

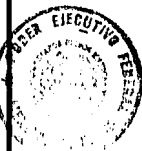
11209
2 ej 15



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado

T R I C O B E Z O A R
REVISION CLINICA Y COMPARATIVA DE 6 CASOS DEL
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO DE LA S.S.A. DE
1959 A 1985



SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DEPTO. DE EDUCACION MEDICA

T E S I S

Que para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

presenta

DR. GERMAN MAURICIO BRITO ALBO



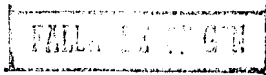
Hospital General de México de la S. S. A.

México, D. F.

1986

J. C. [Firma]

[Firma]
S. F. Tejada
S. F. [Firma]





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DESARROLLO

I	.-	ANTECEDENTES HISTORICOS	pag . 1 - 4
II	.-	OBJETIVO	pag . 5
III	.-	EPIDEMIOLOGIA	pag . 6 -7
IV	.-	FACTORES PREDISPONENTES	pag . 8
V	.-	FISIOPATOLOGIA	pag . 9 -12
VI	.-	PSICOPATOLOGIA	pag .13 -15
VII	.-	CUADRO CLINICO	pag .16 - 17
VIII	.-	METODOS DE DIAGNOSTICO	pag .18 - 20
IX	.-	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	pag .21
X	.-	COMPLICACIONES	pag .22 - 25
XI	.-	TRATAMIENTO	pag .26 - 28
XII	.-	PRONOSTICO	pag .29
XIII	.-	MATERIAL	
		METODO	
		RESULTADOS	pag .30 - 36
XIV	.-	CONCLUSIONES	pag .37 - 39
XV	.-	BIBLIOGRAFIA	pag .40 - 42

I.- ANTECEDENTES HISTORICOS.

La palabra Bezoar , tiene una de sus raíces en el idioma Arabe ; " Badz-har " . Algunos otros autores la refieren al Persa, de la palabra " Padzah " (10). En el idioma Hebreo la palabra " Beluzaar " , independientemente del idioma la palabra significa proteger contra veneno o antídoto (9).

Kalk refiere que Bezoar se obtuvo, a partir de la cabra - Bezoar, la cual vive en los montes Tauro en el Oriente medio esta cabra se lame su piel que en su estomago forma "Bolas" - que le dieron el nombre a los Bezoares (10).

La historia de los Bezoares data desde el siglo XII A.C. siendo esta la referencia mas temprana que se conoce mencionada por el medico Hindu Sushruta. Posteriormente Charak Samhita en el siglo III D.C. describe a los Bezoares como objetos con poderes magicos contra las pestes y las plagas (4).

En 1779 Baudamant describe por primera vez un TRicobezoar en una niña que tenia como habito comer su pelo , al fallecer la niña, en su autopsia se encontraron dos " Amasijos " de Cabello, uno en el estomago al cual llenaba casi en su totalidad y otro en la porción proximal del Yeyuno , el autor - también refiere haber encontrado TRicobezoares en personas adultas con alteraciones Psiquiatricas. (10).

En 1883 Schonbon publico el primer caso de un Tricobezoar extirpado quirurgicamente . El hallazgo fue durante una - cirugía de Urgencia , en la cual se tenia el diagnostico de - perforación de ulcera gastrica (10).

En 1886 Thomton realizo por primera vez el diagnostico - preoperatorio correcto de un Tricobezoar gastrico (10).

En 1896 Stelzner diagnostica clinicamente un Tricobezoar gastrico , describiendolo como una " Bola de Billar " y dilatación del estomago , pasando a ser el segundo autor que diagnostica preoperatoriamente un tricobezoar gastrico (1).

En 1909 Wolfer y Leiblein en Alemania y Butter Whort en U.S.A. fueron los primeros en estudiar el padecimiento y lograr reunir 45 y 42 casos respectivamente.

En 1913 Ramsbton y Bardey de Holanda hicieron el primer diagnostico radiologico de Tricobezoar.

En 1915 Matas y Cols. hace una excelente revisión y estudio clinico de los Tricobezoares , agregando un caso propio a los 77 casos ya publicados hasta la fecha.

En 1915 Osmond y Joy reportan el primer caso de Tricobezoar en una niña de 8 años, la cual tuvo una perforación gástrica y además sobrevivió (21).

En 1921 Davis reporta haber operado el mas largo y pesado de los Tricobezoares , éste pesaba 6.5 libras (1).

En 1925 Harris reporta por primera vez un Tricobezoar múltiple en una paciente de 35 años , la cual fue sometida en varias ocasiones a laparotomias (2).

En 1938 De Bakey y Ochsner logran reunir 171 casos de Tricobezoar y 119 de Fitobezoar agregando un caso propio de Tricobezoar y 7 casos de Fitobezoar , esta publicación se considera de las Clásicas y Básicas del Tema . (21).

En 1957 Charache y Cols. . reporta un caso de Tricobezoar gástrico asociado con Poliposis Múltiple con degeneración maligna de uno de ellos y revisa la literatura, encontrando 35 casos mas de Tricobezoar de los publicados hasta el año de 1938 haciendo un total de 207 casos (21).

En 1976 Helmut Schreiber reporta un caso de Tricobezoar gástrico que produce ictericia Obstructiva en un paciente de 19 meses de edad (22).

Respecto a las publicaciones que se han hecho en el país se tiene que el primer reporte fue en 1949 por los Doctores - Alejandro Azueta y Gonzalez del Castillo de Saltillo Coahuila es el caso de un tricobezoar de gran tamaño en una niña de 6 años de edad . (10).

En 1956 el DR. Ayala Gonzalez del Hospital General de --

Mexico de la S.S.A. opera un paciente de 22 años de edad - con éxito .

En 1959 el Dr. Ordóñez Acuna reporta un caso de una mu-
jer de 23 años la cual fue tratada y diagnosticada satisfacto-
riamente H.G.M.S.S.A . (10).

En 1970 y en 1985 el Dr. Miguel del Castillo Morales, --
diagnostica y trata quirúrgicamente dos casos con buenos re-
sultados.H.G.M.S.S.A. (10).

En 1977 el DR. Enrique Fernández Hidalgo reporta los ca-
sos del Dr. Ordóñez y de Del Castillo Morales , mas dos casos
propios . Uno de una paciente de 39 años y la otra de una pa-
ciente de 17 años ambos diagnosticados preoperatoriamente y -
operadas con éxito , siendo mandadas posteriormente a la con-
sulta de Psiquiatria , por tener patología en este campo (10).

En 1985 La revista Medica del Hospital General el Dr. --
Adalberto Corral Medina reporta una caso de una paciente feme-
nino de 14 años de edad diagnosticada preoperatoriamente y --
tratada quirúrgicamente con buenos resultados. (4).

Como datos interesantes sobre los Tricobozoares se des--
cribe que dentro del inventario de " Las Joyas de la Corona "
de la Reina Isabel de Inglaterra se encuentra un Bezoar al cu-
al se le dió un baño de Oro ,este Bezoar forma parte de Las
Joyas de la Corona desde 1662. (20).

La escuela de Medicina Arabe se atribuye la influencia -
del uso de los Bezoares , ya que en la lista de su farmacopea
estaba incluido el Bezoar como una de las 44 drogas derivadas
del Reino animal .

Los bezoares animales eran tan apreciados en aquellas epo-
cas que se guardaban en cajas de oro adornadas con piedras --
preciosas y tenían mas valor que el oro y la plata .

