

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR TRICOBEOZAR GÁSTRICO GIGANTE**Revisión Bibliográfica A propósito de un Caso****DR. ALEX PAUL GUACHILEMA RIBADENEIRA**

Médico Residente del Hospital Pediátrico Baca Ortiz, Guayaquil - Ecuador

Coautores:**DR. EDUARDO RODRIGO ZAMBRANO CÁRDENAS**

Especialista en Cirugía Pediátrica
Jefe Servicio de Cirugía pediátrica del Hospital Baca Ortiz, Guayaquil - Ecuador

DR. JOSÉ ANTONIO DAZA MERIZALDE

Especialista en Cirugía Infantil
Tratante de Cirugía pediátrica del Hospital Baca Ortiz, Guayaquil– Ecuador



Publicado como artículo científico. Revista Facultad de Ciencias Médicas Vol. 1 N°2 Periodicidad semestral Julio - Diciembre 2020 pp. 27 - 32 ISSN 2661 – 6726

Recibido junio 22 2020, aprobado 15 noviembre 2020

RESUMEN

El tricobezoar es una formación tumoral gástrica muy rara que está compuesta de pelo y que afecta al sexo femenino en mayor porcentaje.

Esta entidad muy poco frecuente está asociada a trastornos psicológicos como la tricotilomanía y es causante de obstrucción intestinal alta. El diagnóstico se basa en los datos de la anamnesis y examen físico al encontrar masa tumoral en epigastrio y sin antecedente mórbidos.

El tratamiento está determinado por el tamaño de la masa y complicaciones presentes por lo cual la remoción quirúrgica fue de elección en este caso.

Es necesario la valoración psicológica en este paciente para evitar recidivas por la tricofagia que ellos presentan

Palabras clave: obstrucción intestinal, tricobezoar gástrico, tricotilomanía

ABSTRACT

The tricobezoar is a rare gastric tumor formation is composed of hair and affects females at a greater rate.

This rare condition is associated with psychological disorders such as trichotillomania and causing intestinal obstruction. The diagnosis is based on data from the history and physical examination to find epigastric tumor mass without morbid history.

Treatment is determined by the size of the mass and thus present complications surgical removal was choice in this case.

Psychological assessment in this patient needed to avoid recurrences by trichophagia they present.

Keywords: intestinal obstruction, gastric tricobezoar, trichotillomania



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución - No Comercial-Sin Derivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

INTRODUCCIÓN

El tricobezoar es una entidad clínica rara, dada por una acumulación de cabellos que se puede encontrar en el tracto digestivo debido a tricofagia y que puede causar una gran variedad de manifestaciones clínicas hasta llegar a la oclusión, perforación o ulceración del tracto digestivo.

Su incidencia es bastante rara y suele ocurrir en pacientes con problemas psiquiátricos; generalmente es más frecuente en el sexo femenino y las personas afectadas suelen ser asintomáticas por meses o años ¹

Los síntomas de bezoares son muy variables y dependen de su ubicación y el tamaño, los confinados al estómago, puede causar síntomas resultantes del proceso mecánico obstructivos además de la compresión parietal de la pared gástrica produciendo perforación en raras ocasiones. ²

El presente caso tiene como objetivo describir la clínica de una obstrucción intestinal por tricobezoar, como se llegó al diagnóstico y la resolución quirúrgica de este problema; ya que es una entidad muy poco frecuente en la edad pediátrica y está asociada a trastornos psicológicos como la tricotilomanía.

PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente femenina de 7 años de edad, nacida y residente en Alicante España diagnosticada de ansiedad a los 4 años de edad con posible caída del cabello y antecedente de estreñimiento. Presenta cuadro clínico de 30 horas antes de su ingreso caracterizado por epigastralgia de moderada intensidad acompañándose de vomito por 1 ocasión contenido liquido además refiere antecedente de hiporexia dolor abdominal esporádico e ingesta de alimentos solo líquidos de 1 mes de evolución; en el examen físico distensión a

nivel de epigastrio e hipocondrio izquierdo se palpa masa dura a este nivel que dibuja la anatomía del estómago ligeramente dolorosa no móvil.

