

# CASO

## CASE REPORT

### TRICOBEOZAR GASTRODUODENAL, A PROPÓSITO DE UN CASO. GASTRODUODENAL TRICOBEOZAR, ABOUT A CASE.

Luis Bernardo Bustamante Morales<sup>1</sup>, Carlos Alberto Lara Perez<sup>1</sup>, Silvana Ayala Bacinello<sup>2</sup>

#### RESUMEN

El tricobezoar es una masa no digerible de cabellos con restos alimenticios entre otros, que forman concreciones. Se presenta el caso de una adolescente de 15 años de edad con un cuadro clínico de más o menos 2 años de evolución, caracterizado por disminución de peso, se reagudiza hace 2 semanas con náuseas que llegan al vomito. Llega a nuestro servicio, donde se le realiza una tomografía abdominal y una endoscopia, confirmando el diagnóstico de tricobezoar gastroduodenal. Se interna a la paciente para manejo nutricional y es intervenida quirúrgicamente. Como hallazgo intraoperatorio se evidenció una úlcera en cara posterior del estómago. Se realizó un manejo conjunto con psiquiatría y nutrición. Se le dio de alta al noveno día postoperatorio, con una evolución favorable, con un control laboratorio más aceptable y con el aumento de 2 kilos. El manejo de estos pacientes debe ser multidisciplinario, buscando que el cuadro no recidive.

#### ABSTRACT

The trichobezoar is a non-digestible mass of hair with food debris among others, forming concretions. We present the case of a 15-year-old adolescent with a clinical picture of more or less 2 years of evolution, characterized by weight loss, exacerbated 2 weeks ago with nausea and vomiting. She arrives at department, where an abdominal tomography and an endoscopy are performed, confirming the diagnosis of gastroduodenal trichobezoar. The patient was admitted for nutritional management and underwent surgery. Intraoperative findings show an ulcer in the posterior aspect of the stomach. A joint management with psychiatry and nutrition was performed. She was discharged on the ninth postoperative day, with a favorable evolution, with a more acceptable laboratory control and with an increase of 2 kilos. The management of these patients should be multidisciplinary, ensuring that the condition does not relapse.

#### INTRODUCCIÓN

El tricobezoar es una masa no digerible, un cuerpo extraño, de pelos con restos alimenticios entre otros, que forman concreciones. La mayoría ubicada en región gástrica. Suelen aparecer en paciente que consumen combinaciones inadecuadas de alimentos y antecedentes de vagotomías, resecciones gástricas y estasis gástrica, entre otros<sup>1,10</sup>.

Son casos raros, no vistos frecuentemente. La mayoría de los casos en mujeres menores de 30 años. Suelen ser pacientes con patología psiquiátrica y tricotilomanía<sup>1</sup>. La mucosa gástrica tiene numerosos pliegues paralelos al eje mayor del estómago<sup>6</sup>. Esta entidad se da, porque el cabello queda atrapado en los pliegues de la mucosa gástrica, y la peristalsis es incapaz de propulsarlo, atascándose. Finalmente, las proteínas del cabello se desnaturalizan adquiriendo un color negrozco<sup>2</sup>.

La presentación generalmente comprende la siguiente triada: dolor abdominal, masa palpable y pérdida de peso<sup>3</sup>. El tratamiento depende del tamaño y la composición, el

objetivo es removerlo y prevenir su recurrencia<sup>1</sup>. Son casos raros, de aparente fácil resolución del cuadro agudo, pero con tendencia a la recurrencia, por lo cual en este caso mostramos el enfoque multidisciplinario y global que dimos a la paciente, con el cual se obtuvo buena respuesta, el mismo puede servir de base para casos futuros.

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente femenina de 15 años de edad, que acude al servicio de emergencias del Hospital obrero N°2 de la Caja nacional de Salud, Cochabamba, transferida de Quillacollo con el diagnóstico de masa calcificada en estómago, refiere cuadro clínico de más o menos 2 semanas de evolución, caracterizado por presentar náuseas que llegan al vomito de tipo alimentario en múltiples oportunidades posterior a la ingesta de alimentos, hiporexia, pérdida de peso hace 2 años y niega dolor. Como antecedente relevante la paciente refiere ingesta de cabello hace más o menos 2 años.

