



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO
CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE

TRICOBESOAR, EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL
DE TERCER NIVEL REPORTE DE 2 CASOS

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUGIA PEDIATRICA

PRESENTA:

DR. RODRIGO HIPOLITO CIFUENTES

DIRECTOR DE TESIS

DR. PEDRO SALVADOR JIMENEZ URUETA

México DF a 08 de Agosto del 2010





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres Rodrigo Arturo Hipólito Ortiz y Ma. Guadalupe Lilian Cifuentes Álvarez por su apoyo en todo momento y ser un estímulo de superación permanente ya que sin ellos todos esto no sería posible.

A mi hermano Ernesto Hipólito Cifuentes, por su constante apoyo para seguir adelante ante cualquier situación recordándole que todo logro en la vida merece todo el esfuerzo para que se realice.

A mi esposa Fernanda Acosta Martínez quien siempre me recuerda que hay que luchar por todo lo que uno se propone y sin su apoyo esto no hubiera podido ser.

A mi hijo Sebastian Hipólito Acosta, quien trajo toda la felicidad para mí y que es un estímulo diario para dar más del 100% en todas las actividades y que me enseñó que todo en esta vida es posible.

Al Dr. Pedro Salvador Jimenez Urueta por su confianza para la realización de este proyecto así como todas sus enseñanzas en todo momento de la sub especialidad.

Al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre por la sede de mi residencia por ser el lugar donde se me dio la oportunidad de aprender y realizarme como cirujano pediatra.

A los niños por ser la fuente de mi inspiración, por sus enseñanzas, por sus risas y lágrimas en cualquier momento mereciéndoles todo mi respeto y admiración.

INDICE.

Introducción.....	1
Marco histórico.....	2
Planteamiento problema.....	4
Justificación.....	5
Estudios radiológicos.....	6
Objetivos.....	7
Hipótesis.....	8
Material métodos.....	8
Resultados.....	10
Conclusiones.....	12
Discusión.....	13
Bibliografía.....	14

SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. MAURICIO DI SILVIO LOPEZ

TITULAR DEL CURSO DE CRUGIA PEDIATRICA

DR. RAFAEL ALVARADO GARCÍA

DIRECTOR DE LA TESIS

DR. PEDRO SALVADOR JIMENEZ URUETA

AUTOR DE LA TESIS

DR. RODRIGO HIPOLITO CIFUENTES

INTRODUCCION.

El tricobezoar es una concreción de cabellos que se puede encontrar en el tracto digestivo humano y otros mamíferos debido a tricofagia y que puede causar una gran variedad de signos y síntomas hasta llegar a la oclusión, perforación o ulceración del tracto digestivo.

Otras variedades de bezoar son: Los fitobezoar, bezoar medicamentoso y concreciones. El tratamiento es muy variado, desde sólo extracción o fragmentación endoscópica, extracción quirúrgica y hasta reparación o resección intestinal, es una patología rara y aun mas en pacientes pediátricos, es por eso que presentamos esta patología en un hospital de tercer nivel así como su tratamiento y pronóstico posterior.

MARCO HISTORICO.

La oclusión intestinal es una patología frecuente en los servicios de urgencias que comúnmente requiere manejo quirúrgico. Hasta en 70% de estos pacientes la causa es un problema extraluminal como adherencias intraabdominales secundarias a cirugía previa, hernias incarceradas y tumores. En una minoría de los pacientes el problema se debe a problemas intraluminales, aunque estos casos son más comunes en pacientes jóvenes. Entre estas raras causas de oclusión figuran los bezoares.

Los bezoares son conglomerados de material extraño, que pueden ser vegetales (fitobezoares) o pelo (tricobezoares). La localización más frecuente de los bezoares es el estómago, aunque algunos pueden extenderse hasta el intestino delgado, atravesar el duodeno e incluso llegar al colon.

Aunque en algunos casos fragmentos del bezoar pueden desprenderse y migrar por el tubo digestivo, es sumamente raro encontrarlos en intestino delgado sin presencia en estómago.

Se denomina bezoar a toda masa gástrica cuyo contenido puede ser cabellos, fibras de frutas y vegetales o derivados de la leche, dependiendo de su composición se denomina: tricobezoar cuando está compuesto por cabellos. Fitobezoar cuando el contenido es fibra de frutas y vegetales. Tricofitibezoar cuando tiene cabellos, frutas y vegetales y finalmente el lactobezoar que está compuesto por leche.

