



REPORTE DE CASO

Gastric trichobezoar in a 4-year-old female patient with surgical resolution. Case report

Tricobezoar Gástrico en paciente femenina de 4 años con resolución quirúrgica. Reporte de Caso

Freddy Alexander Aldaz Vallejo¹  , Tatiana del Rosario Pérez Landázuri²  , Devora Estefania Manzano Quisimalin³  , Jennifer Carolina Martínez⁴  , Estefany Elein Bonilla Ortiz⁵  , Jhoselyn Misheel Guerrero Ramos⁶  

¹Hospital Pediátrico Baca Ortiz. Quito, Ecuador.

²Hospital Básico José Miguel Rosillo. Cariamanga, Ecuador.

³Licenciada en Enfermería, Magister en Enfermería Quirúrgica. Ambato, Ecuador.

⁴Especialista en Cirugía Pediátrica. San Petersburgo, Rusia.

⁵Hospital General Alfredo Noboa. Guaranda, Ecuador.

⁶Dirección Hospitalaria. Guayaquil, Ecuador.

Citar como: Vallejo FAA, Landázuri T del RP, Quisimalin DEM, Martínez JC, Ortiz EEB, Ramos JMG. Tricobezoar Gástrico en paciente femenina de 4 años con resolución quirúrgica. Reporte de Caso. Salud, Ciencia y Tecnología 2024; 4:716. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024716>.

Enviado: 18-09-2023

Revisado: 06-11-2023

Aceptado: 02-01-2024

Publicado: 03-01-2024

Editor: Dr. William Castillo-González 

ABSTRACT

Introduction: bezoars are indigestible substances that accumulate in the gastrointestinal tract, most often in the stomach. Gastric Trichobezoar (GT) is the most common bezoar found in the stomach. According to their content, bezoars are divided into plant bezoars, capillary bezoars, lactose bezoars and medicinal bezoars. The most common complications reported over the years include gastric mucosal erosion, gastric or small bowel ulceration and perforation, gastric outlet obstruction, intussusception, obstructive jaundice, protein deficiency enteropathy, pancreatitis, and death. The treatment is surgery.

Clinical case: a 4-year-old female patient presents with cough and odynophagia, accompanied by abdominal pain located in the epigastrium, which persists and is exacerbated by movements, does not radiate, is accompanied by an unquantified rise in temperature, imaging studies are performed where it draws attention. Abdominal echo with report of mass at the level of the epigastrium, abdominal x-ray was performed with evidence of levels. They performed a simple abdominal tomography which confirmed the presence of a foreign body in the stomach classified as a bezoar.

Evolution: exploratory laparotomy + gastrostomy + trichobezoar extraction + gastric raphia was performed, a procedure without complications. Stable patient, without oxygen support, no signs of respiratory distress, tolerates feeding, better pain control, with good post-surgical evolution.

Conclusions: trichobezoars are extremely rare and pose diagnostic and treatment problems. Although laparoscopy currently seems to have promising results in expert hands, laparotomy remains the most successful surgical treatment. Postoperative psychological treatment is essential to correct patients' psychological and behavioral alterations and prevent their recurrence.

Keywords: Gastric Trichobezoar; Laparotomy; Abdominal Pain; Obstruction; Gastrostomy.

RESUMEN

Introducción: los bezoares son sustancias no digeribles que se acumulan en el tracto gastrointestinal, con mayor frecuencia en el estómago. El Tricobezoar gástrico (GT) es el bezoar más común que se encuentra en el estómago. Según su contenido, los bezoares se dividen en bezoares vegetales, bezoares capilares, bezoares de lactosa y bezoares medicinales.

Las complicaciones más comunes reportadas a lo largo de los años incluyen erosión de la mucosa gástrica, ulceración y perforación gástrica o del intestino delgado, obstrucción de la salida gástrica, intususcepción, ictericia obstructiva, enteropatía por deficiencia de proteínas, pancreatitis y muerte. El tratamiento es la cirugía.

