Imaging. *Gastrointestinal: gastric trichobezoar. J Gastroenterol Hepatol*. 2013;28(6):902.
7. Belsky J, Whitcomb V, Zimmerman E, Stankovic C. Rapunzel syndrome: Diagnosis via radiograph and history. *Pediatr Emerg Care*. 2014;30(5):352-3.
8. Castle SL, Zmora O, Papillon S, Levin D, Stein JE. Management of Complicated Gastric Bezoars in Children and Adolescents. *IMAJ*. 2015;17(september):1-8.
9. Delgado Duatis G, Guillen G. Tricobezoar: una causa inusual de obstrucción intestinal. *An Pediatr* [Internet]. 2015;83(4):289-90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.03.004>
10. Trésallet C, Royer B, Menegaux F. Oclusiones agudas del intestino delgado del adulto. *EMC - Técnicas Quirúrgicas - Apar Dig* [Internet]. 2010;26(2):1-19. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1282912910701203>
11. Fallon SC, Slater BJ, Larimer EL, Brandt ML, Lopez ME. The surgical management of Rapunzel syndrome: A case series and literature review. *J Pediatr Surg* [Internet]. 2013;48(4):830-4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2012.07.046>