El término bezoar significa antídoto y deriva de las palabras: “Badzher” del árabe, “padzhar” del persa y “beluzaar” del hebreo. En el siglo XII se creía que los bezoares de los animales tenían poderes curativos y se utilizaban para el tratamiento de picaduras de serpientes o intoxicaciones, siendo los más usados los bezoares que encontraban en el estómago de gacelas y antílopes. En el siglo XVIII se reconoció en Londres como remedio naturista siendo el más codiciado el de cabra y sus indicaciones se ampliaron al manejo de epilepsia, disentería y lepra.

Baudamant, en 1779 describió por primera vez un bezoar en el ser humano; en la actualidad esta patología es infrecuente observada mas en pacientes con alteraciones psicosociales asociadas preadolescentes o adolescentes, también conocido como síndrome de Rapunzel cuando es una lesión que totalmente causa obstrucción del tracto gastrointestinal, he aquí la relación que guarda dicha patología con el cuento de Rapunzel.

“La bruja tradicional (símbolo de la madrastra) *"El príncipe se escondió detrás de un árbol para observar y la escuchó decir: "¡Rapunzel! ¡Rapunzel!, ¡lanza tu trenza!" Rapunzel dejó caer su larga trenza y la bruja trepó hasta la ventana. Así, el príncipe supo cómo podría subir a la torre. Al día siguiente, al oscurecer, fue a la torre y llamó: "¡Rapunzel!, ¡Rapunzel!", "¡lanza tu trenza!" El cabello de Rapunzel cayó de inmediato y el príncipe subió. Al principio Rapunzel se asustó, pero el príncipe le dijo gentilmente que la había escuchado cantar y que su dulce melodía le había robado el corazón. Entonces Rapunzel olvidó su temor. El príncipe le preguntó si le gustaría ser su esposa a lo cual accedió de inmediato y sin pensarlo mucho porque estaba enamorada del príncipe y porque estaba deseosa de salir del dominiode esa mala bruja que la tenía presa en aquel tenebroso castillo. El príncipe la venía a visitar todas las noches y la bruja, que venía sólo durante el día, no sabía nada. Hasta que un día, cuando la bruja bajaba por la trenza oyó a Rapunzel decir que ella pesaba más que el príncipe. La bruja reaccionó gritando: "Así que ¿has estado engañándome?" Furiosa, la bruja decidió cortar todo el cabello de Rapunzel, abandonándola en un lugar lejano para que viviera en soledad. "Al volver a la torre, la bruja se escondió detrás de un árbol hasta que vio llegar al príncipe y llamar a Rapunzel. Entonces enfurecida, la bruja salió del escondite y le dijo: "Has perdido a Rapunzel para siempre. Jamás volverás a verla". Por lo que el príncipe se quedó desolado. Además, la bruja le aplicó un hechizo dejando ciego al príncipe. Incapacitado de volver a su castillo, el príncipe acabó viviendo durante muchos años en el bosque hasta que un día, por casualidad, llegó al solitario lugar donde vivía Rapunzel. Al escuchar la melodiosa voz, se dirigió hacia ella. Cuando estaba cerca, Rapunzel lo reconoció. Al verlo se volvió loca de alegría, pero se puso triste cuando se dio cuenta de su ceguera. Lo abrazó tiernamente y lloró. Sus lágrimas cayeron sobre los ojos del príncipe ciego y de inmediato los ojos de él se llenaron de luz pudo volver a ver como antes. Entonces, felices por estar reunido con su amor, los dos se casaron y vivieron muy felices".*

aquí es necesario que se diga algo acerca de Los Hermanos Grimm, recopiladores y colectores que fuesen de cuentos de hadas...

Los Hermanos Grimm es el término utilizado para referirse a los escritores Jacob Grimm y a Wilhelm Grimm. Fueron dos hermanos alemanes célebres por sus cuentos para niños y también por su "Diccionario alemán", por sus "Leyendas alemanas", la "Gramática alemana", la "Mitología alemana" y "Cuentos de Grimm", lo que les ha valido ser reconocidos como fundadores de la filología alemana.