Caso Clínico: paciente femenina de 4 años presenta cuadro de tos y odinofagia, acompañado de dolor abdominal localizado en epigastrio, persiste que se exacerba con los movimientos, no se irradia, se acompaña con alza térmica no cuantificada, se realizan estudios de imagen en donde llama la atención eco abdominal con reporte de masa a nivel de epigastrio, se realiza radiografía de abdomen con evidencia de niveles. Realizan tomografía simple de abdomen en donde se confirma presencia de cuerpo extraño a nivel de estómago catalogado como bezoar.

Evolución: se le realiza laparotomía exploratoria + gastrostomía + extracción de tricobezoar + rafia gástrica, procedimiento sin complicaciones. Paciente estable, sin apoyo de oxígeno, no presenta signos de dificultad respiratoria, tolera alimentación, mejor control de dolor, con buena evolución postquirúrgica.

Conclusiones: los tricobezoares son extremadamente raros y plantean problemas de diagnóstico y tratamiento. Aunque actualmente la laparoscopia parece tener resultados prometedores en manos expertas, la laparotomía sigue siendo el tratamiento quirúrgico más exitoso. El tratamiento psicológico postoperatorio es fundamental para corregir las alteraciones psicológicas y conductuales de los pacientes y prevenir su recurrencia.

Palabras clave: Tricobezoar Gástrico; Laparotomía; Dolor Abdominal; Obstrucción; Gastrostomía.

INTRODUCCIÓN

El tricobezoar es una enfermedad rara que se refiere a la presencia anormal de pelo en forma de material sólido en el estómago. Los bezoares son relativamente poco frecuentes, con una incidencia reportada del 0,07 % al 0,4 %.⁽¹⁾ El tricobezoar puede extenderse a través del píloro hasta el duodeno, el yeyuno y el colon, definiendo el síndrome de Rapunzel. Es un trastorno raro con una incidencia de menos del 1 % de la población general. Por otro lado, el 90 % de los casos de tricobezoar se observan en mujeres jóvenes que sufren de tricotilomanía (compulsión a arrancarse el cabello) y tricofagia (compulsión a tragar el cabello).^(2,3)

El tricobezoar gástrico (GT) es la variedad más común de bezoar que se encuentra en el estómago. Según su contenido, los bezoares se clasifican en fitobezoares (compuestos de materiales alimenticios no digeribles como semillas y huesos), tricobezoares (compuestos de cabello), lactobezoares (compuestos de lactosa) y farmacobezoares (compuestos de medicamentos).^(4,5)

Las manifestaciones clínicas pueden tener síntomas graves que revelan complicaciones como erosión de la mucosa gástrica, ulceración y perforación del estómago o del intestino delgado, obstrucción de la salida gástrica, intususcepción, ictericia obstructiva, enteropatía perdedora de proteínas, pancreatitis y muerte. Sin embargo, pueden ser asintomáticos y descubrirse mediante endoscopia.⁽⁶⁾

Definiendo el síndrome de Rapunzel es el tricobezoar por acumulación en el estómago de cabello humano no absorbible. Puede extenderse a través del píloro hasta el duodeno, el yeyuno y el colon.⁽⁷⁾

El diagnóstico y el tratamiento dependen del cuadro clínico. Las formas asintomáticas o levemente sintomáticas suelen diagnosticarse y tratarse mediante endoscopia, que incluye resección o fragmentación endoscópica mediante lavado con Coca-Cola, mientras que las formas complicadas se diagnostican mediante TC abdominal y requieren tratamiento quirúrgico.^(8,9)

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 4 años, producto de la primera gesta nace por parto normal a término, meconial por lo que requirió de antibiótico y hospitalización neonatal por 5 días. Etnia mestiza, religión católica, grupo de sangre: desconoce, acepta transfusiones sanguíneas.

Antecedentes personales: no refiere.

Antecedentes quirúrgicos: no refiere.

Medicación: no refiere.

Alergias: ninguna. Vacunas. Completas para la edad, no presenta carnet.

Fuente de información: abuela materna.