<sup>1</sup>Cirujano General de la CNS – Hospital Obrero N°2

<sup>2</sup>Residente de 2do año de Cirugía General de la CNS – Hospital Obrero N°2

#### Correspondencia a:

**Nombre:** Silvana Ayala Bacinello  
**Correo electrónico:** Silvana.ayala.bacinello@gmail.com  
**Telf y celular:** +591 60348372  
**ORCID:** <https://orcid.org/0009-0006-9421-2996>  
<https://orcid.org/0000-0002-5874-1966>  
<https://orcid.org/0000-0003-1632-2533>

**Palabras clave:** Bezoares, cuerpo extraño, Tricotilomanía.

**Keywords:** Bezoars, Foreign-Body Migration, Trichotillomania.

**Procedencia y arbitraje:** no comisionado, sometido a arbitraje externo.

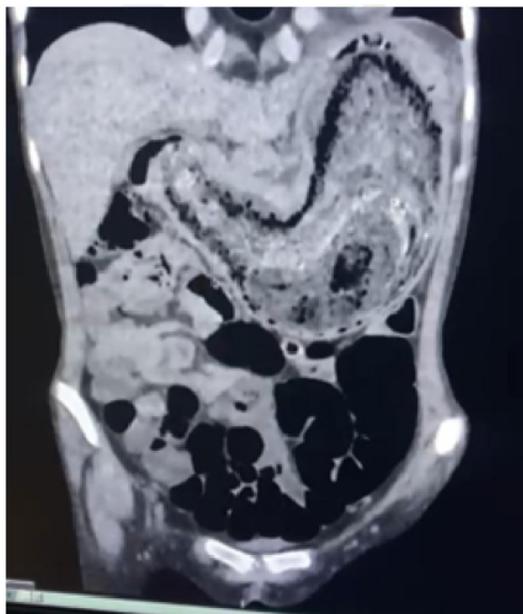
**Recibido para publicación:** 09 de julio de 2022

**Aceptado para publicación:** 02 de septiembre de 2023

#### Citar como:

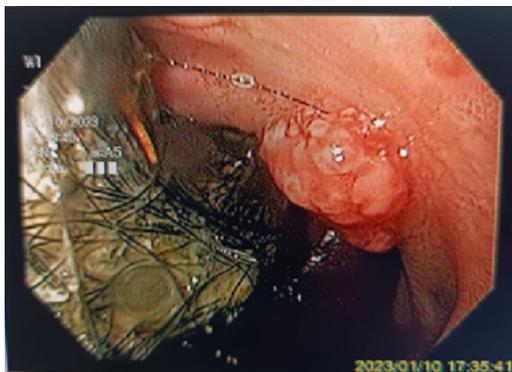
Bustamante Morales LB, Lara-Perez CA, Ayala-Bacinello S. Tricobezoar gastroduodenal, a propósito de un caso. Rev Cient Cienc Med. 2023; 26(2): 92-95

Indagando a la progenitora, esta relata que desde hace dos años la paciente presenta cambios de conducta caracterizado por rasgo esquizoide, sugestivo de patología psiquiátrica<sup>4</sup>. Al examen físico, paciente en regular estado general, peso 43kg, talla de 173cm y un IMC 15. Cardiopulmonar estable, abdomen: plano, RHA(+), se palpa masa a nivel de epigastrio, no doloroso a la palpación. A su ingreso se le realizo laboratorios que reportaron: Albumina 2.7 gr/dl, proteínas totales 4,6 gr/dl, glicemia 68, glóbulos blancos 6820, glóbulos rojos 4350000, hemoglobina 9,3g/dl, VCM 63,5fL, Hematocrito 27,6. Tomografía abdominal donde se evidencia



**Figura 1:** Tomografía abdominal, se evidencia el tricobezoar gastroduodenal.

imagen en miga de pan que ocupa casi en su totalidad la luz gástrica hasta la 3ra porción del duodeno. E ingresa al servicio de cirugía con los diagnósticos: tricobezoar gigante, anemia moderada y desnutrición. Durante su internación se le realizo, como indican las diferentes publicaciones, una endoscopia digestiva alta que reporta: tricobezoar gigante, lesión elevada de duodeno a descartar neo (histopatología reporto, cambios hiperplásicos, signos de ulceración y cambios inflamatorios) y se le indico nutrición parenteral, antibióticos, transfusión de 2 concentrado de glóbulos rojos y valoración por hematología y psiquiatría, este ultimo para realizar un manejo más integral del paciente<sup>5</sup>. Hematología le diagnostica anemia ferropénica severa, e indica hierro sacarato y psiquiatría diagnostica tricotilomanía



**Figura 2:** Endoscopia alta, se evidencia una lesión sobre elevada a nivel de duodeno y el tricobezoar.

y síndrome ansioso depresivo e indica alprazolam. Al séptimo día de internación una vez mejoradas las condiciones generales de la paciente, se decide su intervención quirúrgica, se realiza una laparotomía exploradora, gastrotomía, extracción de tricobezoar y rafia de ulcera gástrica, gastrorrafía y lavado y drenaje de cavidad y como hallazgo transquirurgico además del tricobezoar gastroduodenal se evidencia una ulcera en la cara posterior del cuerpo gástrico,. Se decide la conducta precisamente por ser un tricobezoar gigante, que no sería resuelto por endoscopia, además se podría dar solución a la ulcera gástrica en la laparatomía; al ser un cirugía limpia – contaminada y por el tamaño de pieza que se iba a extraer se opto por la vía convencional.