Prosiguiendo

Las disorexias revisitadas, esta vez, en Londres

En muchas ocasiones hemos hablado de las parorexias, de la tricofagia y de la tricotilomanía. En esta ocasión las traemos a colación de nuevo para ilustrar su potencial, en ocasiones, funestos.

El síndrome de Rapunzel

"Para muchas niñas jóvenes mascar el pelo es algo inocuo, aunque desagradable en apariencias. Pero, para Millie Wallis, de apenas cinco años de edad, casi le costó la vida.

"Millie tragó tanto de su cabello que éste formó una bola (tricobezoar) que se enmarañó alrededor de su órganos --- creando una condición conocida como el Síndrome de Rapunzel.

"Los médicos nos dicen que existía un chance real de que Millie pudo haber perecido a consecuencia de esta complicación", nos informa la madre de la niña.

"La señora Wallis, madre de la víctima, nos participa que Millie siempre había jugado retorciendo su cabello, pero no estaba consciente de que lo comiera en tales cantidades enormes.

"El pasado mes de agosto, Millie se quejaba de indigestión y malestar del estómago. Cuatro visitas al médico y al salón de emergencias en medio de la noche no resultaron en una solución al problema.

"Millie, dejó de comer y empezó a perder de peso.

"En enero la niña fue referida al Hospital Alder Hey donde un escánerreveló la presencia de un objeto extraño en el estómago. "Nosotros estábamos preocupados de que pudiera ser un tumor", dice la madre.

"Pero, cuando los doctores operaron lo que encontraron fue una bola de pelo de dimensiones tremendas, ocupando casi la totalidad del tracto gastrointestinal de la pequeñuela.

"Ambos padres quedaron tan aliviados como horrorizados .

"Los médicos nos dijeron que la operación duraría sólo un par de horas. Pero, terminó durando casi seis horas", dijeron ellos.

"El pelo estaba cortando a través del intestino y lo había perforado, Millie pudo haber muerto.

"En el 1999 los mismos cirujanos que operaran a Millie supieron de una mujer de diecisiete años, Rachel Haigh, que murió resultado de complicaciones de esta rara condición."

Casos adicionales

El tricobezoar

Esta acumulación de material piloso representa una masa de cabello acumulada dentro del tracto gastrointestinal. Aquí se presentan dos casos que ocurrieron en niñas de 8 y once años de edad respectivamente, que fueran operadas en la Arabia Saudita por el Dr. Ali Moustafa.

El Síndrome de Rapunzel fue descrito por la primera vez por Vaughn y sus colaboradores en el 1968.

Consiste en una bola de pelo con una extensión caudal que ocupa el duodeno o toda la extensión proximal del intestino delgado. Hasta el año 2004 solamente 14 casos de esta condición habían sido reportados.

En resumen La tricotilomanía, con y sin tricofagia, son síntomas de aparición frecuente en algunas de las disorexias, especialmente en las bulímicas jóvenes. Como síntoma, a menudo representa un esfuerzo por parte de la paciente, a reducir sentimientos de tensión, ansiedad, o depresión que se tornan intolerables. Por su naturaleza misma este síntoma debe siempre de ser considerado como un equivalente de presentación de los trastornos afectivos, indicando que esta posibilidad diagnóstica necesita ser explorada cabalmente. Por su parte, el Síndrome de Rapunzel con tricobezoar es una condición extremadamente rara. Pero, una que puede causar obstrucción intestinal, ictericia y, en ocasión, pancreatitis aguda. Los casos descritos, afortunadamente, no presentaron complicaciones algunas. DeBakey y Ochsner analizaron 172 casos de tricobezoar de los que el 90% eran hembras entre los 10 y los 19 años de edad. Entre éstos la presencia de una masa abdominal era palpable en el 87% de los casos. Los casos estudiados por DeBakey y Ochsner respondieron felizmente a la intervención quirúrgica. Para concluir vale aquí repetir que todos los autores están de acuerdo que la tricotilomanía y la tricofagia representan condiciones que requieren tratamiento psiquiátrico y que, muy a menudo son expresiones convincentes de los "equivalentes depresivos".

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la literatura se determina que la presencia de tricobezoar es de 3 al 5% de toda la población, la experiencia en el CMN 20 de Noviembre es de 2 pacientes en un lapso de 15 años sin reportarse previamente ningún otro caso, el objetivo de este trabajo es determinar las características de esta enfermedad para un diagnóstico rápido y certero, para así dar un tratamiento oportuno.