Ilustración 1 distensión epigástrica y de hipocondrio izquierdo



Fuente: Elaborado por autor

Se solicita radiografía en donde se visualiza estómago distendido con imagen radiopaca en su interior y tomografía simple de abdomen informa distensión de estómago por presencia de contenido heterogéneo que ocupa la totalidad de su luz y se proyecta hacia duodeno.

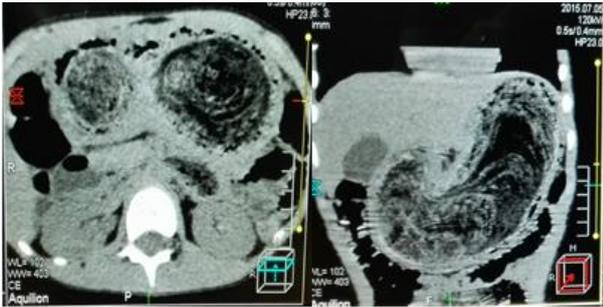
Ilustración 2 Radiografía de abdomen 2 posiciones: muestra imagen radiopaca en epigastrio que se prolonga a hipocondrio izquierdo y mesogastrio sin niveles a desnivel y con gas distal



Fuente: Elaborado por autor



Ilustración 3 Tomografía simple de abdomen: en corte axial y coronal muestra imagen de contenido heterogéneo ocupando toda la luz del estomago



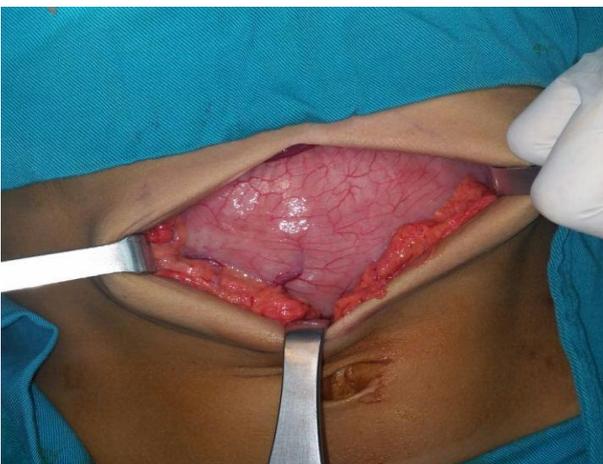
Fuente: Elaborado por autor

Los exámenes de laboratorio prequirúrgicos dentro de límites normales.

Paciente fue sometida a laparotomía exploratoria seguida de gastrotomía transversal para extracción de cuerpo extraño y posteriormente gastrorrafia en 2 planos

Durante el transoperatorio se evidencia estomago de grandes dimensiones mucosa preservada, pieza negra fétida correspondiente a tricobezoar que ocupa todo el estómago hasta primera porción de duodeno en forma de J, resto de estructuras abdominales normales. (Ilustración 4,5, 6 y 7)

Ilustración 4 Estomago de grandes dimensiones que ocupan hipocondrio derecho, epigastrio e hipocondrio izquierdo



Fuente: Elaborado por autor

Ilustración 5 Gastrotomía encontrándose pieza color negro fétida correspondiente a tricobezoar



Fuente: Elaborado por autor

Ilustración 6 Tricobezoar intacto



Fuente: Elaborado por autor

Ilustración 7 Pieza quirúrgica. Tricobezoar gástrico pesando 800 gramos



Fuente: Elaborado por autor

Es ingresada al servicio de cirugía en el postoperatorio evoluciona de forma favorable recibe antibiótico ampicilina sulbactam + metronidazol por 5 días, inhibidor de bomba



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución - No Comercial-Sin Derivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

de protones se inicia la vía oral a las 72 horas con una respuesta adecuada previo retiro de sonda nasogástrica, es evaluada por psicología clínica e inicia apoyo emocional, terapia racional y manejo psicoafectivo.