Asi también a mediados del siglo XVIII La piedra Bezoar
fue admitida oficialmente en la farmacopea Inglesa (21) .

Medicamente Tricobozoar como su nombre lo indica , con-
siste en una tumoración constituida por una gran cantidad de

cabellos que se acumulan firmemente entre sí, y que llenan el estomago adoptando su forma . La tumoración esta además formada por sustancias resinosas organicas, dispuestas en capas -- concentricas a un nucleo ingerido , y que ademas de formarse en el estomago , pueden formarse en cualquier parte del tubo digestivo; Duodeno , Yeyuno-Ileon , Colon incluyendo el apendice cecal . (10,21).

II.- OBJETIVO .

El objetivo de la presente tesis es dar a conocer-- esta patología desde sus antecedentes en el paciente , sintomas, signos, datos de laboratorio y gabinete , así como también el diagnóstico endoscópico y su tratamiento , ya que es un padecimiento que por su rareza se debe tener en cuenta cuando se estudia una masa abdominal (en el 90% de los pacientes - con Tricobezoar tienen masa palpable abdominal).

Así mismo es útil comparar todos los datos obtenidos en el análisis de nuestros pacientes , con los reportados en la literatura mundial .

III.- E P I D E M I O L O G I A .

El Tricobezoar es una entidad, la cual se presenta rara vez y apartir de esto se desprende uno de los objetivos de este trabajo, es decir contar con los datos básicos para poder elaborar el diagnostico clínico de esta entidad .

Así pues el Tricobezoar es tres veces mas frecuente en el sexo femenino que en el masculino . El 90 % de los casos son en mujeres y de estos el 80 % se presenta en menores de - de 30 años . (4,8,16,12,5) .

Segun el Dr. Jose Ramirez D. del H.G.C.M.N. del I.M.S.S. reporta que en el servicio de Gastroenterologia y endoscopia el Tricobezoar se presenta en el 85 % en el sexo femenino y el Fitobezoar en el 75 % en el sexo masculino (18) .

Según los reportes encontrados en en A.J.R. de 1980 se presenta el tricobezoar con mayor frecuencia entre los 10 y - los 19 años de edad (desde el punto de vista diagnostico Radiologico). (7).

Los rangos extremos de presentación del Tricobezoar van desde el año de edad hasta los 90 años de edad , en estos pacientes hay disturbios emocionales , depresiones, y franco retardo mental . (9).

En la edad pediátrica el rango de presentación del Tricobezoar sin irse a los extremos es entre los 3 y los 15 años - de edad (12).

En forma general y como arriba se expresa el Tricobezoar se presenta mas frecuentemente en las mujeres y el Fitobezoar es más frecuente en los hombres (4).. Segun Bockus y Deslypere (9), mencionan que de todos los Bezoares el 55 % corresponden a Tricobezoares y el 40 % a Fitobezoares, quedadno un 5 % de casos combinados (1,8).

Segun los datos del Dr. Fernandez Hidalgo , los Tricobezoares representan el 35 % de todos los Bezoares y los Fitobezoares representan el 40 % de todos los Bezoares , quedando

un 15 % probablemente de casos combinados . (10).

Los Tricobezoares son habitualmente encontrados en mujeres emocionalmente inestables y con tricofagia . La Historia de la tricofagia se encuentra en el 50 % de los pacientes -- con Tricobezoar y en el 14 % de los pacientes se presentan serias anormalidades Psiquiatricas, esto explica el porque se dificulta el diagnostico., y solo cuando se realizan estudios al paciente (habitualmente radiologicos), es cuando puede realizarse el diagnostico (8,16). . En la serie de Ochsner la tricofagia solo fue de ayuda diagnostica en el 60 % de los casos (21).

La tricofagia en los pacientes que desarrollan Tricobezoar , tiene una evolucion que varía entre los 11 y los 17 años (1).

Comparativamente el Tricobezoar en el niño es mas raro - que en el adulto. Uno de cada 2000 niños tiene Tricotilomania y esta se considera un problema de poca importancia ya que solo es temporal , y no requiere conducta alguna en especial. La Tricofagia se observa en los niños y no todos ellos desarrollan Tricobezoar (9).

IV.- FACTORES PREDISPONENTES.

Los disturbios emocionales , asociados con el hábito de la tricofagia son los datos comunmente encontrados en los pacientes con Tricobezoar. Así mismo las alteraciones del sistema nervioso central y alteraciones de la motilidad gástrica - son otros factores que intervienen en dicha patología (12).

En forma general se enlista a continuación una serie de factores contribuyentes a la formación de un Tricobezoar.

- 1.- Pacientes gastrectomizados (disminución de la capacidad gástrica, asociada a atonía gástrica).
- 2.- Disminución de la acidez gástrica.
- 3.- Disminución de la secreción mucosa.
- 4.- Ingestión de cabellos o materiales vegetales .
- 5.- Defectos en la masticación.
- 6.- Ingestión de grandes cantidades de antiácidos en pacientes ulcerosos y nefropatas (Quimiobezoar).
- 7.- Alteraciones mentales o Psiquiátricas.
- 8.- Alteraciones de la función pilórica .
- 9.- Ingestión de enzimas pancreáticas.
- 10.- Pacientes vagotomizados (4).
- 11.- Pacientes diabéticos con gastroparesis (3):
- 12.- Pacientes prematuros de aproximadamente 33 semanas - los cuales reciben fórmulas concentradas (lactobezoar). (12).

V.- FISIOPATOLOGIA .

La fisiopatología de esta entidad se relaciona con factores locales, propiedades del material que es ingerido en este caso el cabello (Tricofagia) . Y el tiempo de duración de - el habito, asi como también algunas características en los ha bitos dieteticos respecto al contenido de grasas en la dieta diaria .

La fisiopatología del Tricobezoar , gira en torno a la - tricofagia, el cabello ingerido queda atrapado en los pliegues de la mucosa gastrica, formandose un " Bolo " que usualmente es largo y de consistencia firme, en ocasiones el Tricobezoar puede desprenderse y dar problemas de tipo oclusivo a nivel - del intestino delgado, hay proliferación bacterina en el in- testino facilitandose esta situación por la masa ocupativa -- (4) .

Un estudio realizado en conejos demostro que un simple - cabello no puede moverse distalmente por la actividad peris- taltica del intestino y que ademas los alimentos pastosos, jun- to con la ingesta de cabellos favorece la formación de " Bo- las de Pelo " , de lo anterior se desprende en dato obtenido en la mayoría de las pacientes que despues de hacer el diag- nostico por otros metodos, no precisamente el clínico (prin- cipalmente radiologico) se reinterroga a la paciente y se ob- tiene el dato de la TRicofagia, el cual habitualmente niegan - refiriendo que esta se realiza cabello por cabello , es decir uno por uno (16) .

Los factores que intervienen en la génesis de el Tricobe zoar se resumen y enlistan a continuación ;

- 1.- Cabellos largos (inicialmente)
- 2.- Ingesta de grandes cantidades de cabello (uno por - uno) .
- 3,- Disminución de la peristalsis .

- 4.- Alteraciones en la mucosa .
- 5.- Alteración de la secreción gástrica.
- 6.- Dieta con alto contenido en grasas (producen retardo en el vaciamiento gástrico) .
- 7.- La peristalsis no es suficiente para impulsar el cabello (al principio) y después disminuye por la -- presencia de la tumoración. Hay atonía gástrica secundaria a la dilatación por un pseudo síndrome de -- Obstrucción Pílorica .