JUSTIFICACIÓN:

A pesar de que los tricobezoaes fueron descritos hace más de 200 años, poco se sabe de su origen y evolución.

Mucho se ha especulado a cerca de los posibles mecanismos patogénicos de los mismos, sin poder llegar a conclusiones enteramente válidas, pero se cree que algunos factores podrían contribuir o potenciar la incapacidad del estómago para propulsar y desembarazarse de estos cuerpos extraños antes de que se produzca la concreción de los cabellos.

La dismotilidad gástrica, la disminución del pH intragástrico, la ingestión de sustancias alcalinas y enzimas pancreáticas serían algunos de los factores predisponentes relacionados en la producción de esta rara patología.

El tiempo que transcurre entre el comienzo de la tricofagia activa hasta la manifestación de los síntomas, no está bien definido, aunque se supone que en algunos pacientes pueden

pasar hasta 15 años, especialmente cuando la ingesta de cabellos es gradual y lentamente progresiva (5).

Contrasta con lo antedicho observaciones de pacientes con tricofagia compulsiva que no desarrollaron nunca tricobezoares.

- **Clasificación:**

- A) Tricobezoar: concreción de pelo
- B) Fitobezoar: concreción de vegetales celulósicos indigeribles que forman masas mucilaginosas
 1. Inicobezoar (fibras de coco)
 2. Bezoar Oriental (residuo de dátiles)
 3. Diospirobzoar (fibras de nísperos no maduros)
 4. Bezoar por papel
- C) Quimiobezoar: concreción de sustancias químicas
 1. Halibezoar (residuos de drogas)
 2. Amilobezoar (almidón)
 3. Resinobezoar (resinas)
 4. Halobezoar (sustancias orgánicas)
 5. Hemobezoar (sangre)
 6. Lactobezoar (leche)
 7. Quimiobezoar por lacas
 8. Quimiobezoar por alquitrán
 9. Mixtos

Con respecto al diagnóstico, diremos que el mismo se fundamenta principalmente en un buen interrogatorio y en un minucioso y detallado examen físico, en busca de los antecedentes antes mencionados: hábito de pica, tricofagia, tricotilomanía, alopecia regional, etc.

Entrevista personal y examen físico:

El cuidadoso examen físico podrá aportar datos orientadores siendo útil revisar las heces en busca de pelos y examinar el cuero cabelludo buscando zonas donde falte cabello.

La desnutrición, la anemia, la palidez, los síntomas digestivos vagos, la dispepsia postprandial, el tumor abdominal epigástrico relativamente móvil, firme y doloroso a la palpación profunda se sumarán a los trastornos de conducta alimentaria asociados (hábito de pica), tricofagia y tricotilomanía que podrán por si solos fundamentar la sospecha diagnóstica.

La sustancia típica ingerida tiende a variar con la edad. Los niños más pequeños suelen comer pinturas, lacas, cabellos, ropas. Los más mayorcitos pueden comer excrementos, arena, insectos, piedras etc.

En algunos casos pueden observarse signos clínicos que evidencian déficit vitamínico.

La pobreza, el abandono, la falta de supervisión por parte de sus padres aumentan el riesgo de adquirir este trastorno. En sujetos con retraso mental la prevalencia parece aumentar con la gravedad del retraso.

Antes de los 2 años de vida, es relativamente frecuente observar la ingestión de sustancias no nutritivas, lo que no implica la presencia de pica.

Será correcto hacer diagnóstico de pica cuando el comportamiento se hace persistente (por lo menos 1 mes) y resulta inapropiado dado el nivel de desarrollo del individuo.

Si la conducta ingestiva aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental, (como por ejemplo, retraso mental, esquizofrenia, trastorno generalizado del desarrollo o el síndrome de Kleine-Levin), solo debe establecerse un diagnóstico separado de pica si el comportamiento ingestivo es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Radiología:

La radiografía simple de abdomen muestra una imagen epigástrica que se prolonga al hipocondrio izquierdo, opaca mal definida y generalmente sin niveles oclusivos a nivel del intestino delgado con aire distal en colon. La seriada gastroduodenal demostrará una patente radiológica típica, definida por un defecto de relleno intragástrico y en ocasiones por la filtración de bario por desfiladeros gástricos a duodeno.

