

SECCION DE IMAGENES

TRICOBEOZOAR
PRIMER CASO PUBLICADO EN LA LITERATURA MEDICA DOMINICANA

* Dr. Fernando Díaz Espinal
 ** Dr. Franklin M. Delgado Cuevas
 *** Dr. Fernando Díaz García

INTRODUCCION

Los bezoares del tubo digestivo han sido objeto del interés médico y de la curiosidad de los pueblos durante



FIG. No. 1. Serie gastroduodenal demostrando la tumoración intragástrica.

- (*) Jefe del Departamento de Cirugía, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, R.D.
 (**) Residente de segundo año de pediatría, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, R.D.
 (***) Médico egresado de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, R.D.

siglos, y a pesar de que antiguamente se les atribuían poderes especiales entre los que se cuenta la habilidad para neutralizar venenos actuando como antídotos,¹⁻² en medicina no son más que cuerpos extraños intragástricos compuestos por material ingerido y acumulado in situ.³

Según su composición, los bezoares pueden clasificarse en tres grupos:

- A) Fitobezoar (de "PHYTON"), compuesto de un conglomerado de fibras vegetales, especialmente las existentes en níspero, naranja, coco, ciruela,



FIG. No. 2. Estudio sonográfico que reportó tumoración sólida a nivel de epigastrio de 6 x 8 x 9.5 cm.

uva y apio,⁴ las cuales están formadas por un polisacárido no absorbible (celulosa y hemicelulosa), y por la lignina, que es un compuesto no hidrocarbonado.¹

- B) Tricobezoar, compuesto mayoritariamente por pelo. Suelen ser observados en personas con alteraciones emocionales específicas y en adolescentes de larga trenza y mentalmente subnormales.²
- C) Concreciones, las cuales pueden ser producidas por medicamentos, sales minerales, goma, laca, resina e incluso conglomerado de leche en el recién nacido (lactobezoar).

El objetivo de la presentación de este caso, es alertar a la clase médica dominicana sobre las formas variables de los bezoares, y comentar los aspectos clínicos, etiopatogénicos y terapéuticos de los mismos, en particular sobre el caso que nos ocupa: el Tricobezoar.

CASO CLINICO

Se trata de paciente femenina de 11 años de edad, natural y residente en San Pedro de Macorís, ingresada el 14-6-88 en el Servicio de Cirugía del Hospital Robert Reid Cabral por presentar una masa dura en epigastrio, la cual aumentó considerablemente de tamaño en los últimos tres (3) meses y cefaleas frecuentes de localización frontal de aproximadamente 1 mes de evolución.

La paciente presentaba además hábito de arrancarse y comerse el cabello desde hace año y medio, por lo que visitó varios médicos, y al continuar su sintomatología deciden traerla a este centro de salud.

Sus antecedentes patológicos personales y familiares no revelaron ningún dato de interés.

Como datos de relevancia en el examen físico se encontró una paciente angustiada, con medidas antropométricas adecuadas para su edad, con 64 libras de peso.

Cabeza normocefálica, pelo abundante, con área visible de alopecia de unos 15 cm de diámetro en región parietal izquierda (ver figura 1). Corazón DcRs no soplos, pulmones ventilados.

El abdomen era flácido, depresible, no doloroso, con masa palpable dura en epigastrio de unos 15-20 cm de diámetro lateralizada hacia la izquierda, no visceromegalia y peristalsis presente y normal.



FIG. No. 3. Areas de alopecia por tricotilomanía en paciente femenino de 11 años de edad.

Los niños con tricotilomanía pueden no sólo arrancarse el pelo a sí mismos, sino desprenderlo de otras personas, o

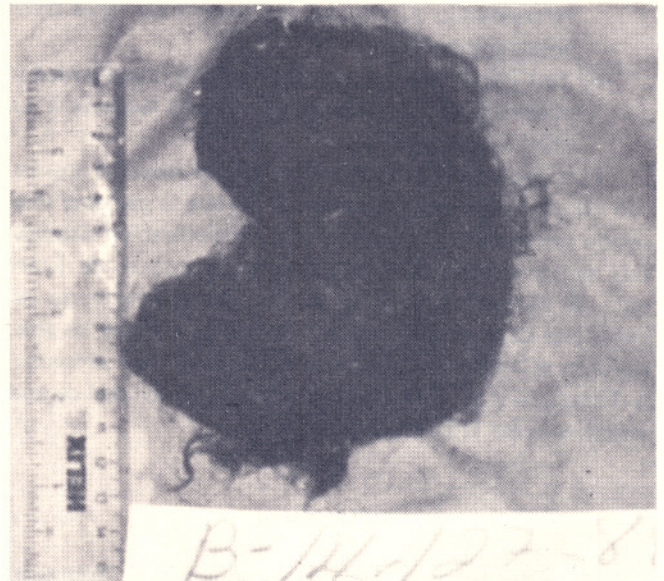


FIG. No. 4. Vista fotográfica del tumor, luego de haber sido extirpado quirúrgicamente.