Se presenta un paciente femenina de 4 años. Abuela de paciente refiere que desde hace 5 días paciente presenta cuadro de tos y odinofagia, acompañado de dolor abdominal localizado en epigástrico, intenso EVA 8/10, constante que se exacerba con los movimientos, no se irradia por lo que acude a facultativo particular en donde envían con medicación que no especifica, sin embargo el cuadro no mejora, sintomatología progresa presentando alza térmica, de manera urgente acude a emergencias en donde realizan estudios de imagen en donde llama la atención en Ecografía abdominal un reporte de masa a nivel de epigastrio, se realiza radiografía de abdomen con evidencia de niveles. Realizan tomografía computarizada de abdomen en donde se confirma

presencia de cuerpo extraño a nivel de estómago catalogado como bezoar, por lo que es ingresada al área de Cirugía Pediátrica para resolución.

Paciente con el cuadro clínico mencionado.

A la exploración física sus signos vitales fueron: tensión arterial: 90/70 mmhg, frecuencia cardiaca: 114 latidos por minuto; frecuencia respiratoria de 23 respiraciones por minuto; temperatura de 38,8°C; Saturación de oxígeno 97 % con FiO₂ de 21 %, Peso: 14,7 kg.

Paciente ingresa al área de Cirugía Pediátrica con soporte de oxígeno, con vía periférica permeable, saturando 93 % con apoyo de oxígeno a bajo flujo por cánula nasal a 0,5 litros.

Piel y faneras: con piel caliente, anictérico con turgencia y elasticidad conservada. Llenado vascular distal conservado. Orejas plana de implantación normal.

Tórax: simétrico, poco expansible, con saturación de hasta 93 por ciento con aporte de oxígeno no invasivo. Pulmones murmullo vesicular levemente disminuido, pulmones con rales y crepitos diseminados de predominio izquierdo.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, llenado capilar 4 segundos. Sin presencia de soplo o ruidos sobreañadidos.

Abdomen: distendido, depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en epigastrio, se evidencia masa dolorosa de consistencia dura, con superficie regular, límites precisos y desplazable dentro de la cavidad aparentemente estomacal; de forma alargada y curvilínea que ocupaba casi la totalidad del epigastrio y se extendía hasta región umbilical.

Región inguinogenital: genitales externos femenino.

Extremidades: simétricas, móviles, no edemas, llenado vascular conservado.

Neurológico: activa, reactiva al manejo. Pupilas isocóricas normo reactivas a la luz.

Evolución hospitalaria

El primer día de hospitalización se realizan exámenes de laboratorio glucosa 86,60 mg/dl, urea 8,6 mg/dl, creatinina 0,14 mg/dl, Pcr cuantitativo (proteína c reactiva) 5,70 mg/dl, sodio 133,00 mmol/L, potasio 3,98 mmol/L, cloro 102,70, leucocitos 7,8, neutrófilos 67,3 %, linfocitos 27,4 %, hemoglobina 10 g/dl, hematocrito 31,4 %, plaquetas 247, TP 10,6 TTP 25,5 INR 0,89.

Panel viral: influenza ha detectado, influenza b no detectado, sincitial respiratorio no detectado.

Se procede de forma inmediata a solicitar tomografía computarizada simple de Abdomen para confirmar diagnóstico de tricobezoar. Se evidencia masa a nivel de epigastrio. (Figura 1)



Figura 1. Tomografía de Abdomen

Reporte: cortes coronales, cámara gástrica distendida con engrosamiento de las paredes y contenido heterogéneo en su interior, engrosamiento de las paredes antroduodenal, región antral y primera porción del duodeno, distensión leve de asas intestinales (intestino delgado).

Concluye: contenido heterogéneo en cavidad gástrica sugestivo de Tricobezoar.

Se realiza cirugía de emergencia en este caso Laparotomía Exploratoria con extracción de tricobezoar (Figura 2A- 2B).

Protocolo de Cirugía

Procedimiento: Laparotomía Exploratoria+ Gastrostomía + Extracción de Tricobezoar + Rafia Gástrica.

Cirujano: Freddy Alexander Aldaz.

Enfermera Instrumentista Quirúrgica: Devora Estefanía Manzano.

