

SÍNDROME DE RETENCIÓN GÁSTRICA POR TRICOBEOZAR

GASTRIC TRICHOBEZOAR SYNDROME

Coronel Cristhian ¹, Martínez Arguello Deivis ², Cáceres Roberto ², Vera Anahi ²

RESUMEN

Los bezoares son masas sólidas compuestas por fibras, pelos o restos de comida ingeridos, que generalmente permanecen en el estómago. Los tricobezoares, que están formados por pelos, son más comunes en el paciente femenino en edad pediátrica con antecedentes de tricotilomanía y tricofagia. Para el diagnóstico se utilizan imágenes como la radiografía simple de abdomen, la radiografía de abdomen con bario y la endoscopia digestiva alta que permite la visualización directa. El tratamiento del tricobezoar es quirúrgico además de apoyo psiquiátrico.

Se presenta el caso de una paciente de 16 años con antecedentes de tricofagia, que consulta por un cuadro de dolor abdominal, vómitos y distensión abdominal.

Se realizan estudios laboratoriales, imagenológicos y endoscópicos llegando al diagnóstico de obstrucción intestinal mecánica alta por tricobezoar.

Se realiza cirugía y extracción del tricobezoar por gastrotomía anterior. La evolución fue favorable con alta al quinto día del post operatorio.

Palabras clave: Bezoar, tricobezoar, retención gástrica.

SUMMARY

Bezoars are a solid mass made up of fibers, hairs or bits of food intake, which usually remain in the stomach. Trichobezoars, formed by hairs, are more common in female patients with a history of childhood trichotillomania and trichophagia. For diagnostic images are used as plain abdominal radiography, abdominal radiography and barium upper gastrointestinal endoscopy allows direct visualization. The treatment is surgical gastrotomy trichobezoar above plus psychiatric support. Our case corresponds to a 16-year history of trichophagia, that consulted for abdominal pain, vomiting and abdominal distension. Is performed laboratory studies, imaging and endoscopic diagnosis of reaching high mechanical intestinal obstruction by trichobezoar is confirmed during the surgery done to remove it. Indicated Surgery and trichobezoar by gastrotomy Removing the above. The evolution was favorable, which graduated the fifth day post-op, with recommendations to attend outpatient general surgery and psychology.

Keywords: Bezoar, trichobezoar, gastric retention

INTRODUCCIÓN

Los bezoares corresponden a masas sólidas formadas por elementos deglutidos por el paciente, y digeridos en forma incompleta como fibras o restos de comida. Por lo general afectan el estómago, aunque se ha reportado compromiso de cualquier área del tubo digestivo.^{1,2}

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:

1) fitobezoares, materiales vegetales no digeridos, 2) tricobezoares, constituidos por pelos ingeridos, 3) 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.^{1,2}

Los tricobezoares 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). En un 50% de los casos existe el antecedente de tricofagia (pacientes que comen pelo). 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.²

Puede causar una gran variedad de manifestaciones clínicas hasta llegar a la oclusión, perforación o ulceración del tracto digestivo; su incidencia es bastante rara y suele ocurrir en pacientes con problemas psiquiátricos. Las personas afectadas suelen ser asintomáticas por meses o años.^{2,3}

1. Jefe de Guardia 2 Residente de cirugía

Servicio de Cirugía General - Hospital Nacional de Itaugua (Itaugua Guazú - Paraguay).

En los exámenes de laboratorio podemos encontrar anemia ferropénica, hipoproteinemia y alteraciones hidroelectrolíticas. El estudio radiográfico de abdomen puede mostrar una imagen moteada heterogénea en el cuadrante superior izquierdo, compatible con un estómago lleno. La tomografía axial computada de abdomen puede mostrar una masa gástrica intraluminal con ejes concéntricos de distintas densidades y aire atrapado y la endoscopia digestiva alta permite la visualización directa del cuerpo extraño y la determinación del material que lo compone, dato útil en la determinación de la conducta terapéutica.^{2,3}

Con respecto al tratamiento, los fitobezoares son susceptibles a la disolución enzimática y a la fragmentación endoscópica. En cambio, los tricobezoares generalmente requieren de un manejo quirúrgico, a menudo mediante una gastrotomía anterior. Se han intentado múltiples técnicas endoscópicas para el manejo menos invasor de los tricobezoares con éxito variable, sin embargo, a menudo requieren de múltiples tratamientos separados. La fragmentación de los bezoares tiene como riesgo de complicación la migración de un fragmento hacia distal y su consiguiente impacto en un asa de intestino delgado, generando una obstrucción intestinal.³

Un aspecto importante del tratamiento es el manejo psiquiátrico de estos pacientes, el que es indispensable para prevenir recidivas.³

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 16 años de edad con antecedentes de tricofagia que acudió al servicio de urgencias por dolor en epigastrio de inicio brusco tipo puntada de intensidad moderada acompañado de náuseas y vómitos post ingesta de alimentos.

Al examen físico se constató abdomen globuloso, distendido, con tumoración en epigastrio de consistencia dura, de superficie lisa, bordes netos y móvil con la respiración, doloroso a la palpación.

Se realizó el diagnóstico de obstrucción intestinal mecánica alta por tricobezoares.

La radiografía simple de abdomen identificó una masa intragástrica libre y signos radiológicos de oclusión intestinal. (**Figura 1**)

La endoscopia digestiva alta informó la presencia de tricobezoares que ocupaban toda la luz del estómago. (**Figura 2**)

Se realizó una laparotomía exploradora encontrándose una masa dura intragástrica, que requirió gastrotomía en cara anterior para la extracción del tricobezoar de 14 x 18 x 6 centímetros. (**Figuras 3, 4 y 5**)

Al tercer día del posoperatorio se retiró la sonda nasogástrica y se inició la alimentación por vía oral (dieta líquida). La evolución fue favorable, por lo cual egresó al quinto día del post operatorio, con recomendaciones de asistir a consultas externas de cirugía general y psicología.