**Figura 3:** Pieza extraída, Tricobezoar gastroduodenal

Posterior a la cirugía la paciente peso 41kg. Se acompaña con nutrición parenteral en el postoperatorio, con una evolución favorable, se inicia dieta hídrica al 5to día con buena tolerancia y al 9no día se da de alta a la paciente con 43kg, proteínas totales 5.7gr/dl y albumina de 3.3gr/dl, todo el manejo postoperatorio fue acompañado del servicio de nutrición para un mejor manejo. Actualmente la paciente cursa con seguimiento de nutrición (dieta

hipercalórica – hiperproteica) y psiquiatría (manejo interdisciplinario estricto para evitar la recurrencia del cuadro), cursando una evolución favorable.



**Figura 4:** Gastrorrafia, se evidencia rafia a nivel del estómago, por donde se realizó la extracción del tricobezoar

## DISCUSIÓN

El síndrome de Rapunzel consiste en la extensión del tricobezoar del estómago hasta intestino delgado. Los casos son raros, pero es más frecuente en el sexo femenino y en adolescentes con algún trastorno psiquiátrico (tricotilomanía y tricofagia), así lo menciona en un caso de la revista de gastroenterología del Perú en el 2019 en el caso de un síndrome de Rapunzel gigante<sup>4</sup>. En este caso se trataba de una adolescente de 15 años de edad, que diagnosticaron con tricotilomanía y tricofagia, que tenía el síndrome de Rapunzel, y la triada clínica, “el cuadro típico”.

En etapas iniciales puede no presentar síntomas, una vez que se manifieste la clínica esta depende de la dimensión del bezoar y de la distensibilidad del estómago, descrito así en Rev Med Inst Mex Seguro Soc en julio del 2023<sup>3</sup>. La clínica y los antecedentes nos pueden sugerir el diagnóstico así lo reporta otro caso clínico publicado en la revista de gastroenterología del Perú en el 2015 con un caso reportado de tricobezoar gástrico, el mismo que nos indica que se confirma el diagnóstico con una endoscopia alta y biopsia, lo mismo fue realizado en nuestro servicio<sup>5</sup>. Estos son considerados los exámenes con más sensibilidad y especificidad para esta patología<sup>3</sup>.

Nuestra paciente presentaba además desnutrición, lo cual se puede asociar a la presencia de la masa en estómago y la

sensación de plenitud constante puede producir la falta de apetito, acompañado además del daño a la mucosa gástrica y la dificultad que provoca, dando como resultado una mala absorción<sup>5</sup>. Se puede llegar a presentar complicaciones en una cuarta porción de los pacientes, siendo rara la perforación, esto según una publicación del 2015 del servicio de pediatría del hospital universitario Puerta del Mar, España<sup>8</sup>.

Existen diferentes tratamientos: conservador (medico), extirpación endoscópica o quirúrgica, dependiendo el caso<sup>7</sup>. Posterior a la cirugía puede llegar a recidivar si no se realiza seguimiento psiquiátrico y nutricional, además que un estómago operado tiene más tendencia de paresía y estasis. Por lo mismo se recomienda a los cirujanos solicitar el apoyo necesario de las otras especialidades para un manejo más integral y adecuado, un manejo multidisciplinario.

Por último, Se recomienda seguimiento estricto por psiquiatría, son pacientes asociados a baja autoestima y disfunción en sus relaciones interpersonales, por lo cual fácilmente presentarían nuevamente el cuadro (tricotilomanía, tricofagia, tricobezoar) no existe actualmente tratamiento farmacológico efectivo por lo cual la terapia cognitivo conductual es la más acertada, y para ello se requiere apego al tratamiento<sup>11</sup>.