Se evidencia los siguientes hallazgos: masa conformada por fibras capilares en relación a tricobezoar, localizado en cavidad gástrica, de aproximadamente 20 x 10cm de diámetro (Figura 3).

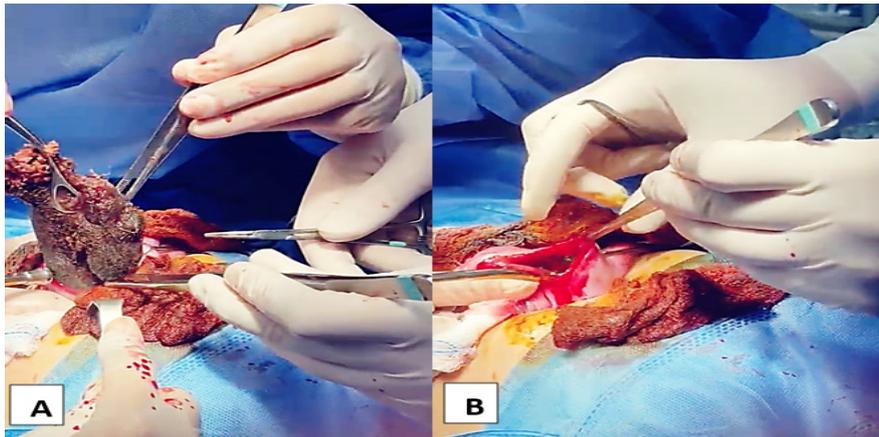


Figura 2. A. Extracción de Tricobezoar B. Cierres por Planos de herida quirúrgica



Figura 3. Tricobezoar extraído de 20 x 10 cm de diametro

Paciente postquirúrgico con recuperación inmediata, pronostico favorables, seguimiento por la especialidad de psicología por lapso de 3 meses. Al momento paciente en excelente condiciones.

DISCUSIÓN

Se revisó la literatura sobre el tema objeto estudio de este caso con la finalidad de describir su definición, incidencia, manifestaciones, diagnóstico y las complicaciones. Un bezoar es una causa poco común de obstrucción intestinal y ocurre en menos del 1 % de las personas.⁽¹⁰⁾ Consisten en agregados de cuerpos extraños formados por la ingesta de diversas sustancias no digeribles, principalmente restos vegetales e incluso pelos, lo que en nuestro caso se reportó. En la población general, la prevalencia de tricobezoar en adultos y adolescentes se estima entre el 1 % y el 2 %. Las mujeres tienen aproximadamente 10:1 más probabilidades de verse afectadas que los hombres.⁽¹¹⁾

La razón es que el 90 % de los casos de tricobezoar ocurren en mujeres jóvenes que sufren de tricotilomanía (compulsión a arrancarse el cabello) y tricofagia (compulsión a tragar el cabello). También se asocia con trastornos de la motilidad gástrica que se encuentran en algunos pacientes. Estos pueden ser asintomáticos o presentar síntomas inespecíficos como dolor abdominal superior, distensión abdominal, náuseas, vómitos, pérdida de peso o hemorragia gastrointestinal.⁽¹²⁾ Las manifestaciones clínicas pueden tener síntomas graves que revelan complicaciones como erosión de la mucosa gástrica, ulceración y perforación del estómago o del intestino delgado, obstrucción de la salida gástrica, intususcepción, ictericia obstructiva, enteropatía perdedora de proteínas, pancreatitis y muerte. Otras posibles complicaciones incluyen: perforación, peritonitis o formación de abscesos.⁽¹³⁾

Anteriormente, el bezoar se diagnosticaba quirúrgicamente; las radiografías de rutina ayudaron a identificar una obstrucción intestinal, pero no un bezoar. Los hallazgos radiológicos se definen por opacidades inespecíficas y poco características que pueden corresponder a otra patología o material fecal. En la ecografía se describen como hallazgos característicos bandas ecogénicas lineales o arqueadas con sombra acústica posterior. Aunque estos hallazgos han sido descritos en la ecografía, su sensibilidad para el diagnóstico de bezoar gástrico es baja.^(14,15)

