

Informe de Caso Tricobezoar: Una Causa Infrecuente de Oclusión Gastrointestinal

Jaime Raul Sotamba Quezada¹

raulqueza333@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7646-5352>

Hospital Francisco de Orellana.

Jonathan David Parra Agreda

jonathandavid.parra@hotmail.com

<http://orcid.org/0000-0002-9628-9552>

Universidad Central del Ecuador,
Hospital Francisco de Orellana.

Daily Pamela Sánchez Urbina

daily.s77@77hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-9046-6428>

Universidad Católica del Ecuador,
Hospital Francisco de Orellana.

Berenisse Trinidad Flores Salazar

floresberenisse@yahoo.com

<https://orcid.org/0000-0002-6286-6673>

Universidad Central del Ecuador,
Hospital Francisco de Orellana.

Ángel Luis Córdova Parra

cordovaangel417@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0002-9204-0776>

Universidad Central del Ecuador,
Hospital General Docente Ambato.

RESUMEN

Los Tricobezoar son masas de cabello que se acumulan en el tracto gastrointestinal, generalmente en el estómago o el intestino delgado. A medida que el cabello se acumula en el sistema digestivo, puede provocar síntomas como dolor abdominal, náuseas, vómitos e incluso obstrucción intestinal. El tratamiento puede variar desde la observación en casos más leves hasta la cirugía en situaciones más graves para eliminar el bezoar y abordar la causa subyacente, como la tricotilomanía o problemas emocionales relacionados. En algunos casos, los Tricobezoar pueden requerir intervención médica urgente debido a la obstrucción intestinal potencialmente peligrosa que pueden causar. La prevención y el tratamiento efectivo suelen involucrar la atención tanto a los síntomas físicos como a las causas psicológicas subyacentes.

Palabras claves: *bezoare, gastrostomía; tricotilomanía; obstrucción de la salida gástrica.*

¹ Autor Principal

Correspondencia: raulqueza333@hotmail.com

Case Report Trichobezo: A Rare Cause of Gastrointestinal Occlusion

ABSTRACT

Trichobezoars are masses of hair that accumulate in the gastrointestinal tract, usually in the stomach or small intestine. As hair accumulates in the digestive system, it can cause symptoms such as abdominal pain, nausea, vomiting and even intestinal obstruction. Treatment can range from observation in milder cases to surgery in more severe situations to remove the bezoar and address the underlying cause, such as trichotillomania or related emotional problems. In some cases, Trichobezoars may require urgent medical intervention because of the potentially dangerous intestinal obstruction they can cause. Prevention and effective treatment often involve attention to both physical symptoms and underlying psychological causes.

Keywords: *bezoars, gastrostomy; trichotillomania; gastric outlet obstruction.*

*Artículo recibido 30 julio 2023
Aceptado para publicación: 30 agosto 2023*

INTRODUCCIÓN

Los bezoares de la cavidad gástrica son una patología infrecuente, representan menos del 1% en la población mundial. Su presencia mayoritaria se da en el estómago, pero existen ocasiones que pueden presentarse en el intestino delgado, o pueden formarse de un inicio en este tramo del tracto digestivo (1).

Los Tricobezoar aparecen como consecuencia de trastornos psiquiátricos y de personalidad que se acompañan de otras patologías como la tricotilomanía y tricofagia. La oclusión del tracto digestivo como complicación mecánica del bezoar es una de las causas de hospitalización en 4-10% de los casos; asimismo, puede asociarse a complicaciones más complejas como perforaciones, úlceras e intususcepción las cuales tienen una tasa de mortalidad del 30% (2).

Dentro de las manifestaciones clínicas que puede presentar un Tricobezoar en el tracto digestivo, pueden ser dispepsia, dolor abdominal difuso, anorexia, náuseas y vómitos que pueden evolucionar a una disfagia mecánica o un íleon paralítico que conlleva a un cuadro de abdomen agudo (3).