La tricofagia es una perversión del apetito y en pacientes con Tricobezoar también puede haber otros tipos; Geofagia, Ingestión de hilos, Botones , etc . quizá consecutiva a una alimentación deficiente, a hambre crónica que contribuye a su desnutrición, pero dentro de su cuadro clínico presentan alteraciones del tipo del aislamiento, timidez, disminución de la capacidad intelectual cuya causa encontramos en factores familiares que les hacían buscar una satisfacción de su apetito en forma distorsionada. El niño desea quitarse el hábito pero no lo puede hacer . (21).

El mecanismo de la formación de los Tricobezoares se explica por la formación de un núcleo primitivo, constituido -- por cabellos deglutidos que son atrapados por los pliegues de la mucosa gástrica y a los cuales se les van adhiriendo los -- cabellos que llegan al estómago formando una " Bola " que toma la forma del estómago llegando en ocasiones a ocupar toda la cavidad del órgano. Algunos cabellos pueden pasar al duodeno y ser excretados en las evacuaciones y otros pueden formar un Tricobezoar en el intestino delgado , ocasionando obstrucción o crecer hasta llegar al colon (Síndrome de Rapunzel) o también desarrollarse en sentido contrario , es decir , hacia el esófago (Matas reporta un caso) , (21) .

La formación de bezoares puede presentarse en pacientes diabéticos particularmente en aquellos que presentan gastropa

resis, es decir, que al igual que los pacientes vagotomizados o gastrectomizados pueden tener estasis gástrica y retardo en el vaciamiento del mismo, en especial alimentos sólidos(3).

Los pacientes con operaciones de tipo Billroth I o II tienen cierta afinidad a formar Fitobezoares y esto se explica por el disturbio que prevalece en la motilidad gástrica, en la secreción ácido-peptica, pobre masticación y un pobre poder digestivo sobre los alimentos que contienen celulosa. Esto también sucede en pacientes con procedimientos del tipo de la vagotomía y drenaje. (25,18).

Los Tricobezoares múltiples que se encuentran en el intestino son resultado de la migración distal de fragmentos de un Tricobezoar gástrico, en estos casos se presenta Obstrucción intestinal, intususcepción o perforación intestinal (rara vez), es por esta razón que el tratamiento endoscópico de los Tricobezoares no ha obtenido la aceptación dada en el tratamiento de los Fitobezoares (2).

Se han reportado casos de Tricobezoar asociados con apendicitis aguda(3 casos hasta 1984) en la literatura inglesa como es sabido la fisiopatología de la apendicitis aguda, tiene como principio básico la obstrucción de la luz del órgano, de ahí parte distensión del mismo, proliferación bacteriana, necrosis y eventualmente perforación.

En los niños la obstrucción luminal del apéndice es habitualmente producida por hiperplasia linfóide de la submucosa del apéndice, en adultos es producida generalmente por fecalitos, así como también por cuerpos extraños, parásitos, fibras vegetales, barío (Material radioopaco), cálculos vesiculares - tumores que obstruyen la luz del órgano (carcinoide de apéndice) así como los tres casos descritos en los cuales se encontró en el interior del apéndice cabellos, estos pacientes tenían un Tricobezoar en partes más altas del tubo digestivo, en el caso de la apendicitis el cabello actúa como cuerpo extraño e incluye la luz apendicular (15).

El Tricobezoar gástrico cuando es muy grande puede llegar a extenderse hasta el duodeno ocasionando obstrucción biliar e ictericia de tipo obstructiva (2,22). Schreiber describe el caso de un infante de 19 meses de edad el cual ingresa al hospital con síndrome Ictérico y hepatomegalia, se encontró en la serie esofagogastroduodenal un gran Tricobezoar gástrico que llega hasta la cuarta porción del duodeno y al yeyuno proximal. (Cleveland Ohio) (22).

Por otro lado los Tricobezoaes pueden llegar a producir pancreatitis aguda, haciendo un papel similar al de la "Pancreatitis por Calculo" (16).

Los Bezoaes causan erosión de la mucosa gástrica por la presión de cuerpo extraño que ejercen sobre la pared gástrica el daño puede llegar hasta la ulceración, hematemesis o sangrado, perforación libre con peritonitis generalizada grave. La anemia megaloblástica también puede presentarse y esta es debida a deficiencia de Vitamina B 12 por disminución del factor intrínseco.

La pérdida de proteínas y la esteatorrea es causada cuando un Tricobezoar invade el yeyuno y causa trastornos en la absorción (Gastroenteropatía exudativa), produciendo datos clínicos de hipoproteïnemia y además diarreas con elevado contenido de grasas y muy fetidas. La rotura de un Tricobezoar alojado en el intestino delgado puede llegar a formar un Tricobezoar con localización en el Colon a esto se le denomina; Síndrome de Rapunzel (16,9).

En los niños prematuros y con alteraciones respiratorias el retardo en su vaciamiento gástrico es muy marcado principalmente cuando su dieta contiene 24 cal./Onz. y la fórmula contiene ácidos grasos y triglicéridos de cadena larga. En ellos la fisiología gástrica está muy alterada y todo lo anterior da lugar a la formación de Lactobezoar en niños prematuros (12).

VI.- ASPECTOS PSICOPATOLOGICOS .

El 9 % de los casos colectados por De Bakey de Tricobezo ar demostraron tener frnaco transtorno Psquico o mental, la -- tricofagia es considerada como un razgo de una " Personalidad desajustada " .Deslypere reporta sobre el mismo tópicó una -- frecuencia del 10 % (5,9,8) .

Sin embargo no es necesario tener una alteración psiquia trica, ya que niños con tricofagia tienen especial deleite -- por la ingesta de cabello y el estudio psiquiatrico de estos no reporta ninguna entidad definida, simplemente son persona- lidades mal ajustadas (20) .

Pero por otro lado tenemos los aspectos psicopatologicos francos y ante ellos existen varias posibilidades etiologicas;

- 1.- Que forme parte de una entidad psicopatologica defi- nida (oligofrenia, Psicosis, neurosis) .
- 2.- Que sea consecuencia de algun hecho externo que haya llevado al paciente a una situación conflictiva. En este sentido son muy ricas las aportaciones de base psicoanalítica que consideran que estos problemas -- surgen en situaciones de perdida de objeto, los obje- tos ingeridos se consideran objetos transicionales e intermedios entre su propio yo y los demas .
- 3.- Desde el punto de vista conductista estos habitos -- pueden haber aparecido fortuitamente y haberse fija- do a favor de las respuestas del medio , que actuan como refuerzos de conducta .
- 4.- Hay la posibilidad como admiten algunos autores de - que estos hechos cursen en el vacio, es decir, no -- guarden relación con causa alguna .
- 5.- Finalmente hay algunos autores que buscan el origen organico de tales habitos , relacionandolos con ca- rrencias de Fe,Ca,Mg,Zn y vitamina B .

A continuación se expone un caso en particular tomado de M. Velasco García de Cadiz Espana de una niña de 4 años de edad.

El estudio psiquiatrico familiar dispuso lo siguiente; Padre de 30 años, hijo unico, chofer, al cual no fue posible localizar, el padre de este es alcoholico y vagabundo y conserva fuertes lazos de union con la madre. Es muy serio y en la casa tiene ratos frecuentes de mal genio.