## CONCLUSIÓN

Los casos de tricobezoar son raros, el objetivo del tratamiento es evitar la recurrencia, la remoción puede realizarse por una gastrostomía o vía endoscópica. El tratamiento médico conservador (Químico) se describe con bicarbonato de sodio, celulosa y papaína entre otros, en los últimos estudios se reporta el uso de Gaseosas, pudiendo combinar esta terapia con la endoscopia mejorando sus resultados<sup>9</sup>.

Los pacientes requieren un manejo multidisciplinario para lograr un tratamiento exitoso, ya que no se resuelve con la simple remoción del tricobezoar, necesitan seguimiento a largo plazo. Se sugiere manejo conjunto con psiquiatría, nutrición, gastroenterología, hematología, entre otros. Estudiar el curso de la enfermedad, todas las patologías coadquiridas junto con el tricobezoar para así manejar y prevenir su recurrencia de forma adecuada y dar solución a largo plazo. Dando importancia a la prevención primaria, secundaria y terciaria.

## REFERENCIAS

1. Pinilla Rafael Orlando, Vicente Maribel Lisette, González Miguel, Vicente Asbel Alfredo, Pinilla Magda Elena. Tricobezoar gástrico, revisión de la bibliografía y reporte de un caso. *Rvdo. colombo. cir.* [Internet]. marzo de 2016 [citado el 1 de febrero de 2023]; 31(1): 44-49. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-75822016000100006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822016000100006&lng=en).
2. Castrillón Peña EL, Espinosa Moreno MF, Barrios Torres JC, Forero Niño EE. Tricobezoar gastroduodenal en la edad escolar. Caso clínico. *Arch Argent Pediatr* 2019;117(3):e284-e287
3. Lara-Zavala YY, Álvarez-Ciaca I, Montiel-Jarquín ÁJ, Bertado-Ramírez NR, García-Galicia A, Alonso-Torres G. Síndrome de Rapunzel: diagnóstico radiológico [Rapunzel syndrome: Radiological diagnosis]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2023 Jul 31;61(4):539-542. Spanish. doi: 10.5281/zenodo.8200619. PMID: 37540757; PMCID: PMC10484550.
4. Soria Alcívar Miguel, Betancourt Ruiz María, Moyon Gusñay María, Chavez Almeida Josselin, Abarca Rendón Francisco, Robles-Medranda Carlos. Síndrome de Rapunzel gigante con complicación atípica: Reporte de un caso. *Rev. gastroenterol. Perú* [Internet]. 2019 Ene [citado 2023 Feb 02]; 39( 1 ): 74-77. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292019000100011&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292019000100011&lng=es).
5. Hernández Garcés Héctor Rubén, Moquillaza Muchaypiña José Alfredo, Vera Caceres Lourdes Cecilia, Moutary Issoufou, Montalvo Montoya Héctor Adam, Andrain Sierra Yudit. Tricobezoar gástrico: una causa poco frecuente de síndrome tumoral y de obstrucción pilórica. *Rev. gastroenterol. Perú* [Internet]. 2015 Ene [citado 2023 Feb 02]; 35( 1 ): 93-96. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292015000100012&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292015000100012&lng=es).
6. Navarro A. ANATOMÍA QUIRÚRGICA DEL ESTÓMAGO Y DUODENO [Internet]. *Org.ar.* [citado el 8 de enero de 2024]. Disponible en: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/dcero.pdf>
7. Fernández-López A-J, González-Valverde FM, Rodenas-Moncada J, Albarracín Marín-Blazquez A. Tricofagia y tricobezoar. *Cir Esp* [Internet]. 2014 [citado el 8 de enero de 2024];92(6):448-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/revista-cirugia-espanola-36-articulo-tricofagia-tricobezoar-S0009739X14000700>
8. Delgado Duatis G, Guillen G. Tricobezoar: una causa inusual de obstrucción intestinal. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2015 [citado el 8 de enero de 2024];83(4):289-90. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-tricobezoar-una-causa-inusual-obstruccion-articulo-S1695403315001010>.
9. Espinoza González R. Bezoares gastrointestinales: mitos y realidades. *Rev Med Chil* [Internet]. 2016 [citado el 8 de enero de 2024];144(8):1073-7. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872016000800016](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000800016).
10. Alvarado-Vidal AB, Lizárraga-Silva LF. Tricobezoar Gástrico por Abordaje Mínimamente Invasivo [Internet]. *RevistasCGP.org.* [citado el 8 de enero de 2024]. Disponible en: <https://revistasCGP.org/index.php/cirujano/article/download/9/8>
11. Clín R, Fam. El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 "Doctora, yo como pelo". *Tricotilomanía con tricofagia.* 2022;15(3):171-4. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v15n3/1699-695X-albacete-15-03-171.pdf>