Fig. 1: Radiografía simple de abdomen donde se observa la existencia de una gran masa epigástrica (Archivo del autor)

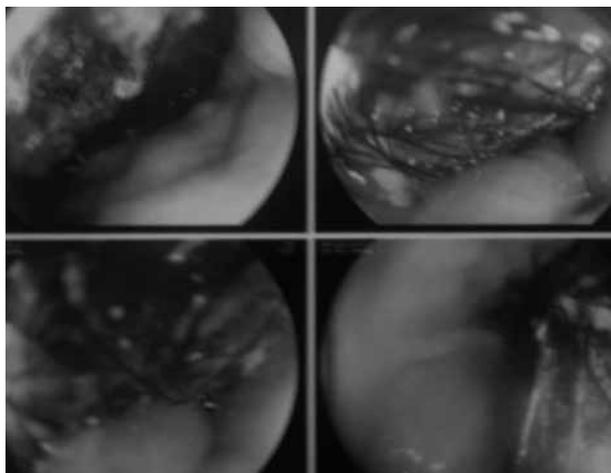


Fig. 2: Tricobezoar visualizado a través de la endoscopia digestiva alta (Archivo del autor)



Fig. 3 : Presencia de tricobezoar en la luz del estómago causando la oclusión de este. (Archivo del autor)



Fig. 4: Extracción de la masa del estómago conocida como "parto del tricobezoar". (Archivo del autor)



Fig. 5: Toda la cavidad gástrica ocupada por el tricobezoar (Archivo del autor)

DISCUSIÓN

Los tricobezoares se producen principalmente en niños o adultos jóvenes, siendo en un 90% de los casos pacientes de sexo femenino. La máxima frecuencia se encuentra entre los 10 y 19 años, asociándose generalmente a alteraciones psicológicas, pero sólo en el 9% estas son manifiestas. Es una patología de rara ocurrencia, y una vez hecho el diagnóstico el tratamiento de elección es la extracción, pues se pueden complicar con obstrucción intestinal, perforación o hemorragia. La mortalidad de estas complicaciones según algunos autores alcanza el 47%.⁴

En todos los pacientes se comprueban antecedentes de tricofagia.

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. Dentro de los signos que se pueden encontrar destacan masa palpa-

ble, palidez de piel y mucosas y esteatorrea.^{4,5}

El tratamiento de elección de los bezoares es quirúrgico, mediante gastrotomía y en algunos casos enterotomía. En los últimos 20 años se han intentado métodos como la extracción endoscópica, fragmentación mediante láser, litotripsia extracorpórea o la disolución mediante enzimas. Estos procedimientos son elegidos para algunos casos específicos de bezoares pequeños.^{6,7}

Los bezoares son una causa conocida de síntomas abdominales crónicos, pero cuando no son diagnosticados oportunamente pueden dar lugar a serias complicaciones incluyendo ulceración gástrica, sangrado y perforación, intususcepción y obstrucción intestinal.

En conclusión, el objetivo inicial del tratamiento en estos pacientes es la extracción del bezoar y la prevención de la recurrencia con terapia psiquiátrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lynch K, Feola P, Guenther E. Gastric trichobezoar: an important cause of abdominal pain presenting to the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2003; 19(5): 343-7.
2. De Backer A, Van Nooten V, Vandenplas Y. Huge gastric trichobezoar in a 10-year-old girl: case report with emphasis on endoscopy in diagnosis and therapy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009; 28(5): 513-5.
3. Ramadan N, Panya N, Bhaduri B: A rapunzel whit a difference. *Arch Dis Child* 2003;88: 265-266.
4. Uckun A, Sipahi T, Igde M, Uner C, Cakmak O. Is it possible to diagnose Rapunzel syndrome pre-operatively? *Eur J Pediatr* 2001; 160(11): 682-3.
5. Cataliotti F, Livoti G. Esophageal achalasia and hypertrophic pyloric stenosis associated with a phytobezoar in an adolescent. *J Pediatr Surg* 2002;37(9): 1363-1364.
6. Klipfel AA, Kessler E, Schein M, Brooklyn, Bronx NY. Rapunzel syndrome causing gastric emphysema and small bowel obstruction. *Surgery* 2003;133:120-1.
7. Kaspar A, Deg KH, Schmidt K, Meister R. Rapunzel syndrome, a rare form of intestinal trichobezoars. *Klin Padiatr* 1999; 211(5):420-2.

Autor correspondiente:

Dr. Deivis Martínez

Tel/ Fax: 0294/ 321450

Email: deivismartinez23@hotmail.com

SI NO LEO
ME ABURRO



**EDICIONES TÉCNICAS
PARAGUAYAS S.R.L.**

www.etp.com.py

TEXTOS TÉCNICOS UNIVERSITARIOS

MEDICINA

INFORMÁTICA

ARQUITECTURA

PSICOLOGÍA

ADMINISTRACIÓN

BIOLOGÍA

QUÍMICA

INGENIERÍA

CASA CENTRAL

Blas Garay 106 e/ Ind.Nacional C.C.1476

Asunción - Paraguay

Tél: (+595 21) 390-396/496-778/370-343

Móvil: (+595 971) 215-842

E-mail: ventas@etp.com.py

Web: www.etp.com.py

SUCURSAL: Villa Morra

Quesada 5127 c/ Charles de Gaulle - Local 3

Tel: (+595 21) 611-717

E-mail: villamorra@etp.com.py

SUCURSAL: Facultad de Química

Campus de la Universidad Nacional de Asunción

Tel: (+595 21) 580-243

E-mail: quimica@etp.com.py