En la madre predominan los temas amorosos y los familiares con matices frustrantes de agresividad y ambivalencia. Los personajes no son claramente percibidos desde el punto de vista sexual, los titulos hacen referencia al fracaso vital, afectivo y desilución. Durante las entrevistas la madre se muestra vigilante, cuidadosa de la limpieza y muy unida a su propia madre. Hace referencias a frecuentes discusiones con su marido debidas a desacuerdos respecto a la educación de los hijos. Es evidente que existen problemas profundos a nivel personal y matrimonial.

Las características anteriormente citadas concuerdan con las que otros autores reportan en niños con tricobezoar es de cir niños con tricotilomania o tricofagia o ambas .

Se puede pensar que ambos andan mal adaptados en su Roll familiar y que conservan actitudes infantiles en relación a sus propios padres. De hecho han vivido con las abuelas maternas los dos primeros años de la vida de la niña y parece que el inicio de los sintomas ocurrió al comenzar a vivir independiente, por lo cual podría pensarse que fue la separación de la abuela la causa desencadenante del cuadro, viviendo la niña con una perdida de objeto y encontrando en sí misma objetos transicionales. La buena evolución de la niña despues de la cirugía hace pensar que todo su cuadro tuvo un valor reactivo la desaparición de los transtornos indica el comienzo de la reestructuración de la dinamica familiar y del equilibrio afectivo de la pequena y se espera de esta una normalidad proba-

blemente permanente (23,11).

Cuando los pacientes con Tricobezoar llegan al hospital esto condiciona un cambio en su ambiente y con el tratamiento psiquiatrico los factores se modifican(abandono , falta de atención materna, etc .)y el estado psiquico se modifica también, pudiendo el niño desarrollarse en forma completamente normal . (21).

VII. CUADRO CLINICO .

La enfermedad se presenta habitualmente en mujeres jóvenes de menos de 30 años de edad o en infantes entre los 3 y los 15 años, estos pueden o no tener antecedentes de tricofagia

Otro autor da otro rango de presentación del Tricobezoar y es en mujeres de 10 a 19 años (7).

Los Síntomas principales se enumeran a continuación:

- 1.- Dolor epigástrico 70 % .
- 2.- Náusea y vómito 64.5 % .
- 3.- Eructos fétidos .
- 4.- Halitosis.
- 5.- Evacuaciones diarreicas 32 % ,
- 6.- Periodos de constipación 32 % .
- 7.- Hematemesis 61 % (De Bakey), 10 % (Lamerton ,16)
- 8.- Pérdida de peso 38 % .
- 9.- Anorexia.
- 10.- Borborismos .
- 11.- Flatulencia .
- 12.- Intolerancia progresiva a los sólidos.
- 13.- Insomnio .
- 14.- Pérdida de la libido.
- 15.- Sintomatología ácido péptica 25 % .
- 16.- Síndrome de Ictericia Obstructiva (Ictericia, acolia y coluria).
- 17.- Síndrome de estenosis pilórica.

Las evacuaciones en ocasiones presentan cabellos , en el vómito pueden verse también.

La evolución de los síntomas antes descritos va desde 2 a 3 meses cuando muy pronto, hasta 17 a 18 años (Pandeya y -- cols). La presencia de la sintomatología depende de la elasticidad del estómago, del tamaño del bezoar y de las complicaciones presentes en ese momento .

Los Signos clínicos son los siguientes :

- 1.- Paciente adelgazado.
- 2.- Palidez y taquicardia .
- 3.- En la cabeza se observa alopecia en el cuero cabelludo.
- 4.- Edema de extremidades por hipoproteïnemia y la desnutrición .
- 5.- Tumoración palpable en el hipocondrio izquierdo, pero principalmente en el epigastrio; la masa es móvil poco dolorosa en el 88 % de los casos .
- 6.- Datos clínicos de Obstruccion intestinal.
- 7.- Signos de Obstruccion Pilorica.
- 8.- Ictericia y hepatomegalia (22).
- 9.- Abdomen agudo (apendicular) .

(1,10,7,22,18,16,4,5,9,21,23,20)

VIII. METODOS DE DIAGNOSTICO .

El diagnostico se realiza en buena parte de los casos en forma retrospectiva, ya que algunos pacientes no reconocen el habito de la Tricofagia. Un cuadro sugestivo de Tricobezoar es el que se presenta en una mujer joven que tiene una masa abdominal solida que ocupa el epigastrio con un eje que va de el hipocondrio izquierdo al hipocondrio derecho 5 cm por debajo de este ultimo , la masa es movil y tiene bordes definidos que se asemejan a los limites del estomago, deiciende con los movimientos respiratorios y la mano exploradora puede colocarse entre el borde de el higado y la masa . La paciente refiere dolor epigastrico que se acompaña de nausea y vomito. Cuando se sospecha una entidad de este tipo es importante hacer un interrogatorio mas dirigido tanto en forma directa al paciente como en forma indirecta a sus familiares, ya que por lo común los familiares son los que aportan el dato de la Tricofagia.

Los exámenes de laboratorio presentan algunas anomalías:

Bimetria Hemática : Reporta anemia microcítica hipocromica, con disminución de la hemoglobina y el hematocrito, es raro que se presente anemia megaloblastica así como también leucocitosis leve(no en todos los casos) aun en casos no complicados.

Química sanguínea, el Examen general de Orina y las Pruebas de funcionamiento Hepático se encuentran habitualmente normales (Las PFH pueden estar alteradas en los casos raros en que el Tricobezoar se acompaña de Ictericia , así también rara vez hay hipoproteinemia) .

Quimismo Gastrico: Este muestra Normo o hipoacidez en cambio en los casos de Fitobezoar puede haber hiperacidez o acidez normal .

Los metodos de Gabinete en especial los estudios radiolo

gicos son muy utiles, ya que en ocasiones una placa simple de abdomen nos puede dar la pauta para el diagnostico de un Tricobezoar. El estudio con medio de contraste nos da una certeza diagnostica en el 70 % de los casos. Los datos que podemos encontrar en un estudio simples de abdomen en las dos posiciones habituales es lo siguiente:

- 1.- Ausencia de camara gastrica.
- 2.- Moteado en el estomago cuando hay concreciones.
- 3.- Una interfase Liquido-aire entre la pared de el estomago y el tricobezoar.

Flourosopicamente ;

Colocando al individuo en posición erecta se ve detenerse el medio de contraste momentaneamente en el cardias - y deslizando por los lados va delimitando la tumoración.

En la serie Esofagogastroduodenal se observa :

- 1.- Defectos de impregnación gastrica .
- 2.- Defectos de llenado positivos que demuestran la posibilidad de una ulcera gastrica principalmente en la curvatura menor .
- 3.- En placas tardias persisten los defectos de impregnación.
- 4.- Al insuflarse aire se observa la independendencia y movilidad del cuerpo extrano.
- 5.- Dilatación gastrica.

Todos estos datos en especial los referidos en la serie esofagogastroduodenal se ilustran en las fotografias de las figuras 1 , 2 , 3 ,







Dentro de otros metodos de gabinete se encuentra el Ultrasonido , en 1982 se hizo una publicación en el J. of Radiology , sobre las imagenes que se observaron en un paciente - con un Tricobezoar; Las características Ultrasonograficas son descritas por el Dr J.F. Ratcliffe son de una gran ecogenicidad de la masa y con una sombra sonica posterior, el estomago fue instilado con solución salina para que el aire que pudiera haber en el estomago no produjera sombras viciosas , cabe aclarar que la paciente tenía anteriormente el diagnostico - ultrasonografico de Pseudoquistes de pancreas. (19).