La sustancia de contraste que queda embebida en el tricobezoar reproduce una sombra moteada persistente y de alta densidad durante los días posteriores al estudio

Fibroendoscopia:

En ciertos casos se corroborará la sospecha diagnóstica con la utilización de la endoscopia que podrá ser utilizada para extraer pequeños bezoares móviles en período de crecimiento intragástrico. Se publicaron buenos resultados con un defragmentador endoscópico para extraer bezoares gástricos sin requerimiento de la cirugía.

Ecografía:

La misma incluida dentro de los métodos de estudio e un tumor abdominal, documentará la masa intragástrica de características ecogénicas definidas.

T.A.C.:

Al igual que la sonografía se la utilizará como método de estudio de los tumores abdominales cuando no se sospeche el bezoar o cuando se trate algunas complicaciones descritas en la evolución de los mismos.

El tratamiento de elección en nuestro Hospital fue quirúrgico.

El mismo consistió en realizar una gastrotomía vertical lo suficientemente amplia como para provocar la extracción del bezoar, observando el estado de la mucosa gástrica y que no queden fragmentos de pelos en los pliegues gástricos ni en el duodeno.

El equipo quirúrgico deberá protegerse debido al importante odor que emana del tricobezoar al ser exteriorizado del estómago.

Se completará la exploración en busca de ovillos pilíferos en el intestino delgado y especialmente en la válvula ileocecal donde se acantonan y provocan oclusiones.

La apertura gástrica se cerrará cuidadosamente en dos planos. Las maniobras quirúrgicas y el cierre parietal se deberá realizar pensando que estos pacientes pueden requerir nuevas intervenciones si no mejoran su conducta psicológica a través de un intensivo apoyo terapéutico.

A pesar de no haber tenido que reoperar pacientes con tricobezoares recurrentes en estos últimos años, se han reportado casos que debieron reintervenirse, duplicándose la complejidad de la cirugía como consecuencia del proceso adherencial anterior.

Recientemente se han publicado trabajos en donde se obtuvieron resultados alentadores con un defragmentador endoscópico, y con la utilización del litotriptor extracorpóreo así como también con el uso de enzimas proteolíticas como la papaína en pacientes adultos jóvenes.

Ante la menor duda acerca de posibles complicaciones relacionadas con el bezoar se deberá operar, puesto que la morbimortalidad de estos pacientes complicados es extremadamente mayor

Como complicaciones se describen oclusión intestinal, invaginación, obstrucción de la vía biliar a nivel del esfínter de Oddi, úlcera péptica, hemorragia digestiva, perforación intestinal y peritonitis.

El tratamiento en el postoperatorio debe contemplar:

1. Desfuncionalización gástrica
2. Dieta gastroprotectora (al recuperar el tránsito intestinal)
3. Medicación antiácida
4. Psicoterapia

OBJETIVO:

Conocer las características y factores que determinan la presencia en la población pediátrica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE del tricobezoar mediante la presentación de 2 casos en esta Institución en un lapso de 15 años.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Describir las características o factores que presentan los pacientes con Tricobezoar.

Analizar los métodos diagnosticos para una patología tan rara en nuestra sociedad.

HIPOTESIS:

Existen características que determinan la presencia de tricobezoar en la población pediátrica y presentan criterios muy bien definidos diagnósticos y de tratamiento en na patología extremadamente rara en la población.

MATERIAL Y METODOS:

Estudios de casos

Se definen como casos aquellos con la presencia de Tricobezoar en el servicio de Cirugia pediátrica del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE.

Se realiza revisión de expedientes clínicos de los pacientes con el diagnóstico de Tricobezoar.

Periodo de estudio 1994- 2009.

Se presentan 2 pacientes con diagnóstico de tricobezoar tratados en el Departamento de Cirugía pediátrica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE. en un lapso de 15 años.

Las edades oscilaron entre 5 y 6 años, sexo femenino y padecían trastornos de conducta evidentes.

En dos oportunidades encontramos que los tricobezoares poseían en su constitución fibras sintéticas e hilos trenzado.

El de mayor tamaño poseía una cola que se extendía hacia el yeyuno, unos 60 cm más allá del ángulo de Treitz (síndrome de Rapunzel, con un peso humedecido de 2 kilos.