Egresada al sexto día con controles de cirugía y seguimiento por psicología

DISCUSIÓN

El tricobezoar es una entidad clínica muy rara y causa de oclusión intestinal alta en niños y adolescentes, El retraso mental y la tricotilomanía son factores de riesgo.⁶

La incidencia de bezoares es del 1% de la población⁷ más del 90% de los pacientes son mujeres, con un pico de frecuencia entre los 10 y 19 años y un 80% son menores de 40 años.³ Se estima que uno de cada 2.000 niños sufre de tricotilomanía y 5% a 18% de tricofagia, pero pocos presentan tricobezoares.⁷

Las perturbaciones mentales y los trastornos de conducta son casi una constante en el perfil psicológico de estos pacientes (40% de los casos)⁹ en algunos pacientes el abandono, la pobreza y la falta de supervisión por parte de sus padres aumenta en riesgo de adquirir este trastorno³⁻⁴.

El Tiempo que transcurre entre el comienzo de la tricofagia activa hasta la manifestación de los síntomas no está bien definido aunque podrían pasar asintomáticos por muchos años⁴

Los antecedentes de pica, alopecia regional, grado variable de desnutrición, palidez, apatía con la consiguiente masa abdominal

epigástrica firme y dolorosa a la palpación podrán por si solos fundamentar la sospecha diagnóstica.

Las principales complicaciones incluyen la obstrucción intestinal, perforación gástrica, úlcera gástrica, la oclusión intestinal alta es la complicación más común y requiere cirugía¹⁰

Se ha informado de que el 60% de tricobezoares causan obstrucción. En un estudio de 49 pacientes, se detectaron tricobezoar ya sea en el estómago (46,93%) o en el intestino delgado (44,89%) o en ambos (8,16%).¹¹

El cuadro clínico no está bien definido pero se habla de dolor en epigastrio (80%), alteración del apetito, pérdida de peso, vómitos alimentarios (35 a 78%), distensión abdominal (47.05%) intolerancia progresiva a los alimentos sólidos y tumor epigástrico relativamente móvil.²⁻⁴⁻¹¹

El diagnóstico se basa en la historia clínica y exámenes auxiliares así la endoscopia digestiva alta puede convertirse en un método de elección para el diagnóstico de bezoares gástricos además constituye método terapéutico en casos seleccionados. La radiografía de abdomen muestra una masa fusiforme que ocupa todo el estómago. La tomografía computarizada juega un papel significativo en el diagnóstico de estos casos evidenciando una formación concéntrica expansiva que ocupa la luz del estómago.¹⁻⁴

El diagnóstico diferencial de la masa en el epigastrio es con: pseudoquiste pancreático, neuroblastoma, riñón en herradura, tumores gástricos, hepatomegalia y esplenomegalia.

La resolución quirúrgica es la elección cuando el bezoar es grande y compacto no



permitiendo su extracción por otros medios ⁵. Esta puede ser por vía clásica o laparoscopia en casos de bezoar de pequeñas dimensiones debiendo tener especial consideración con el síndrome de Rapunzel debido a que el tricobezoar se extiende de manera continua a todo lo largo del intestino delgado como una cola en el que son necesarias múltiples enterotomías para la completa remoción del bezoar. ³⁻⁵

Cuando existen complicaciones como perforación, peritonitis o hemorragia, el abordaje clásico es la vía de elección.

La obstrucción por tricobezoar es de baja incidencia en la edad pediátrica, pero que resulta ser un cuadro de resolución quirúrgica de urgencia en caso de encontrarnos con esta entidad. Es de elección y con efectividad realizar laparotomía + gastrotomía transversa ante la posibilidad de una masa ocupativa amplia como fue en nuestra experiencia.

