

Tricobezoar. Una causa rara de dolor abdominal con apariencia radiológica típica

J.A. Santos-Sánchez^a, M.A. López González^b, J. de Castro García^a y P. García Hernández^c

^aMIR del Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. España.

^bMédico especialista en Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud María Auxiliadora. Bejar. Salamanca. España.

^cMédico especialista en Radiodiagnóstico. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. España.

Un bezoar es una masa compuesta por material extraño ingerido, normalmente fibras vegetales o pelos, en el interior del tubo digestivo. Los tricobezoares son raros y aparecen normalmente en individuos con trastornos mentales. Presentamos una paciente de 16 años, con trastornos emocionales, que consulta por dolor abdominal, vómitos de dos días de evolución y masa en cuadrantes abdominales superiores. Se realiza radiografía convencional, ecografía y tomografía computarizada de abdomen que ponen de manifiesto los signos radiológicos típicos de tricobezoar gástrico. Hacemos especial hincapié en la utilidad de la tomografía computarizada en el diagnóstico preoperatorio y en la detección de posibles complicaciones. La paciente fue tratada mediante laparotomía, gastrotomía y extracción del tricobezoar. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y actualmente está en tratamiento por psiquiatría.

Palabras clave: bezoar, tricobezoar, pruebas radiológicas.

A bezoar is a ball of swallowed foreign material that is usually vegetable fibers or hairs, in the digestive tract. Trichobezoars are rare and normally appear in individuals with mental disorders. We present the case of a 16 year old woman with emotional disorders who consulted due to abdominal pain, two-day long vomiting and mass in upper abdominal quadrant. A plain X-ray, ultrasonography and CT scan of the abdomen were performed. They showed typical X-ray signs of gastric trichobezoar. We emphasize the utility of the CT scan in the preoperative diagnosis and in the detection of possible complications. The patient was treated by laparotomy, gastrotomy and extraction of the trichobezoar. Post-operative period was without complications and she is currently receiving psychiatric treatment.

Key words: bezoars, trichobezoars, radiologic exams.

INTRODUCCIÓN

Un bezoar es una masa compacta en el interior del tubo digestivo, que se produce por la ingestión y la acumulación de uno o varios materiales extraños. Se clasifican de acuerdo con su composición, pudiendo contener: pelos humanos o animales (tricobezoar), fibras vegetales, hojas, raíces, semillas, pieles o tallos de plantas (fitobezoar), fibras artificiales procedentes de muñecas, alfombras, gomas, minerales, lacas o incluso conglomerados de leche (lactobezoar) y algunos medicamentos. Los más frecuen-

tes están compuestos por restos de frutas o vegetales (fitobezoares) que suponen más de la mitad de los casos. Los compuestos por pelos (tricobezoares) son bastante raros y aparecen generalmente en pacientes con alteraciones psiquiátricas^{1,2}.

CASO CLÍNICO

Presentamos una paciente de 16 años de edad que consulta en su Centro de Salud, por cuadro de dolor abdominal difuso, vómitos alimenticios de 2 días de evolución, pérdida de peso y deposiciones líquidas 2 días antes. La madre, que la acompaña, refiere alteraciones emocionales y episodios depresivos que han precisado tratamiento psiquiátrico ese mismo año. A la exploración se palpa una masa abdominal en epigastrio, que sobresale al reborde costal, móvil, dolorosa y de consistencia dura. Se envía al hospital para realizar las exploraciones complementarias oportunas. Se practica radiografía en vacío de abdomen (fig. 1) en la que aparece un aumento de densidad en epi-

Correspondencia: J. Á. Santos Sánchez
Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Clínico Universitario
Paseo de San Vicente, 58-182. 37007 Salamanca. España.
Correo electrónico: jasla@hotmail.com

Recibido el 16-03-05; aceptado para su publicación el 24-11-05.



