

TRICOBEOZOAR EN UNA NIÑA, UN CASO CLÍNICO

TRICHOBEZOAR IN A GIRL, A CLINICAL CASE

William Cutipa Vásquez Rivera Vásquez

RESUMEN

Se presenta un caso clínico de una niña de 6 años de edad que desde los 3 años condicionó la ingesta de cabello propio siendo diagnosticada a los 5 años de Tricobezoar. Una entidad de muy rara de presentación a dicha edad, aplazándose 1 año su tratamiento quirúrgico por ausencia de sintomatología e incomprensión de la familia al respecto. El Tricobezoar corresponde a un bezoar constituido por pelo, la sospecha clínica de esta entidad se establece en pacientes jóvenes habitualmente de sexo femenino que tienen masa epigástrica palpable y en algunas ocasiones baja de peso, negando la ingestión de cabello. El diagnóstico se puede realizar por examen contrastado del tracto digestivo y mediante endoscopia, el tratamiento del Tricobezoar puede ser quirúrgico convencional o laparoscópico dependiendo las características del mismo. (Palabras Claves: Bezoares, Tricobezoar, masa epigástrica, síndrome de Rapunzel).

ABSTRACT

We present a case of a 6-year-old from 3 years conditioned hair intake itself being diagnosed at 5 years of trichobezoar. A very rare entity filing at that age, one year postponed its surgical treatment by absence of symptoms and understanding about family. The Trichobezoar corresponds to a bezoar consisting of hair; clinical suspicion of this entity is established in young patients usually female with palpable epigastric mass and sometimes weight loss, hair denying intake. The diagnosis can be made by X Ray contrast of the digestive tract and by endoscopy, treatment of trichobezoar may be conventional or laparoscopic surgery depending on its characteristics. (Keywords: bezoars, trichobezoar, epigastric mass, Rapunzel syndrome).

INTRODUCCION

El Tricobezoar deriva de la palabra tricho pelo y beluzaar que significa antídoto y se refiere a la acumulación de cabello no digerido en el tracto gastrointestinal la cual a su vez se constituye en una masa.

Lo que sucede es que la ingesta desmedida de cabello generalmente propio se aloja en el estomago generalmente, aunque es sabido que puede situarse en cualquier parte del tubo digestivo. Esta entidad es muy rara se ha encontrado principalmente en adolescentes de sexo femenino, y adultos jóvenes y es mucho más raro en niños púberes o prepuberes.

La sospecha clínica además de lo ya mencionado debe establecerse con la palpación de masa epigástrica palpable y la negación de la ingesta de cabello.

El diagnóstico se debe confirmar con Rayos Equis de Contraste, Endoscopia. El Tratamiento debe ser quirúrgico si las características del bezoar es cabello.

CASO CLINICO

Se trata de un paciente de 6 años de sexo femenino sin antecedentes de importancia, procedente de un medio socioeconómico pobre con familia desintegrada, con historia de ingesta de cabello a la edad de 3 años, quien acudió por consultorio un año antes, por el hallazgo en forma casual de la madre de tumoración en región de epigastrio, la misma que al examen tiene una forma ovoidea de 8 x 15 cm .

Una vez confirmado el diagnostico con una Radiografía contrastada se detecta Anemia moderada de 8.7 gr/dl. Pero la paciente no regresa por la consulta sino hasta un año después motivada por el hecho que había presentado en ese entonces dolor abdominal con nauseas y vómitos.

Se realiza finalmente la cirugía consistente en Laparotomía Exploratoria, Gastrectomía longitudinal en el Cuerpo del estomago aproximadamente de 8 cm extrayendo una tumoración de 18 x 8 cm de consistencia firme y con mal olor consistente en un ovillo gigante de cabello que tiene el amoldamiento del estomago (en forma de bota de vino española).

La niña evolucionó favorablemente, presentando picos febriles el 3ro y 5to día post op. Menores a 38 grados centígrados recibiendo antibioticoterapia en el pre y post operatorio asimismo de evidenció signos inflamatorios leves en herida operatoria, siendo dada de alta al 7mo. Día. No regresó después a consulta.



Figura 1. Antes del inicio de la operación, nótase la convexidad del epigastrio que hace ver la tumoración sobresaliente



Figura 2. Inicio de la Extracción a través de la Gastrotomía "Parto del Bezoar"



Figura 3. Progresión de la extracción



Figura 4. Extracción final del Tricobezoar



Figura 5.