La endoscopia guarda un papel importante en el diagnostico del Tricobezoar , ya que por medio de esta se puede visualizar el bezoar y tomar una biopsia de el especimen y mandarlo a analizar, así mismo es posible visualizar lesiones ulcerosas que con cierta frecuencia se asocian.

Los bezoares que se localizan en el intestino habitualmente se diagnostican en el transoperatorio , cosa que no debe pasarse por alto al momento de hacer la laparotomia .

IX.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL .

Se hace sobre todo con neoplasias (Teratomas y Linfomas) una tumoración epigástrica sin antecedentes de tricofagia, puede ser producida por diversas entidades nosológicas, y hasta cierto punto confundirse con un tricobezoar. En la serie de Oschner la tricofagia solo fue de ayuda diagnóstica en el 60% de los casos.

Las duplicaciones de estomago e intestino pueden localizarse en el epigastrio y su diferenciación por examen clínico es difícil; su consistencia quística, renitente y su forma -- son los datos que pueden ayudar en el diagnóstico diferencial.

Un absceso de la pared abdominal o de la retrocavidad de los epiplones pudiera presentarse a confusión, pero la misma historia del padecimiento , el dolor más acentuado, la fiebre más elevada y lo difuso de sus bordes son de ayuda diagnóstica. Este proceso es susceptible de presentarse en el lobulo Izquierdo del Hígado, pero la falta de movilidad y los datos ya señalados pueden diferenciarlo.

El teratoma de la retrocavidad de los epiplones es generalmente fijo y de forma irregular. Los quistes del Mesenterio, además de consistencia quística se sitúan generalmente abajo del epigastrio . Los linfomas tienen manifestaciones sistemicas, son multilobulados y ocupan meso e hipogastrio.

El diagnóstico diferencial que debe descartarse en nuestro medio es el de Tuberculosis gástrica , Ascaris intestinal masiva y Sífilis gástrica , (8,10,5,4,21,19,9,1).

X.- COMPLICACIONES .

Las complicaciones se presentan en los casos de Tricobezoar dando como resultado una serie de síntomas que son en su mayoría los que caracterizan a la enfermedad, así puede -- presentarse de una niña de 5 años cuya manifestación inicial es un cuadro abdominal agudo por una obstrucción intestinal - causado por un Tricobezoar o por el contrario que el paciente refiera malestar abdominal no definido debido a un Tricobezoar y que puede durar así por años (hasta 20 años).

Las complicaciones de los Tricobezoar resultan de:

- 1.- Interferencia de la actividad fisiológica normal de el tubo digestivo.
- 2.- Irritación traumática de las paredes del intestino y del estomago.

De lo anterior se desprende una lista de complicaciones que presenta esta entidad clínica;

- 1.- Anemia .
- 2.- Hematemesis.
- 3.- Perforación .
- 4.- Peritonitis .
- 5.- Ulcera gástrica.
- 6.- Obstrucción intestinal con o sin perforación
- 7.- Apendicitis aguda.
- 8.- Pancreatitis aguda , Ictericia Obstructiva.
- 9.- Enteropatía perdutora de proteínas (exudativa).
- 10.- Poliposis gástrica con degeneración maligna .
- 11.- Hipoproteinemia - Edema .
- 12.- Deficiencia de Vitamina B 12.
- 13.- Síndrome de Rapunzel.
- 14.- Fístulas intestinales .

La anemia que acompaña al Tricobezoar es por dos causas; desnutrición y sangrado, de ahí que esta sea de tipo microcítico hipocromico, en raras ocasiones puede presentarse anemia megaloblastica en aquellas raras ocasiones en que la absorción de la vitamina B12 esta sustancialmente alterada.

La hematemesis se explica por dos causas: La primera, que por efecto mecanico irritativo sobre la mucosa se desarrolla una gastritis severa la cual produce sangrado en esta forma, y otra que una ulcera ya formada, en la curvatura menor de preferencia, empieza a sangrar en forma aguda.

Perforación y peritonitis van de la mano y la frecuencia en que se presentan las dos juntas es de un 33%, la perforación puede presentarse en el intestino o en el estomago y dependiendo del sitio de perforación es el pronostico del enfermo. Cuando la perforación es Gastrica, la mortalidad llega casi al 100%, si comparamos al fitobezoar, este produce una mortalidad del 71%, esta diferencia en los porcentajes se debe al contenido del Bezoar, en el caso del Tricobezoar el material es muy contaminado.

Las Ulceras gastricas que se desarrollan en los casos de Tricobezoar se localizan en un 80% en la curvatura menor y la incidencia general de presentación de la ulcera es de el 10%. Estas ulceras pueden estar presentes hasta por 10 años es sabido que la curvatura menor tiene cierta susceptibilidad a padecer ulceras acido pepticas, y en los casos de Bezoar no hay excepción, el efecto puede ser de tipo mecanico ya que la acidez en los casos de Tricobezoar, esta normal o disminuida. En la estadística general el Fitobezoar tiene un porcentaje mayor de ulceraciones gastricas y esto se debe a la estructura del cuerpo extraño intragastico; En el Tricobezoar la superficie de contacto es plana por lo tanto hay mayor distribución del efecto irritativo, en cambio el Fitobezoar tiene una superficie rugosa y nodular lo que hace que una saliente este irritando constantemente una area especifica del estomago, en este caso la afectada mas frecuentemente es la curva

tura menor . Del principio anterior también se desprende el hecho de que las úlceras de los Fitobezoares se perforan con mayor frecuencia.

Cuando un fragmento de un Tricobezoar gástrico se desprende de la " Bola madre " esta pasa a través de el duodeno, yeyuno e íleon y habitualmente a nivel de la válvula ileocecal o en íleon terminal produce una obstrucción intestinal, la frecuencia con que se presenta esta complicación es de el 6.8 % dependiendo del tiempo de evolución de la oclusión puede presentarse Perforación intestinal. Por las mismas razones el Fitobezoar da mas síndromes de oclusión intestinal, llegando el porcentaje hasta 10 % .

Cuando un paciente con Tricobezoar presenta un cuadro de pancreatitis y se trata de inculpar al Bezoar de dicha complicación, éste debe ser mas bien bastante grande para que pueda llegar al duodeno y producir oclusión o compresión ampular o periampular y producir una especie de pancreatitis como lo hiciera un cálculo enclavado en la papila. o en el ampulla de Vater . De este razonamiento anterior podemos mencionar otra de las complicaciones que es la Ictericia Obstructiva.

Cuando algunos cabellos, de un Tricobezoar llegan a penetrar a la luz del apéndice es posible que se desarrolle apendicitis aguda.

Los Tricobezoares pueden llegar a ocupar el estómago, - duodeno, yeyuno, íleon y colon; el fragmento que se encuentra en el yeyuno puede afectar de tal manera a este , que puede dar pie a la presentación de una enteropatía perdutora de proteínas.

No se ha reportado un Tricobezoar que mida mas de dos metros, sin embargo el bezoar puede llegar sin perder su continuidad hasta la válvula ileocecal o incluso hasta el colon -- (síndrome de Rapunzel), y esto se logra acortando segmentos de intestino y además invaginándolo sobre sí mismo de modo -- que el Bezoar de 1 mt. puede llegar casi hasta el colon por

el mecanismo antes descrito .