Foto 1. Síndrome de Rapunzel

El diagnóstico prequirúrgico se realizó en todos los pacientes intervenidos.

El interrogatorio y el examen físico fueron claramente orientadores para el mismo.

La seriada gastroduodenal y la ecografía evidenciaron imágenes características que corroboraron las sospechas diagnósticas.

A uno de los pacientes, derivado de otro hospital con diagnóstico de tumor gástrico, se le realizó una T.A.C. como método de estudio, y en otro caso el diagnóstico fue endoscópico ya que la niña presentaba várices esofágicas secundarias a un cavernoma de la vena porta.

La evolución postoperatoria de los pacientes asistidos fue satisfactoria.

Se analizaron: sexo, edad, estado nutricional al momento de su diagnóstico, sintomatología, presencia de trastornos psicológicos, metodología diagnóstica utilizada y constitución de los mismos. (Ver Tabla N° 1)

Presentación de casos clínicos:

Sexo edad	Estado Nutricional	Tricofagia	Síntoma Principal	Alteraciones Psicológicas	Método Diagnóstico	Material constitutivo
F - 5	Regular	Sí	Dispepsia	Sí	SEGD TAC	Pelo Fibras
F - 6	Malo	Sí	Tumor	Sí	SEGD US	Pelo Fibras

Caso 1

Niña de seis años de edad, procedente de un medio socioeconómico pobre con familia desintegrada. Inició su padecimiento dos meses previos a su ingreso, con anorexia, dolor abdominal esporádico de predominio en epigastrio sin irradiaciones, vómito ocasional de contenido gastroalimentario, y pérdida de 20% del peso. Cinco días antes tuvo evacuaciones líquidas con moco y sangre, hasta diez en 24 horas acompañadas de dolor abdominal difuso. El estudio coproparasitoscópico mostró numerosos quistes de *E. histolytica*. Un ultrasonido abdominal reveló una masa gástrica y por ello fue enviada a este hospital. Examen físico: Palidez de tegumentos; peso, 13 kg; talla, 104 cm; cuello con adenomegalias en cadena cervical anterior y posterior de 1 cm, móviles de consistencia ahulada, indoloros. Abdomen: Se palpaba una masa tumoral de predominio epigástrico que sobresale del arco costal a 9 cm en línea media clavicolar izquierda, de bordes bien definidos, de consistencia dura, dolorosa a la palpación; peristalsis normal. Se encuentran ganglios inguinales bilaterales de 1 cm dolorosos. La radiografía de abdomen mostró una opacidad en el cuadrante superior izquierdo con desplazamiento de asas intestinales a hemiabdomen inferior. La tomografía axial computada con medio de contraste oral mostró una tumoración intragástrica. Se realizó laparotomía y gastrotomía para extraer la enorme masa constituida de cabello. Se envió a la paciente a psiquiatría para manejar el problema de la tricofagia.

Caso 2

Niña de 5 años con antecedente de hipoxia neonatal severa y déficit psicomotor. Padres de medio socioeconómico pobre con malos hábitos higiénicos.

El padecimiento tenía varios años de evolución caracterizado por vómitos, hiporexia, palidez extrema de tegumentos y constipación. Examen físico: Paciente muy desnutrida con peso de 9 kg y talla de 86 cm; presencia de zonas alopecicas en la piel de la cabellera.

Abdomen: Peristalsis normal, no se palparon masas. Rayos X con medio de contraste mostró el

cuerpo extraño. Se operó y se extrajo un tricobezoar que ocupaba toda la cavidad gástrica. La evolución fue tórpida ya que presentó sepsis abdominal y choque séptico. Fue dada de alta al mes de operada. No regresó a consulta.

RESULTADOS:

Todos los pacientes eran de sexo femenino y el promedio de edad fue de 5.5 años, con un rango de 5 a 6 años.

En el interrogatorio se corroboró que los niños presentaban tricofagia activa más o menos importante, con trastornos emocionales y alteración de la conducta.

El estado nutricional fue deficitario en los pacientes y, en 1 ocasión se encontró fibras de hilo.