Figura 5 y 6. Pieza operatoria Mide 15 cm de longitud, pero al estar elongada completamente mide 20 cm.

DISCUSIÓN

Bezoar constituye una acumulación de material no digerido en el tracto gastrointestinal formando una masa. El termino deriva de las palabras beluzaar (hebreo), pahnzahr (persa) badzahr (árabe) que significa antidoto, eran obtenidos de animales y se pesaban que tenían poderes curativos siendo

valiosos en la antigüedad.

Los bezoares son frecuentemente encontrados en el estomago aunque pueden estar presentes en todo el tracto gastrointestinal. Los nombres de los distintos tipo de bezoar están en relación al tipo de sustancia que lo compone, pudiendo dividirlos en 5 grupos: fitobezoares, farmacobezoares, tricobezoares, lactobezoares, bezoares a cuerpo extraño.

En el caso de los tricobezoares están compuestos por pelos y se observan en mujeres hasta un 90 % de los casos y en menores de 30 años en 80% en niñas es extremadamente raro. La causa de éstos es la tricofagia y tricotilomanía (del griego θρίξ, τρίχος, (zríx, zrijos): cabello, τίλλω, (tíllō): depilar y μανία (manía): manía, es un hábito o comportamiento recurrente e irresistible dirigido a arrancarse el propio cabello o los vellos de distintas zonas del cuerpo. Puede definirse como un trastorno de la conducta que puede llegar a manifestarse en un arrancamiento compulsivo del pelo, produciendo desde pequeñas pérdidas de cabello hasta calvicie severa.)

Además de la ingesta de cabello se asocian otros factores en la génesis de la entidad entre estos están: la longitud de cabello, cantidad de cabello ingerido, disminución de peristaltismo, alteración de la mucosa, secreción acida y contenido de grasa de la dieta. Se piensa que el cabello es atrapado en los pliegues gástricos y retenido debido a una insuficiente superficie de fricción la cual es necesaria para la propulsión. El cabello ingerido siempre se vuelve de color negro debido a la desnaturalización de las proteínas por el jugo gástrico.

Presentación Clínica. No existe una forma de presentación específica para esta patología, puede permanecer asintomática por un largo periodo antes de la consulta. Existe la plenitud gástrica o sensación de saciedad precoz, náusea, halitosis, constipación, síntomas obstructivos, molestias abdominales inespecíficas. Los síntomas dependerán de la elasticidad gástrica, el tamaño del bezoar y la aparición o no de complicaciones.

La forma de presentación más severa de un Tricobezoar, siendo potencialmente fatal es el Síndrome de Rapunzel. Este síndrome esta dado por la presencia de cabello en el intestino delgado con una gran bola de cabello fija en el estomago como una ancla. La diferencia de presiones entre el borde mesentérico del intestino relativamente fijo comparado con el borde mesentérico móvil, sumado a la tensión por el peristaltismo, produce un efecto de acordeón que lleva a la necrosis isquémica y perforación del intestino delgado. El nombre evoca al cuento de los hermanos Grimm que en 1812 escribieron la historia sobre Rapunzel; una joven que lanzaban su larga cabellera para que su enamorado el príncipe subiera a la torre donde se encontraba prisionera y fue descrito por Vaughan en 1968.

Algunos autores sostienen que todos los pacientes presentan algún tipo de alteración psiquiátrica que puede variar desde la ansiedad crónica hasta el retardo mental, otros habla de solo 10% de los casos presentan una alteración psicológica.

El diagnóstico diferencial de la masa en epigastrio es con

el Pseudoquiste pancreático, el Neuroblastoma, el Riñón en Herradura, los tumores gástricos, la Hepatomegalia y esplenomegalia.

En el estudio Radiológico se visualiza el bario rodeado de una masa que generalmente flota en suspensión la cual además la diferencia de un tumor maligno. También el bario que queda atrapado en el intersticio del bezoar da la imagen de "superficie en panal de abejas". La ecografía lo describe con un signo específico que es una banda ancha de ecos de gran amplitud con sobra acústica posterior. La tomografía axial computarizada con medio de contraste oral es mucho más sensible que la radiografía convencional.

La endoscopia digestiva es el método diagnóstico de elección, ya que se ha demostrado que con la radiografía de las vías digestivas sólo se diagnostica una cuarta parte de los casos identificados endoscópicamente y además permite la visión directa del bezoar siendo en algunos casos terapéutico.