El estudio gastroduodenal baritado reveló la presencia de material retenido en el estómago, ocupando gran parte del mismo. No había evidencia de obstrucción ni ulceración intestinal.

El estudio sonográfico reportó una tumoración sólida a nivel epigástrico, con medidas aproximadas de 6 x 8 x 9.5 cm, no pudiéndose observar las características de esta tumoración aunque por la historia clínica se piensa que se está ante la presencia de una tumoración pilosa; por lo que se decide intervenir quirúrgicamente, con el diagnóstico preoperatorio de tricobezoar, realizándose una gastrotomía y hallándose una tumoración libre intragástrica compuesta en su totalidad por pelo, y con la forma de la cavidad gástrica (ver figuras).

Posteriormente el laboratorio de histopatología reporta una masa compuesta de cabellos de 15 cm. de largo y 4 cm. de ancho, pesando 285 gramos; haciendo el diagnóstico de Tricobezoar Gástrico. Luego de un postquirúrgico satisfactorio, la paciente es referida al departamento de Psicología del hospital, donde la someten a las siguientes pruebas:

- a) Test de la Figura Humana: El cual reveló signos emocionales marcados, expresiones represivas e inseguras, y depresión.
- b) Test de la Familia: Hay más acercamiento del padre hacia la niña y viceversa, y un deseo muy fuerte en que los padres se unan nuevamente, ya que se encuentran separados.
- c) Test Proyectivo: La paciente dibujó una casa vacía relacionando su soledad, mostrando así lazos afectivos muy pobres.
- d) Test Psicomotor de Bender: Muestra impulsividad y ansiedad, con un desarrollo normal respecto a su edad cronológica.

Esta evaluación psicológica reveló una reacción ansiosa con conducta autoestimulativa, por lo que la paciente está siendo sometida a una terapia de desensibilización sistemática versus tensión-relajación, con introducción de jerarquía de estímulos y de la técnica de reforzamiento de conductas compatibles; con la finalidad de eliminar las alteraciones psicológicas que llevaron a la paciente a presentar la Tricofagia y así evitar en un futuro la posibilidad de una recurrencia del Tricobezoar.

DISCUSION

Entre los bezoares, el tipo más común es el fitobezoar, ya que representa un poco más del 50%.

Independientemente de su composición, los bezoares presentan una sintomatología similar consistente en dolor abdominal, anorexia, pesadez epigástrica, pérdida de peso, náuseas, y vómitos.^{3,6-7}

Sin embargo, entre el fitobezoar y el tricobezoar hay

ciertas diferencias, que deben ser siempre tenidas en cuenta:

- A) Los fitobezoares se ven comúnmente entre la 5ta. y la 6ta. década de la vida, presentándose en alrededor del 77% de los casos en el sexo masculino.¹ Por su parte, el tricobezoar se presenta con mayor frecuencia (en el 80% de los casos) en pacientes menores de 30 años, mientras que más del 90% corresponden al sexo femenino.
- B) En el fitobezoar hay factores predisponentes que inducen a su formación como son la disminución de la motilidad gástrica, actividad clorhidropéptica insuficiente,⁸⁻⁹⁻¹⁰ y principalmente por una cirugía gástrica previa, ya sea por vagotomía y piloroplastía; vagotomía y gastroenteroanastomosis, o por resecciones gástricas sin vagotomía.^{1,5}

Estas cirugías gástricas previas aumentan drásticamente la incidencia del fitobezoar, como puede observarse en el hecho de que éste rara vez se presenta en un estómago intacto.^{1,7}

Por otro lado, a pesar de que los factores predisponentes del fitobezoar podrían incidir en la formación del tricobezoar, en este último hay un fenómeno que ineludible e indefectiblemente precede a su formación que es la tricofagia, la cual puede o no presentarse con tricotilomanía. La tricofagia es producto de perversiones del apetito determinadas por alteraciones psicológicas tales como el aislamiento social, angustia y retraso psicomotor.