Cuando hay perforación intestinal se pueden formar en el postoperatorio, en pacientes muy graves , fistulas entero cutaneas o entero-entericas ,etc. (5,22,4,20,13,2,9,8,15,10,21)

XI.- T R A T A M I E N T O .

El tratamiento del Tricobezoar es de tres tipos :

- 1.- Medico (Uso de disolventes de Bezoares) .
- 2.- Endoscopio; el cual se asocia con alguna modalidad - de tratamiento medico .
- 3.- El metodo quirurgico .

El paciente que presenta patologia psiquiatrica debera - tener un control muy cuidadoso ya que las recaidas pueden lle- gar a presentarse. Independientemente un paciente con Tricobe- zoar por muy normal que este parezca a los ojos del cirujano debe ser valorado por el psiquiatra.

Se han llegado a realizar desde 6 hasta 11 gastrostomías en pacientes con Tricobezoar que presentaban marcados defec- tos mentales (De Bakey y Glazel) (9).

Las primeras conductas que se usaron en el tratamiento - de Tricobezoares , fue la administración de acido clorhidrico y masaje externo sobre el Bezoar (5) . , como puede esperarse este tratamiento no tuvo buenos resultados .

El tratamiento medico como anteriormente se menciona se acompaña de la endoscopia, es decir , uno complementa al otro dentro de las " Sustancias Disolventes " se encuentran:

- 1.- La papaina .
- 2.- Acetil cisteina .
- 3.- Tripsina y quimotripsina .
- 4.- Agua oxigenada , Carbonato de sodio .

La Metoclopramida se describe no precisamente como sus- tancia disolvente, sino como un medicamento que ayuda al vacia- miento gastrico en pacientes gastrectomizados y con gastropa- resis diabetica . En estos la alteración funcional del estomao

go predispone a la formación de Bezoares , principalmente Fitobezoares o también Bezoares de antiácidos (24,14,3).

La efectividad de estas " Sustancias Disolventes " no es la esperada y solo en forma esporádica se han usado con buenos resultados . Cohen y Strike reportan un caso de Tricobezoar tratado con éxito usando Papaina y extracción fragmentaria endoscópica (2).

La endoscopia ha demostrado ser útil en algunos casos , pero no en todos, los Diospyrobezoar son bastante duros y la fragmentación endoscópica no es posible cuando este es grande algún fragmento que traspase el píloro puede tener complicaciones como la obstrucción intestinal. (16). Mc Kechnie reporta un caso de Tricobezoar tratado bajo endoscopia con buen resultado, sin embargo el mismo autor reporta que la complicación más temida del procedimiento es el íleo mecánico por un fragmento. La oclusión se presenta en el 10 % de los casos sometidos a endoscopia y habitualmente se lleva a cabo en el Íleon distal (23).

Rigler reporta el tratamiento de un bezoar (Fitobezoar) .- usando exclusivamente dieta líquida por 3 a 4 semanas , así logro tratar 4 casos con buenos resultados (25).

Un riesgo potencial en el uso del tratamiento médico combinado con la endoscopia , es la aspiración bronquial de material gástrico , esto es más frecuente en los niños prematuros que desarrollan lactobezoar y también en personas de edad avanzada con cirugía gástrica previa , o con úlcera (12).

La mortalidad sin tratamiento operatorio se encuentra según De Bakey en 72 % y la mortalidad operatoria reportada por el mismo autor es de 4.8 % (1938) en los casos de Tricobezoar sin embargo este último dato ha disminuido en forma importante gracias a los adelantos actuales en nutrición del enfermo quirúrgico y la antibioticoterapia (5).

Dreznik reporta en su serie de tres casos una mortalidad operatoria del 0 % (8).

En el tratamiento quirurgico de un Tricobezoar hay que tener ciertos principios basicos para la extracción de este, esto hace que disminuya la morbilidad postoperatoria ya que el Tricobezoar es una masa muy contaminada .

- 1.- Aislamiento del Bezoar antes de iniciar la gastrotomía ,principalmente de las superficies peritoneales usando campos y compresas.
- 2.- Extraer " TODO " el bezoar y evitar el desprendimiento de fragmentos, principalmente cuando el bezoar se extiende mas allá del piloro .
- 3.- Gastrotomía amplia en la cara anterior del estomago que permita la extracción del bezoar sin dificultad.
- 4.- Hacer tiempo " Septico " estricto .
- 5.- Si hay un proceso ulceroso fibrotico y constrictivo se valorara una gastrectomía subtotal de acuerdo al caso. O si despues de alguna perforación queda estenosis .
- 6.- Cierre de la gastrostomía en dos planos (5).

El tratamiento quirurgico cuando el bezoar ocupa el intestino delgado es manejado de dos maneras diferentes :

- 1.- Enterotomía longitudinal de 5 cm. aproximadamente, extracción del bezoar y cierre en dos planos en sentido vertical (23,9,).
- 2.- Resección intestinal en el sitio del bezoar y anastomosis termino terminal (10)..

Las dos formas de tratamiento son utiles ya que se debe valorar el caso segun las condiciones del asa afectada, es decir si se dejan a su recuperacion o si es preferible la resección porque el asa este muy danada .

XII. _ P R O N O S T I C O .

El pronostico del Tricobezoar depende de dos factores; el primero, el tiempo en que se realiza el diagnostico (es - decir , tiempo de evolución), y segundo; la presentación de complicaciones en el momento de recibir al enfermo.

La mortalidad no operatoria segun la revisión de De Ba-- key es de 72.7 % , 50 % y 66.6 % para Tricobezoar , Diospyrobe zoar y otros Fitobezoares respectivamente. La mortalidad ope ratoria es de 4.8 % , 7.4 % , y 4.7 % tambien respectivamente - sin embargo estas ultimas estadisticas se han mejorado en la actualidad a valores cerca del 0.0 % de mortalidad operatoria (como en el estudio presentado en esta tesis _).

La mortalidad de los Tricobezoares con complicaciones -- llega a ser de el 53.1 % en contraste con el 18.7 % que pre-- senta los fitobezoares (5).

XIII.- MATERIAL METODO
Y RESULTADOS

El metodo de estudio empleado es retrospectivo lineal y estudia 6 casos de Tricobezoar que se presentaron en el Hospital General de México de la Secretaria de Salubridad y Asistencia desde el año de 1959 hasta el año de 1985. Todos los casos fueron diagnosticados preoperatoriamente y tratados quirurgicamente con buenos resultados en esa misma institución.

El sexo de todos los pacientes fue femenino y el rango de presentacion respecto a la edad es de los 14 a los 39 años con una media de 24.6 anos.

Ademas de la tricofagia que presentaban todas las pacientes se presentaron otras perversiones del gusto como : Geofagia, Textilofagia, (hilo de algodón) ., onicofagia, ademas de ingerir gis, barro y tabicón.

Todos los pacientes en el momento de su ingreso y aun -- despues de tener el diagnostico negaron la tricofagia, solo -- despues de insistir aceptaron tener el habito de ingerir cabllos y otras sustancias.

La evolución en tiempo de la tricofagia y otras perversiones del gusto duraron como maximo 21 años y como minimo 8 meses con una media de 8 años de evolucion.

El tiempo de evolucion de la sintomatologia vario entre 18 años y 4 meses con una media de 5 años.