Otras complicaciones inusuales son: ictericia obstructiva que es debida a la extensión del bezoar hacia el duodeno, enteropatía perdedora de proteínas y anemia megaloblástica, asociadas a sobrecrecimiento bacteriano en el intestino delgado.

Tratamiento Quirúrgico. La resolución quirúrgica es la elección cuando el bezoar es grande y compacto, no permitiendo su extracción por otros medios. Esta puede ser laparoscópica o clásica debiendo tener especial consideración con el Síndrome de Rapunzel, en el que son necesarias múltiples enterotomías para la remoción del bezoar. Cuando existen complicaciones como perforación o hemorragia, es la vía clásica la vía de elección. Cuando se encuentra asociado a una úlcera no es necesario hacer tratamiento quirúrgico de la úlcera ya que al retirar el bezoar sanará la lesión.

El tratamiento de todos los bezoares, excepto los más pequeños, es quirúrgico, mediante gastrotomía por vía abdominal anterior. La extracción no es difícil; sin embargo, hay el peligro de contaminación de la cavidad peritoneal por las bacterias aerobias y anaerobias en el estómago anormalmente dilatado que en un paciente desnutrido se puede desarrollar

una peritonitis grave como en una de nuestras pacientes. El riesgo se reduce con una correcta técnica de aislamiento del campo quirúrgico. El manejo postoperatorio es el control neuropsiquiátrico adecuado, ya que en casi todos los casos hay un conflicto afectivo o daño neurológico que perpetúan el hábito de ingerir cabello. Los otros factores como el tamaño, localización o complicaciones quirúrgicas (como obstrucción, perforación, sangrado, etc.), así como la desnutrición, pueden ser problemas graves que influyen en el pronóstico de la mayor parte de los casos.

La recurrencia ocurre hasta en un 14% especialmente en pacientes con alteraciones psiquiátricas y con cirugía gástrica previa y la necesidad de reoperación es rara. Se recomienda seguimiento psiquiátrico para disminuir la frecuencia de recurrencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alvarado R., Uribe E., Gallego J., Tricobezoar. Presentación de Dos Casos. Acta Pediátrica Mexicana 2001; 22(4):264-267
2. Beauregar Ponce G., Martínez Acosta F., Castaneda Flores J. et al. Tricobezoar. Salud en Tabasco vol 7 (1) 2001 Feb 372-374
3. Bernal Reyes Raúl, Olvera Zamora Froilán, Guerrero Hernández Rosa Elvia. Tricobezoar: presentación de tres casos, perfil clínico y psicológico. Revista de Gastroenterología mexicana 2005 70 (1) 67-72
4. Fiorentino J., Oneto A., Salgeiro F. Tricobezoar en Pediatría. Revista de Cirugía Infantil 8 (1) 1998 25-29
5. Loja D., Alvizuri J., Vilca M., Sánchez M.. Síndrome de Rapunzel: tricobezoar gastroduodenal. Anales Facultad de Medicina. 2003 Lima ene./mar Vol 64 N°. 1.
6. López Andino W., Almeida Arias D., Durán Vázquez N., Benavides S. Tricobezoar gástrico: a propósito de un caso Rev Cubana Cir v.47 n.4 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2008
7. Ojeda López L., Labaut Arévalo N., Gorina del Cristo R. Tricobezoar gástrico y síndrome de Rapunzel en una adolescente Revista Cubana de Pediatría 2010 Feb
8. Ruiz H., Palermo M., Ritondale O., et al. Tricobezoares Gastroduodenales: una causa poco frecuente de obstrucción del tracto de salida. Acta Gastroenterologica Latinoamericana. Marzo 2005 vol. 35 nro.1.
9. Salvatore M., Palermo M., Moreau R. Tricobezoar Gástrico: Algoritmo Diagnóstico Revista Argentina de Radiología 2005; 69; 165.
10. Sánchez G., Bohle J., Cárcamo C., et al. Tricobezoar Gástrico Caso Clínico y Revisión de la Literatura. Cuadernos de Cirugía 2006; 20:48-51.
11. Serrano O., Bonilla Garnica R. Tricobezoar Gástrico Perforante. Revista de los Estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander 2010 23, 265-268

CORRESPONDENCIA:

William Cutipa Vásquez Rivera Vásquez
williamcuvarivas@hotmail.com

Recibido: 05/09//2012

Aceptado: 23/11/2012