Figura 1. Radiografía abdominal convencional. Se aprecia aumento de densidad que dibuja el molde gástrico, con alguna burbuja aérea y desplazamiento de estructuras adyacentes (colon).

gastro que forma una especie de molde de la cavidad gástrica y desplaza las asas intestinales. En la ecografía posterior se objetivó formación hiperecogénica con sombra acústica posterior en área gástrica, adyacente a hígado y vesícula biliar (fig. 2). Durante todo el proceso la chica mantiene la cabeza cubierta con una gorra y al retirársela se aprecian áreas irregulares de alopecia. Se interroga a la paciente sobre la ingesta de cabello, que niega inicialmente en presencia de la madre y que posteriormente reconoce en ausencia de ésta. Ante la evidencia de tricotilomanía y tricofagia se realiza tomografía computarizada (TC) abdominal con administración de contraste oral e intravenoso y cortes de 7 mm de grosor, para confirmar la sospecha de bezoar gástrico, demostrándose los hallazgos típicos que proporciona esta técnica (fig. 3). La paciente fue intervenida quirúrgicamente, realizándose laparotomía y gastrotomía anterior amplia, extracción del tricobezoar y comprobación de ausencia de progresión de la masa hacia el duodeno. La evolución posterior fue satisfactoria y actualmente sigue controlada en la consulta de psiquiatría.

DISCUSIÓN

El término bezoar deriva de la palabra árabe “*badzehr*” o de la persa “*panzher*”, ambas significan antídoto, debido a que antiguamente los extraídos de animales se utilizaban como remedios para picaduras, como protección de determinadas enfermedades –epilepsia, disentería, peste y lepra– e incluso como protección contra “espíritus malignos”^{1,3}.



Figura 2. Ecografía abdominal. A. Corte longitudinal a través de la cavidad gástrica. B. Corte transversal a través de la cavidad gástrica a la altura de la vesícula biliar (flecha negra) y borde hepático (flecha blanca). Se aprecia imagen hiperecogénica lineal con gran sombra acústica posterior intraluminal.

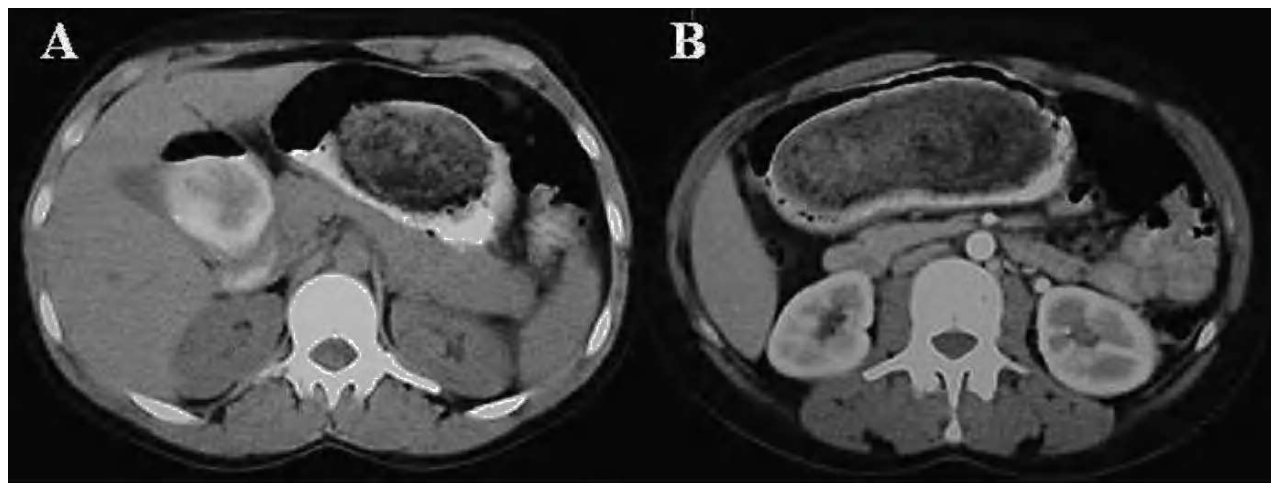


Figura 3. Tomografía computarizada abdominal. A. Tomografía computarizada con contraste oral y sin contraste intravenoso. B. Tomografía computarizada con contraste oral e intravenoso. Se aprecia imagen heterogénea, con burbujas aéreas en su superficie rodeada de contraste oral, que no capta contraste intravenoso y de localización intraluminal, gástrica.