Los niños con tricotilomanía pueden no sólo arrancarse el pelo a sí mismos, sino desprenderlo de otras personas, o incluso a muñecas, cepillos, peines, etc.

Cuando el pelo es ingerido, alcanza el estómago, permanece alojado por fenómenos de tensión superficial a los pliegues gástricos y constituye el núcleo del futuro tricobezoar.²

Después de actos reiterativos, se forma el bolo piloso y eventualmente puede permanecer in situ dada su resistencia a la acción del jugo gástrico o deslizarse hacia porciones distales del tubo digestivo y ser evacuado, o precipitar la aparición de oclusión intestinal en el llamado Síndrome de Rapunzel.^{2,5}

El diagnóstico del tricobezoar se hace principalmente en base a la historia de tricofagia y confirmándose mediante estudio radiológico baritado, aunque en ocasiones, para casos en que el diagnóstico se mantenga en duda, se usa la gastroscopía.²

El tricobezoar puede dar lugar a una serie de complicaciones que pueden ir desde edema, hipoproteinemia, esteeatorrea, ictericia obstructiva, pancreatitis, invaginación, úlcera gástrica por la irritación constante de la mucosa con la concreción pilosa; hasta un cuadro de obstrucción intestinal, como ya habíamos dicho anteriormente, por un tricobezoar inicialmente gástrico que se desprende y desciende (Síndrome de Rapunzel).^{2,5}

A diferencia del tratamiento del fitobezoar, el cual consta de un solo estadio que es la remoción del tumor, el tratamiento del tricobezoar consta de dos partes:

- 1) Remoción del tricobezoar, ya sea endoscópicamente en caso de que sea de poco tamaño, o por métodos quirúrgicos en tricobezoares de gran tamaño debido a que en ocasiones estos últimos poseen extensiones en forma de "cola", la cual puede pasar a través del píloro hacia la parte proximal del duodeno.⁵
- 2) Tratamiento psicológico al paciente, para tratar de evitar las recurrencias.²

RESUMEN

Se presenta el caso de una niña de 11 años de edad con historia de tricotilomanía y tricofagia, la cual se presenta al Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral con una masa dura en epigastrio y cefaleas frecuentes de localización frontal.

El estudio gastroduodenal baritado y la sonografía abdominal confirman la presencia de una tumoración sólida a nivel epigástrico, por lo que se decide la remoción quirúrgica del tumor, resultando ser un tricobezoar gástrico.

Se trata, pues, del primer caso de tricobezoar reportado en el país, siendo esta patología de por sí relativamente rara a tal punto de que a pesar de que su frecuencia exacta no ha sido establecida, en un período aproximado de 180 años, sólo se han reportado 180 casos en la literatura mundial.

BIBLIOGRAFIA

1. López, C.: "Fitobezoar: A propósito de 5 casos. Revisión Etiopatogénica y Tratamiento". *Rev. Esp. AP. Digest.*, 69: 31, 1986.
2. Baeza, Carlos: "Tricobezoar gástrico y el síndrome de Rapunzel". *Bol. Med. Hosp. Infantil Mex.* 44: 167, 1987.
3. Pérez Moreno y Col.: "Tricobezoar: Aportación de un caso". *Rev. Española.* 72: 264, 1987.
4. Pérez-Rafaeas, M. et al.: "Bezoares. Nuestra experiencia en 23 casos". *Rev. Española.* 71: 499, 1987.
5. Welfon, Phillip, J. et al.: "The Rapunzel Syndrome: An unusual Tricobezoar". *The American Journal of Gastroenterology.* 82: 365, 1987.
6. Schnuartz, S.I.: "Principales of Surgery". Fourth edition, New York: McGraw-Hill, pp. 1136-1137, 1984.
7. Petersdorf, Robert G.: "Harrison's principles of medicine". New York, pp. 1719, 1983.
8. You-Hern, Ahh et al.: "Association of diabetes mellitus with gastric bezoar formation". *Arch. Intern Med.*, 147.
9. Dietrich, Nancy A. Gau, Frederick C.: "Postgastrectomy phytobezoars. Endoscopic diagnosis and treatment". *Arch. Surg.* 120: 432-435, 1986.