Varios artículos publicados a nivel mundial han reportado casos similares en el cual realizan laparotomía exploratoria como es el caso reportado por *Henrique José Virgili Silveir en su artículo "Tricobezoar como causa de oclusión intestinal alta. Informe de un caso y revisión de la literatura"* así mismo en algunas publicaciones describen la endoscopia digestiva alta como método diagnóstico y terapéutico realizado por gastroenterólogos ¹¹, pero esto va relacionado con la dimensión de la masa y edad del paciente, ante la presencia de una gran masa y sugestiva de bezoar el Gold estándar es laparotomía sin lugar a duda porque permite la extracción completa del bezoar.

CONCLUSIONES

Los bezoares gástricos en niños es una patología poco frecuente causante de oclusión intestinal alta, relacionado con tricofagia y generalmente los pacientes afectados tienen componente depresivo subyacente y en la mayoría en sexo femenino.

El peso del tricobezoar seco es aproximadamente la tercera parte del peso cuando está húmedo

En nuestro caso hubo una alta sospecha ya que la paciente fue diagnosticada de ansiedad con alopecia a los 4 años de edad que sugería sospecha de tricofagia, la tomografía fue el método para confirmar el diagnóstico y el abordaje clásico (laparotomía media supra umbilical) fue de gran utilidad, no hubo complicaciones.

En la evaluación psicológica fue diagnosticada de tricofilomanía con componente depresivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. MsC. Luis Alberto Ojeda López, 1 MsC. Nadia Labaut Arévalo "Gastric Trichobezoar and Rapunzel syndrome in an adolescent" http://bvs.sld.cu/revistas/san/v14n7_10/san14710.htm (consultado el 16-07-2015)
2. Sopan N Jatal, Nawab P Jamadar, Bhagwat Jadhav, Saleha Siddiqui, Sachin B Ingle. "Extremely unusual case of gastrointestinal trichobezoar" *World J Clin Cases* 2015 May 16; 3(5): 466-469 ISSN 2307-8960
3. E.C.G. Tudor, M.C. Clark. "Laparoscopic-assisted removal of gastric trichobezoar; a novel technique to reduce operative complications and time" *Journal of Pediatric Surgery* (2013) 48, E13-E15.



4. Masaya Iwamuro, Hiroyuki Okada. " *Review of the diagnosis and management of gastrointestinal bezoars*" World J Gastrointest Endosc 2015 April 16; 7(4): 336-345 ISSN 1948-5190
5. Lancelot Marique, Michel Wirtz. " *Gastric Perforation due to Giant Trichobezoar in a 13-Year-Old Child*". J Gastrointest Surg DOI 10.1007/s11605-016-3272-2
6. Virgili J. Coelho J. *Tricobezoar gigante. Relato de caso e revisão da literatura.* ABCD, arq. bras. cir. dig. vol.25 no.2 São Paulo Apr./June 2012
7. So-Eun Park, Ji Yong Ahn, Hwoon-Yong Jung. " *Clinical Outcomes Associated with Treatment Modalities for Gastrointestinal Bezoars*" Gut and Liver, Vol. 8, No. 4, July 2014, pp. 400-407
8. Phani Bhushan Jeerigehalli Sanneerappa. " *Trichobezoar: a diagnosis which is hard to swallow and harder to digest*" BMJ Case Rep 2014. doi:10.1136/bcr-2013-201569.
9. Joana Morgado1 , Joana Gaspar. " *Recurrent gastric trichobezoar in a child*" Einstein. 2015;13(4):640-1
10. Héctor Losada Morales, Cecilia Huenchullán Catalán, Rodrigo Arriagada Demetrio. " *Gastric trichobezoar associated with perforated peptic ulcer and Candida glabrata infection*" World J Clin Cases 2014 December 16; 2(12): 918-923 ISSN 2307-8960
11. H. Akiho and A. J. Lembo. " *Gastric Trichobezoar: An Enduring Intrigue*" Case Reports in Gastrointestinal Medicine Volume 2012, Article ID 136963