Esta patología se relaciona con el hábito de ingerir objetos no alimenticios, lo que se denomina picacismo. Normalmente se forman en la cavidad gástrica, debido a que el material deglutido es resistente a la acción de los jugos gástricos. Pueden pasar posteriormente al intestino delgado dando lugar a un proceso obstructivo y más raramente perforación. Son factores predisponentes una masticación inadecuada, dieta rica en fibra, cirugía gástrica previa e incluso por compresión extrínseca de la arteria mesentérica superior^{2,4,5}.

En el caso de los tricobezoares la tricofagia es el antecedente ineludible, como ocurre en el caso que presentamos. La tricofagia es una alteración psicológica de tipo afectivo, emocional, de aislamiento, personalidad límite⁶ o de retraso mental, que suele asociarse a tricotilomanía o impulso incontrolado, consciente o inconsciente, de arrancarse el propio pelo⁴, si bien el pelo también puede obtenerse de otras personas, mascotas, cepillos, muñecas, alfombras, tapetes, etc. También en procesos como la colitis ulcerosa en los que en algunos casos se asocia una personalidad patológica⁷ puede presentarse un cuadro de bezoar por tricofagia.

El pelo ingerido llega al estómago y permanece adherido a los pliegues gástricos por fenómenos de tensión superficial, constituyéndose el núcleo del tricobezoar, sobre el que se acumula más pelo, moco y fragmentos de múltiples alimentos. Persiste en el estómago resistiendo la acción del jugo gástrico. Pueden crecer con lentitud durante muchos años y formar un molde del estómago. El tamaño es variable en dependencia del tiempo de evolución y del hábito de la tricofagia, se han descrito masas hasta de 3,2 kg de peso. Es rara la progresión del material del tricobezoar a través del tubo digestivo, denominándose en este caso síndrome de Rapunzel^{3,6,8}, pudiendo no causar sintomatología, ser evacuado o provocar una obstrucción intestinal⁶.

Los tricobezoares ocurren principalmente en mujeres, ~90% de los casos-, y en menores de 30 años 80%³, siendo su máxima frecuencia entre los 10 y 20 años de edad. La sintomatología clínica es variada, pudiendo aparecer dolor abdominal de repetición en el cuadrante superior izquierdo en el 70% de los casos, náuseas y vómitos (65%), anorexia o hiporexia, alteraciones del tránsito (diarrea o estreñimiento) (33%), pérdida de peso, incluso desnutrición^{2,5}. Frecuentemente presentan halitosis y puede palparse una masa crepitante. La historia de tricotilomanía suele constatararse tras establecer el diagnóstico. Pueden existir áreas de alopecia, generalmente en el cuero cabelludo pero también puede ser de cejas, pestañas, etc. Como ocurría en nuestra paciente, aparecen áreas lineales o rectangulares con pérdida parcial del pelo, se caracteriza por el distinto tamaño de los cabellos y en otros casos únicamente por el relato del paciente.

En ocasiones se producen cuadros de obstrucción, con sintomatología más manifiesta, sobre todo cuando existe extensión del tricobezoar al intestino^{5,6}, o bien cuando los bezoares son grandes y producen obstrucción pilórica.

Formas más raras de presentación clínica pueden ser: perforación intestinal, sangrado, invaginaciones⁹, apendicitis, ictericia obstructiva y pancreatitis¹⁰ e incluso aparición de úlcera gástrica traumática ~10% de los tricobezoares-, provocada por la abrasión constante de la mucosa por la concreción pilosa. También son infrecuentes la desnutrición, la anemia ferropénica⁹, la enteropatía perdedora de proteínas, la esteatorrea y la poliposis gástrica¹¹.