Los tratamientos del Tricobezoar depende en gran medida de su tamaño, extensión y composición, y el objetivo es retirarlo y prevenir su recurrencia, que suele ser en un 20% de los casos según varios autores y reportes como lo referencia Pinilla y colaboradores (4). Si este presenta un tamaño considerable su extracción debe ser quirúrgica (5) (6).

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 20 años de edad, con antecedentes de ansiedad, que acude al servicio de emergencias de este hospital, tras presentar cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal de varias semanas de evolución sin causa aparente, el cual aumenta de intensidad conforme avanzan los días, se acompaña de hiporexia y náuseas que llegan al vómito durante la ingesta de alimentos sólidos motivo por el cual acude a facultativos, los cuales medican antiácidos y antieméticos, sin encontrar mejoría del cuadro clínico acude a esta casa de salud. El paciente es ingresado al servicio de emergencias para observación y exámenes de gabinete, los cuales reportan:

(Tabla 1)

Tabla 1. Resultados de análisis de laboratorio.

Hemoglobina	8.2 g/dl
Hematocrito	25.5%
Plaquetas	365 10 ³ /ul
Leucocitos	9.60 10 ³ /ul
Segmentados	87.8%
Grupo y Factor	O Rh+
Urea	13.2 mg/dl
Creatinina	0.62 mg/dl
Glucosa	123 mg/dl

Se decide interconsulta al servicio de cirugía general, los cuales deciden realizar exámenes imagenológicos complementarios evidenciando en Tomografía Axial Computarizada (TAC) imagen heterogénea que ocupa la luz del estómago (**Ilustración 1,2**), motivo por el cual se decide intervención quirúrgica “laparotomía exploratoria” más gastrostomía transversal, evidenciando líquido libre en cavidad abdominal de +/- 2000 ml, Tricobezoar que ocupa cámara gástrica de +/- 12 cm x 8 cm, distensión de colon sigmoideo y transverso. (**Ilustración 3,4**) No se evidencia lesiones sobreañadidas macroscópicas, por lo que realiza gastrorrafia en dos planos.

Ilustración 1: Evidencia en plano coronal masa que ocupa la totalidad de la cámara gástrica.