Las alteraciones en el perfil psiquiatrico se presentaa en 5 de los 6 pacientes (83.3 %), que fueron desde sintomas como la introversión hasta la presentación de sindromes de angustia, depresión, oligofrenicos e hipocondria.

Dentro de las manifestaciones clinicas el dolor abdominal se presentó en el 100 % de los casos, así como también la nausea y el vomito se presento en el 100 %. La expulsión de cabellos en las heces fecales fue reportado en un solo caso es decir el 16.7 % .

A la exploración física un paciente presentó francas áreas de alopecia (16.7 %).

La masa palpable se presentó en el epigastrio en el 100% de los casos siendo esta móvil, de consistencia dura a media -deciende con los movimientos respiratorios y con eje mayor -- del borde del hipocondrio izquierdo hacia el flanco derecho, y que toma la forma del estomago.

Dentro de los exámenes de laboratorio como datos de importancia se reporta anemia tipo microcitico hipocromico en el 66.8 % de los pacientes .

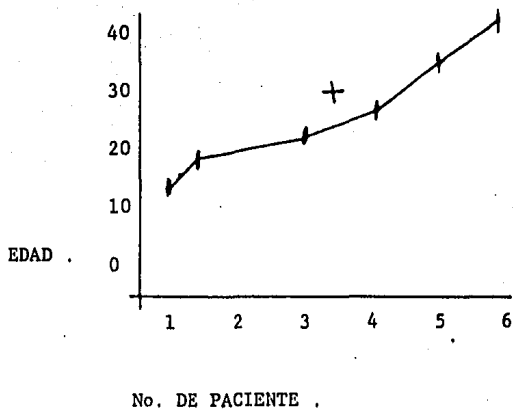
El estudio radiologico demostró la presencia de Tricobezoar en el 100 % de los casos y dfo a la luz en 2 de 3 casos una ulcera gastrica es decir el 33.4 % de los casos .

El estudio endoscopico se realizo en el 50 % de los pacientes, y en ellos se realizó el diagnostico exacto de Tricobezoar por visualización del mismo. En ninguno de los pacientes sometidos a la endoscopia se realizo biopsia de la pieza.

Todos los pacientes fueron sometidos a tratamiento quirurgico mediante una gastrotomía en la cara anterior de el estomago y extracción del Bezoar. Se detectaron 3 ulceras gastricas durante los procedimientos quirurgicos y en dos de las pacientes se realizo colecistectomía por tener litiasis vesicular concomitante y en una se reseco un quiste de ovario de lado no especificado.

El 33.4 % de las ulceras que se presentaron fueron en la curvatura menor en su tercio medio y superior y el otro paciente presentó la ulcera en la cara posterior del estomago. Lo que dfo una incidencia de 50 % de presentación de ulcera - en los pacientes de el Hospital General de Mexico de la SSA.

El tamaño del Bezoar vario desde 15x10cm, hasta 15x20cm. todos los pacientes fueron dados de alta al 10 día de postope ratorio en buenas condiciones, sin evidencia posterior de infección de la herida quirurgica y con interconsulta al servicio de psiquiatria en 5 de 6 pacientes .



GRAFICA 1 . ;

CUARVA DE EDAD EN FORMA PROGRESIVA
CON EL VALOR DE LA MEDIA REFERIDO-
CON UNA + (24.6 años) .

TABLA No. 1

A N T E C E D E N T E S .

	PACIENTE	1	2	3	4	5	6
CARACTERISITICA							
TRICOFAGIA		+	+	+	+	+	+
TEXTILOFAGIA		+	+		+		
GEOFAGIA				+			
ONICOFAGIA				+			
SEXO FEMENINO		+	+	+	+	+	+
ALTERACION PSIQUIATRICA		+		+	+	+	+
EVOLUCION DE LA TRICOFAGIA:							
3 AÑOS						+	+
10 AÑOS			+		+		
21 AÑOS		+					
8 MESES				+			
TRICOFAGIA NEGADA		+	+	+	+	+	+

TABLA No. 2

DATOS CLINICOS DE LOS PACIENTES .

PACIENTE	1	2	3	4	5	6
CARACTERISTICA						
DOLOR EPIGASTRICO	+	+	+	+	+	+
NAUSEA Y VOMITO	+	+	+	+	+	+
MASA EPIGASTRICA	+	+	+	+	+	+
CABELLO EN LAS HECES	+					
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA SINTOMATOLOGIA						
2 AÑOS					+	+
3 AÑOS				+		
4 AÑOS			+			
18 AÑOS	+					
NO REPORTADO		+				

TABLA No. 3

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.

PACIENTE	1	2	3	4	5	6
----------	---	---	---	---	---	---

CARACTERISTICA:

ANEMIA HIPOCROMICA MI- CROCITICA				+	+	+
DIAGNOSTICO RADIOGRAFI CO DE BEZOAR	+	+	+	+	+	+
DIAGNOSTICO RADIOLOGI- CO DE ULCERA GASTRICA....						+
ESTUDIO ENDOSCOPICO				+	+	+

TABLA No. 4

HALLAZGOS QUIRURGICOS.

PACIENTE	1	2	3	4	5	6	
TAMAÑO	10x15	n/r	15x15	15x10	20x15	12x10	
ULCERA							
GASTRICA	+		+				+
LITIASIS VE-							
SICULAR			+				+
QUISTE DE --							
OVARIO							+
ULCERA EN LA							
CURVATURA MENOR +							+
ULCERA CARA							
POSTERIOR			+				
ALTA DE EL							
ENFERMO:							
10 DIAS P.O.	+			+	+	+	
7 DIAS P.O.		+					
DESCONOCIDO			+				
MORTALIDAD OPE-							
RATORIA	N	I	N	G	U	N	A

XIV.- CONCLUSIONES .

El Tricobezoar es una entidad patologica infrecuente y la prueba de ello es que en Hospital General de México de la Secretaria de Salubridad y Asistencia se han reportado 6 casos desde 1959 a 1985 . Por su misma infrecuencia es suficiente para constituir un problema quirurgico de difícil solución si no se tiene en mente este padecimiento .

Una vez que se ha visto un caso de Tricobezoar o se conoce su sintomatologia clínica o radiologica, el diagnostico de Tricobezoar no presenta dificultades. Si no se piensa en este padecimiento el diagnostico diferencial de los tumores abdominales situados en el epigastrio es muy difícil.

Desde el Dr. A. Ayala Gonzalez quien operó el primer caso en el Hospital General de Mexico de la S.S.A. en 1956 se han diagnosticado preoperatoriamente los Tricobezoares en esta misma institución , y las características de los casos colectados hasta la fecha se analizaran comparativamente a continuación.

Se sabe por medio de la literatura que la edad mas frecuente de presentación es antes de los 30 años de edad y en nuestro grupo estudiado se encuentra una edad media de 24.6 años encontrandose dentro de lo establecido. Un dato que cambia respecto a la frecuencia es el sexo; en nuestro grupo estudiado se reporta un 100 % en el sexo femenino en comparación con el 90 % reportado por otros autores.

La tricofagia fue negada en todos nuestros pacientes sin embargo cuando se interrogó intencionadamente fue aceptado el habito. La literatura reporta respecto a lo anterior el 50 % (8,16,21)..

Las alteraciones psiquiatricas francas son reportadas en un 14 % en nuestro grupo el porcentaje es de el 16.6%, es decir un solo paciente, sin embargo el 83 % de los pacientes tenian alteraciones conductuales.