En lo referente a las pruebas complementarias, la radiología convencional no proporciona una imagen característica. Puede objetivarse un aumento de densidad con sensación de masa y pequeñas burbujas aéreas radiolucientes, que se desplaza con los cambios de posición, y que puede confundirse con la presencia de heces en el colon o incluso con abscesos o bien, como en el caso que presentamos

(fig. 1), que rellene completamente la cavidad gástrica produciendo un molde evidente en el estudio radiológico convencional y desplazamiento de estructuras adyacentes. En ecografía la presencia de una masa intraluminal con un marcado anillo hiperecogénico en la superficie y una sombra acústica posterior es sugerente de bezoar¹². La TC es la técnica radiológica más específica, determina una apariencia característica como una masa intraluminal, bien definida, de baja densidad, con burbujas de aire o restos de contraste. Permite además determinar sus dimensiones, su posible extensión hacia el intestino y la existencia de bezoares múltiples adicionales. Es la técnica más útil para determinar la presencia de posibles complicaciones, por lo tanto puede considerarse la técnica de elección de diagnóstico prequirúrgico^{8,13}.

El tratamiento suele ser quirúrgico ya que es difícil la extracción endoscópica, excepto en los más pequeños. Se realiza mediante gastrotomía por vía abdominal anterior, comprobando su posible extensión al intestino delgado². Un 9% de los pacientes intervenidos por bezoar requiere una segunda intervención por la recurrencia de la obstrucción probablemente debida a la presencia de bezoares residuales⁵, consecuencia generalmente de la utilización de tratamiento endoscópico por fragmentación de la masa y progresión de estos a través del intestino.

Es importante el control neuropsiquiátrico posterior, que evite la recaída en la ingesta de pelos u otros materiales que pueden formar un bezoar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Byrne WJ. Foreign bodies, bezoars, and caustic ingestion. *Gastrointest Endosc Clin North Am.* 1994;4:99-104.
2. Zamir D, Goldblum C, Linova L, Polychuck I, Reitblat T, Yoffe B. Phytobezoars and trichobezoars: a 10-year experience. *J Clin Gastroenterol.* 2004;38:873-6.
3. Balik E, Ulman I, Taneli C, Demircan M. The Rapunzel syndrome: A case report and review of the literature. *Eur J Pediatr Surg.* 1993;3:171-3.
4. Doski JJ, Priebe CJ Jr, Smith T, Chumas JC. Duodenal trichobezoar caused by compression of the superior mesenteric artery. *J Pediatr Surg.* 1995;30:1598-9.
5. Escamilla C, Robles-Campos R, Parrilla-Paricio P, Luján-Mompean J, Lirón-Ruiz R, Torralba-Martínez JA. Intestinal obstruction and bezoars. *J Am Coll Surg.* 1994;179:285-8.
6. Seker B, Dilek ON, Karaayvaz M. Trichobezoars as a cause of gastrointestinal obstruction: the Rapunzel syndrome. *Acta Gastroenterol Belg.* 1996;59:166-7.
7. Robertson DA, Ray J, Diamond I, Edwards JG. Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut.* 1989;30:623-6.
8. West WM, Duncan ND. CT appearances of the Rapunzel syndrome: an unusual form of bezoar and gastrointestinal obstruction. *Pediatr Radiol.* 1998;28:315-6.
9. González EC, Hernández N, Santisteban M, García Báez M, Hermoso F. Tricofagia, tricobezoar, invaginación intestinal y anemia ferropénica. *An Esp Pediatr.* 1983;19:337-8.
10. Shawis RN, Doig CM. Gastric trichobezoar associated with transient pancreatitis. *Arch Dis Child.* 1984;59:994-5.
11. Hossenbocus A, Colin-Jones DG. Trichobezoar, gastric polyposis, protein-losing gastroenteropathy and steatorrhea. *Gut.* 1973;14:730-2.
12. Yildirim B, Gürkaynak G, Akyol D, Temuçin G. Ultrasonographic diagnosis of small intestinal phytobezoar. *J Clin Ultrasound.* 1996;24:213-6.
13. Gayer G, Jonas T, Alter S, et al. Bezoars in the stomach and small bowel-CT appearance. *Clin Radiol.* 1999;54:228-32.