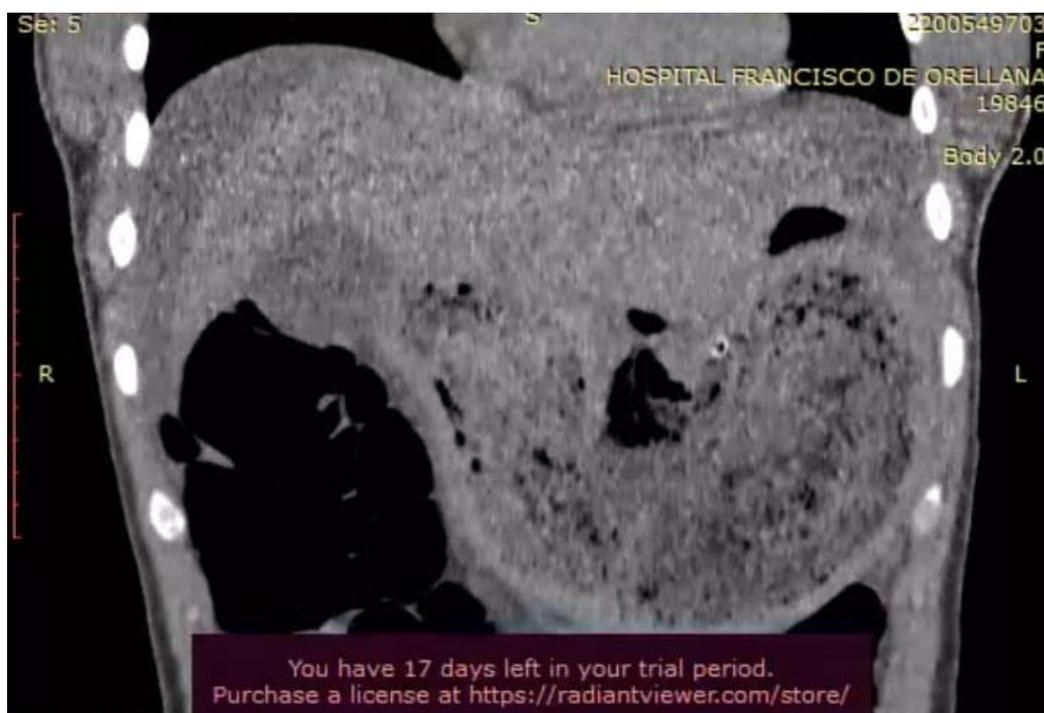


Ilustración 2: Podemos apreciar en el plano sagital de la TAC la ocupación de la cámara gástrica por masa indeterminada.



Ilustración 3: Podemos apreciar la gastrotomía con exéresis de Bezoar.



Ilustración 4: *Evidencia Tricobezoar de gran tamaño, ocupa la totalidad de la cámara gástrica sin extensión a intestino delgado.*



Se realiza internación en servicio de cirugía general para manejo posoperatorio, con antibioticoterapia sonda nasogástrica e interconsulta al servicio de psicología. Cumplidas las 72 horas posquirúrgicas se realiza retiro de sonda nasogástrica e inicio de dieta líquida estricta con buena tolerancia en días posteriores, por lo que se decide alta médica a los 9 días con seguimiento por el servicio de psicología.

DISCUSIÓN

El nombre Bezoar según Kalk se lo atribuye a una cabra que habita en la selva Taurus en el medio Oriente, este animal presenta una masa en su cuarto estomago producto de lamerse y deglutir pelos (7). Los bezoares más comunes reportados en la literatura son los Tricobezoar, con una frecuencia del 90% en mujeres y 80% en menores de 40 años, con una media de edad entre 25-35 años, y se asocia en un 40% en trastornos psicológicos (8) (9).

El diagnostico se realiza mediante el examen físico y la correcta interrogación del paciente, sin

embargo, la video endoscopia digestiva alta es el método más eficaz para diagnosticar, pero no para el tratamiento **(10)**, El inicio del bezoar gástrico es insidiosa e inespecífica, cursa inicialmente asintomático por meses o años, hasta que llega a un tamaño que genera síntomas, dependiendo de la capacidad gástrica. Los síntomas más comunes, son dolor abdominal, náuseas, vómitos, saciedad precoz, anorexia y pérdida de peso inintencionada; también se ha descrito la expulsión en las heces del material que compone el bezoar **(11) (12)**.

Dentro de los exámenes de laboratorio puede encontrarse anemia ferropriva, hipoproteinemia o esteatorrea. Uno de los estudios ideales es la TAC simple y contrastada la cual permite visualizar el bezoar, sus dimensiones y su extensión hacia el intestino delgado. Para el diagnóstico de esta entidad, se debe iniciar con un abordaje adecuado del paciente y una historia clínica completa. Sin embargo, el estándar de oro lo constituye la endoscopia de las vías digestivas altas, que desempeña un papel fundamental en su diagnóstico y tratamiento cuando es posible **(13)**.

La exéresis quirúrgica es de elección, más aún cuando el bezoar es grande y compacto, precisamente como lo evidenciamos en nuestro caso de estudio. La mayoría de las revisiones y la literatura recomiendan la laparotomía con gastrostomía para la extracción de grandes tricobezoares ubicados en el estómago. Sin embargo, la elección del procedimiento quirúrgico **(14)** debe hacerse individualmente de acuerdo con las características del Tricobezoar y a una minuciosa evaluación de los riesgos y beneficios a los que estará sujeto el paciente **(15)**.

CONCLUSIÓN

Los Tricobezoar son masas de pelo que se acumulan en la cavidad gástrica y que se relacionan a la ingesta intencionada de cabello. En este caso se presentó un paciente femenino de 20 años de edad con antecedentes de ansiedad, misma que curso con un cuadro clínico de dolor abdominal de larga evolución acompañado de náuseas y vomito. El tratamiento se basa en realizar estudios complementarios de imagen y endoscopia digestiva, el tratamiento en las masas de gran tamaño generalmente se basa cirugía y apoyo psicológico posterior a la extracción del mismo.