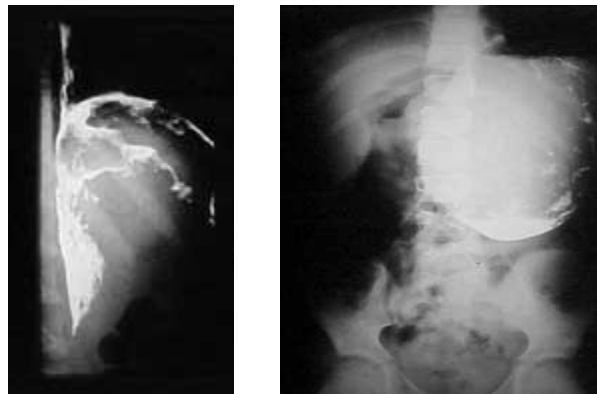
Los motivos de consulta más frecuente fueron los vómitos alimentarios postprandiales en los 2 casos, tumor abdominal en 1 y dispepsia en 1.

La serie gastroduodenal realizada en los 2 pacientes que asistimos, no dejó dudas diagnósticas, brindando imágenes con un patrón típico y definido.

Un niño derivado de otro hospital ingresó con diagnóstico de tumor abdominal, razón por lo cual se le realizó una tomografía computarizada que reveló la presencia de una masa intragástrica compatible con un tricobezoar.



Foto 2. Desnutrición severa. Obsérvese el tumor epigástrico



Fotos 3 y 4. Serie esófago gastroduodenal



Foto 5. T.A.C. Tumor intragástrico



Foto 6. Ecografía. Tumor sólido

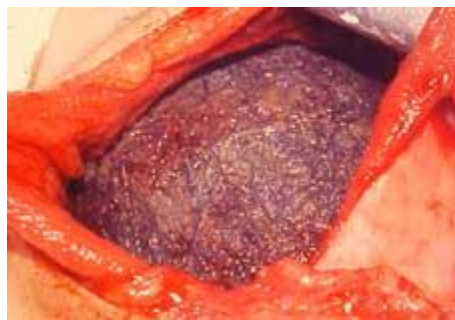


Foto 7. Gastrotomía. extracción del bezoar

CONCLUSIONES

- Los tricobezoares son cuerpos extraños alojados en el aparato digestivo de infrecuente observación.
- La gran mayoría de estos pacientes son niñas o mujeres jóvenes con alteración de la conducta o retraso mental.
- El diagnóstico se fundamenta en un detallado interrogatorio, examen físico minucioso y la seriada gastroduodenal.

- La cirugía se recomienda siempre que se efectúe el diagnóstico de un tricobezoar de gran tamaño (2/3 de la capacidad gástrica).
- Como opción terapéutica queda abierta la interesante posibilidad de utilizar un fragmentador por vía endoscópica.

DISCUSION

La tricofagia es el antecedente indefectible de un tricobezoar. Es una perversión del apetito determinada por alteraciones afectivas, aislamiento social, angustia y retraso psicomotor. Se relaciona con la perversión del apetito o picacismo (hábito de ingerir objetos diversos no alimenticios); los pacientes se desnutren y sufren anemia ferropénica. El pelo puede ser obtenido de hermanos, mascotas, muñecas, cepillos, o del paciente mismo o tricofilomanía; forma de alopecia segmentaria por tracción del pelo provocada, consciente o inconscientemente. La piel cabelluda es la más afectada, pero puede ser la de las cejas y pestañas. El inicio es insidioso como un área lineal o rectangular con pérdida parcial del pelo; se diagnostica por el distinto tamaño de los cabellos y en ocasiones por el relato del paciente.

El pelo ingerido llega al estómago y permanece adherido a los pliegues gástricos por fenómenos de tensión superficial; así se constituye el núcleo del tricobezoar, que permanece en la cámara gástrica resistente al jugo gástrico; puede avanzar en el tubo digestivo hasta ser evacuado o provocar una obstrucción intestinal.

En el 90% de los casos los pacientes son del sexo femenino; la máxima frecuencia es entre 10 y 19 años; inicialmente se quejan de dolor abdominal en 70% de los casos en el cuadrante superior izquierdo; tienen hiporexia, pérdida de peso y vómito. Frecuentemente presentan halitosis acentuada.

Ocasionalmente se palpa una masa crepitante. Formas más raras de presentación clínica pueden ser enteropatía perdedora de proteínas, esteatorrea, poliposis gástrica, ictericia por compresión de la vía

biliar, pancreatitis y úlcera gástrica traumática, que es la más frecuente (10%) provocada por la abrasión constante de la mucosa por la concreción pilosa.