Dato importante en lo que se refiere a records: es en el tiempo de evolución de la tricofagia, uno de nuestros pacientes tenía el habito desde hace 21 años y el tiempo más prolongado reportado habia sido de 17 años (1).

En nuestro grupo de pacientes no se reportaron antecedentes de enfermedad acidopeptica, ni tampoco gastrectomizados o diabeticos, los cuales representan un grupo con factor de riesgo (4,3,12).

Sobre los datos clínicos los pacientes estudiados presentaron en un 100 % tres sintomas clave; Dolor epigastrico, nausea y vomito y masa palpable en epigastrio; en contraste con el 70.2 % , 64.5 % y 88 % respectivamente , reportados en la literatura. En ninguno de nuestros casos se presentó el abdomen agudo, yasea como obstrucción intestinal, perforación de vicerá hueca o cuadro apendicular. El 50 % de nuestros pacientes tenía anemia microcitica hipocromica.

La serie esofagogastroduodenal dió el diagnostico en el 100 % de nuestros pacientes, siendo los datos importantes de su identificación; defectos de impregnación gastrica los cuales persisten en placas tardias, dilatación gastrica entre los más importantes . En uno de nuestros casos se diagnostica ulcera gastrica por medio de este estudio .

Las complicaciones se presentaron en el 50 % de nuestros casos y todos ellos fueron del tipo de la ulcera gastrica (sin sangrado ni perforación) . la literatura reporta de estas complicaciones el 10 % (5,22) ., de las tres ulceras reportadas en nuestro estudio dos fueron en la curvatura menor y una en la cara posterior del estomago y la patología asociada fue litiasis vesicular en dos casos y un quiste de ovario benigno, sin haber interdependencia reportada entre el tricobezoar y la patología antes citada. La mortalidad operatoria fue de el 0 % en contraste con el 4.8 % reportada por De Bakey en 1939 .

El tratamiento en todos nuestros pacientes fue quirurgico-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

co, este es considerado el de elección en estos casos.

La estancia hospitalaria postoperatoria en nuestros pacientes fue de 7 a 10 días con una media de 8.5 días .

Como se puede observar los datos que se reportan en la literatura, no muestran marcada diferencia con los del grupo estudiado y es de hacer notar que la mortalidad operatoria es de el 0.0 % , mas sin embargo hay que tener en cuenta que los pacientes no llegaron en malas condiciones o muy graves , lo cual podía haber aumentado la morbimortalidad operatoria. Por otro lado respecto a la sintomatología se puede sacar una " Triada " para este padecimiento siempre y cuando se tenga el antecedente de la tricofagia o al menos se sospeche , esta es Dolor epigástrico , Nausea y Vomito y Masa palpable ya que en el grupo de nuestro estudio estos tres datos se presentaron en el 100 % .

La conclusión primaria es que se trata de un padecimiento poco frecuente y que tiene características comunes independientemente del lugar donde se presente .

Siendo importante tener un marco de referencia como el anteriormente expuesto para poder realizar el diagnostico en aquellos pacientes con masa abdominal y sintomas de oclusión intestinal altos .

XV. BIBLIOGRAFIA .

- 1.- Allen Small Md. Gran Tricobezoar Obstructivo envolviendo estomago y bulbo duodenal , Am. J. Gastroenterology 50; 297-303 1968.
- 2.- I.W. Booth. Tricobezoar multiples y laparotomias ,J. of the Royal Society Of Medicine Vol. 74 Sep 1981,691-92.
- 3.- P. Brady. Formación de bezoares gastricos secundarios a gastroparesia diabetica , Arch. Med. Inter. Vol. 137 Dic. 1977. 1729-1730 .
- 4.- A. Corral Medina Md. Tricobezoar . informe de un caso.-- Rev. Med. Hosp. Gral. Mex. S.S.A. Vol XLVII No. 15-16 1985 399-402.
- 5.- M. De Bakey. Bezoar y concreciones. Revisión de la literatura con analisis de 303 casos colectados y presentación de 8 casos adicionales . . Surgery 1938;4;934 . 1939;5 132.
- 6.- M. del Castillo Morales . Tricobezoar . Rev. Med. Hosp. Gral de Mex. vol133. feb 1970 129-132.
- 7.- Dos casos de Tricobezoar (Radiologia) . A.J.R. 1980 - Jun. 134(6) 1294.
- 8.- Z. Dreznik Md. Tricobezoar . Int. Surg, Vol61 No. 4 --- Abril 1976 ;219-221.
- 9.- J.P. Deslypere . Un caso poco usual de Tricobezoar: El - síndrome de Rapunzel . Am. J. Gastroenterol. Vol 77 NO.7 467-470.1982.
- 10.- E. Fernandez Hidalgo . Tricobezoar . Rev. Med. Hosp. Gral. Méx. SSA. Vol 40.No. 6 365-373 Junio 1977 .
- 11.- R. Gonzalez Lopez. Bezoar Mixto. Rev. Gastroenterologia Méx. 42(2) May- Agosto 54-9. 1977
- 12.- J.L.Grosfeld . Diferentes patrones de presentación de - los bezoares en el niño. Surgery vol.88 No. 3 425-431 . - sep 1980.

- 13.- J.V. Harris. Complicaciones poco frecuentes de los bezoares en los niños , asi como sus características. Am. J. Roentgen 123;742-745. 1975 april .
- 14.- T.W. Klamer . Bezoares gastricos recurrentes , Am . j. Surgery Vol 145 March. 1983.
- 15.- A.S. Kochard. Apendicitis aguda asociada con Tricobezoar JAMA oct .5.1984.vol.252 No. 13. ppl681-82.
- 16.- A.J. Lamerton S.S.R. Tricobezoar doa casos reportados descripción de un nuevo signo físico . Am. J. Of. Gastroenterology .Vol 79. No. 5. 354-56 1984
- 17.- Moriel Md. .Incidencia de obstrucción intestinal por Per simon Bezoar en pacientes Isrraelitas despues de cirugia para ulcera gastrica. Gastroenterology 1983 84; 752-5.
- 18.- J. Ramirez Degollado . Tratamiento del Bezoar gastrico - por endoscopía . Rev. Gastroenterologia de mex..May. Ago 42(2) 49-53 1977 .
- 19.- J.F. Ratcliffe. Imagenes ultrasonograficas del Tricobezoar. Br. J. Radiol. 55.166-167. Feb 1982
- 20.- M. Ress . Intusuceptión causada por Tricobezoar multiple estrategia quirurgica de abordaje. Br. J. Surg. Vol 71 .721 . 1984
- 21.- C. Sarinana Md. Tricobezoar en niños. Bol. Med. Hosp. Inf Méx. 34(6) 523-532 Nov-Dic 1977.
- 22.- H. Schreiber , Ictericia Obstructiva causada por TRicobezoar gastrico. J. Pediatr. Surg. Vol 11.No.1 ;104-104 Feb 1976.
- 23.- M.A. Velasco Garcia . Tricobezoar. Estudio clínico y aspectos psicopatologicos . Rev. Clin. Esp. Tomo 151.No.2 145-148. 1978.
- 24.- W.P. Winkler. Metoclopramida en el- tratamiento de los - Tricobezoares gastricos Am. J. Gastroenterol . Vol 78 No.7. 403-405.1983

- 25.- E. Wortzel . Tratamiento de los bezoares Postgastrectomía
Am. J. Gastroenterol. Vol 67. No.6. 565-569.1977.