CONFLICTOS DE INTERÉS.

Los autores no declaran conflicto de interés en la elaboración de la presente publicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Huaco Aranguri AA, Orduña Carpio RA, Ortiz Castro C, Delgado Gonzales M, Haito Chávez Y. Tricobezoar gástrico: reporte de un caso y revisión de la literatura. Sociedad de Gastroenterología del Perú. 2022 Julio; 42(3): p. 193-8.
- Pliego Ochoa AD, Escalante Ayuso , Mendez Pérez R. Rapunzel syndrome with double trichobezoar. Clinical case report. Cirujano General. 2019 Agosto; 41(3): p. 217-220.
- Yautibug Sagñay KT, Barba Rodríguez RM, Lucero Tapia JL, Lucero Tapia MP, Solis Cartas U. Trichobezoar: presentation of case. Revista Cubana de Reumatología. 2019; 21(1).
- Pinilla RO, Vicente ML, González M, Vicente AA, Pinilla ME. Tricobezoar gástrico, revisión de la bibliografía y reporte de un caso. Revista Colombiana de Cirugía. 2016 Enero; 31: p. 44-49.
- Cortés Caballero C, Mogollon Zehr MR, Mujica Serrano JA, Ramírez Mantilla DA, Vera Campos SN. Trichobezoar in pediatric age: case report and literature review. Patología Revista Latinoamericana. 2017 Julio; 55(3): p. 249-255.
- Ruiz D, Palermo M, Ritondale O, Pest É, Pest P, Villafañe V, et al. Tricobezoares gastroduodenales: una causa poco frecuente de obstrucción del tracto de salida. Acta Gastroenterológica Latinoamericana. 2005 Marzo; 35(1): p. 24-27.
- Salvatore G, Palermo M, Moreau R, Ruiz HD, Mena LE. TRICOBEOZOAR GÁSTRICO: ALGORITMO DIAGNÓSTICO. Revista Argentina de Radiología. 2005 Septiembre; 69(3): p. 165-68.
- Chintamani , Rakesh D, Singh JP, Vinay S. Cotton Bezoar- a rare cause of intestinal obstruction: case report. BMC Surgery. 2003 Septiembre; 3(1): p. 5.
- Palmieri , Gladys N, Borré GE, Borré DG. Fitobezoar gástrico gigante: caso clínico y revisión de la literatura / Giant gastric phytobezoar. Rev. argent. radiol. 1999 Julio;

63(3): p. 179-82.

Alvarado García R, Uribe Vargas E, Gallego Grijalva JE. Tricobezoar. Presentación de dos casos. *Acta Pediátrica de México*. 2001 Julio; 22(4): p. 264-7.

Moura Pires HF, Ramos dos Santos A, Santos Furtado W. Gastric trichobezoar: report of 3 clinical cases. *Brazilian Journal of Development*. 2020 Noviembre; 6(12): p. 97403-97414.

Ocampo del Prado LC, Cervantes Bustamante R, Mata Rivera N, Zarate Mondragón F, Ramírez Mayans A. Tricobezoar. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Acta Pediátrica de México*. 2003 Mayo; 24(3).

Castrillón Peña EL, Espinosa Moreno F, Barrios Torres JC, Forero Niño E. Gastroduodenal Trichobezoar in school age. Case report. *Arch Argent Pediatr*. 2019; 117(3): p. 284-287.

Velázquez Blanco G, Victoria Sánchez D. Management of trichobezoar: case report. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*. 2023; 2022(2): p. 51-61.

Vilela Desporio C, Cabanillas Tarazona E. Giant gastric trichobezoar: a clinical-pathological case report. *Acta Médica Costarricense*. 2022 Octubre; 64(4): p. 1-5.