El laboratorio puede corroborar anemia ferropriva, hipoproteinemia o esteatorrea. Los estudios de

gabinete pueden mostrar en la serie baritada un estómago atónico, piloroespasmo marcado y presencia de medio de contraste residual. La TAC con medio hidrosoluble permite visualizar la masa intragástrica, sus dimensiones y su extensión hacia el intestino delgado.

La endoscopia da la evidencia definitiva de la presencia del bezoar y el tipo; así se determinan las

posibilidades terapéuticas. 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. Los bezoares pequeños pueden extraerse con ayuda de la endoscopia; tiene la desventaja de que

requiere el paso repetido del endoscopio o el uso de algún equipo de calibre superior con canal de trabajo; además, la densidad del bezoar no siempre permite su correcta extracción. Otros procedimientos nuevos son la litotripsia extracorpórea, litotriptor endoscópico o la laparoscopia.

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.

BIBLIOGRAFIA:

1. Wolfson PJ, Fabius RJ, Leibowitz AN : The Rapunzel syndrome : an unusual trichobezoar. Am Jour Gastroenterol. 1987, 82 (4) : 365-7.
2. García San Miguel J : Gastroenterología en : Farreras Valentí P, Rozman C. Medicina Interna. Ed Marín SA, Barcelona, 1978, pag 99.
3. Gans SL, Austin E : Cuerpos extraños en : Holder TM, Ashcraft KW. Cirugía Pediátrica. Ed Interamericana, México, 1984, pag 133.
4. Nelson W, Vaughan V, Mackay J : Aparato Digestivo en : Nelson W, Vaughan V, Mackay J. Tratado de Pediatría. Ed Salvat, México, 1978, pag 812.
5. Benson CD, Lloyd J : Cuerpos extraños del tubo digestivo en : Benson CD, Mustard WT, Ravitch MM, et al. Cirugía Infantil. Ed Salvat, Barcelona, 1967, pag 773-75.
6. De Rosa S, Marín AM, Acastello E, et al : Tricobezoares. A propósito de un caso en una niña de diez años. Rev Hosp Niños 1982, 24 (99) : 96-98.
7. DSM-IV. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. Barcelona: Masson S.A., págs. 99-101; 1995.
8. Azuara Fernández HM, Azuara Gutiérrez H, Hernández Márquez N, et al : Tricobezoar intestinal : Diagnóstico diferencial en niños con masa abdominal. Bol Med Hosp Infant México. 1989, 46 (11) : 732-35.
9. Timoshchjenko VA, Zagudaev SA, Khait BA : Udalenie gigantskikh trichobezozarov zheludka u detei. Khirurgiia Mosk , 1990, (8) : 74.
10. Malpani A, Ramani SK, Wolverson MK : Role of sonography in trichobezoars. J Ultrasound Med, 1988, 7 (12) : 661-63.
11. Newman B, Girdany BR : Gastric trichobezoares, sonography and computed tomographic appearance. Pediat Radiol, 1990, 20 (7) : 526-27.
12. Gonzalez Rojas M, Delgado Godos A, Espejo Romero H : Tricobezoar y úlcera gástrica en pediatría . Rev Gastroent Perú . 1990, 10 (3) : 121-125.
13. Qureshi NH, Morris K, McDevitt B: Trichobezoar a condition to think of in case of mobile abdominal mass. Ir Med Journ, 1992, 85 (2) : 74.
14. Rogers BHG, Roserbud SD, Freimark LG : Unusual complication of trichobezoar. Am Jour Dis Child, 1965, (7) : 110.
15. Bhatia MS, Singhal PK, Rastogi V, et al : Clinical profile of trichotillomania. J Indian Med Assoc. 1991, 89 (5) : 137-9.
16. Canavese F, Maiullari E, Costantino S, et al : Tricobezoar gastrico : Descrizione di un caso clinico presentazione anomala. Pediat Med Chil, 1994, 16 (3) : 289-91.

17. Benes J, Chmel J, Jodi J, et al : Treatment of a gastric bezoar by extracorporeal shock wave lithotripsy. Endoscopy, 1991, 23 (6) : 346-48.