La tomografía computarizada es el estudio de elección para diagnosticar la obstrucción intestinal y determinar la causa. Algunos autores describen los hallazgos de la TC como suficientes para el diagnóstico de

bezoares; corresponden a masas intraluminales bien definidas y de baja atenuación que contienen burbujas de aire o material de contraste entre las capas laminares y restos de comida en el estómago. Cuando la masa no obstruye completamente el abdomen, el material de contraste rodea la superficie de la masa e incluso puede moverse.⁽¹⁶⁾ Cuando los tricopolitos se depositan en el estómago y su extremo distal y se diseminan distalmente hacia el intestino delgado o el colon descendente, se denomina síndrome de Rapunzel, lo mismo que evidenciamos en el presente reporte de caso clínico, por lo que se debe seguir de cerca el extremo distal del tracto gastrointestinal en las imágenes de masa. Tenga en cuenta este hallazgo para identificar otros bezoares u obstrucción del intestino delgado que es la complicación más común de los bezoares.⁽¹⁷⁾

El tratamiento del tricobezoar es el tratamiento quirúrgico. La laparotomía es el método preferido para la gastrostomía y la eliminación de masas; sin embargo, se ha informado el uso de laparoscopia y endoscopia y, en ocasiones, está limitado por el tamaño de la masa. La evaluación psiquiátrica también es esencial para el apoyo al paciente y la prevención de recaídas.⁽¹⁸⁾

Posterior al procedimiento quirúrgico de la paciente, tuvo una recuperación inmediata con pronóstico favorable, se realizó seguimiento continuo por parte de psicología mediante terapias familiares. Al momento paciente en buenas condiciones con mejoría clínica y psicológica.

CONCLUSIONES

Con todo lo mencionado nuestro caso clínico representa una paciente femenina de 4 años, con problemas familiares que desarrollo tricofagia (compulsión a tragar el cabello). Se diagnóstico de manera urgente el tricobezoar en los primeros días de presentar síntomas y se obtuvo un pronóstico favorable.

El diagnóstico por imágenes es una herramienta básica en el diagnóstico del bezoar, debido a la naturaleza inespecífica de los síntomas del bezoar, es clínicamente insospechado. La Tomografía computarizada es el método de imagen de elección para su identificación y complicaciones. Para realizar un diagnóstico adecuado, el radiólogo debe estar familiarizado con los hallazgos de esta patología y sus posibles diagnósticos diferenciales, como restos de comida o heces, que comúnmente se observan en estos estudios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Khalifa M Ben, Ghannouchi M, Nacef K, Chaouch A, Sellami M, Boudokhane M. Trichobezoar: A case report of a double gastric and ilial localization revealed by an occlusion. *Int J Surg Case Rep.* el 1 de febrero de 2022;91.

2. Harrabi F, Ammar H, Ben Latifa M, Gupta R, Ben Ali A. Gastric Trichobezoar Causing Gastrointestinal Bleeding: A Case Report. *Cureus.* el 14 de octubre de 2022;

3. Gástrico T, Pediátrico P, Sousa MC, Alves N, Herédia V. Gastric Trichobezoar in a Pediatric Patient [Internet]. Vol. 27, *Acta Med Port.* 2014. Disponible en: www.actamedicaportuguesa.com

4. Daoud R, Tlili A, Fendri S, Akrouf A, Trigui A, Boujelbene S. Gastric trichobezoar: An uncommon cause of epigastric pain: A case report. *Clin Case Rep.* abril de 2022;10(4).

5. Bhattacharya J, Banerjee D, Maity C, Kumar Das M, Dutta S. Gastric Trichobezoar. Vol. 111, *Journal of the Indian Medical Association.* Indian Medical Association; 2013. p. 274.

6. Nm J, Rs S. Gastric Trichobezoar in a 6-Year Old Girl. Vol. 6, *Gastric Trichobezoar APSP J Case Rep.* 2015.

7. Diallo ID, Traore WYM, Zahraoui A, Moustapha EW, Moatassim Billah N, Nassar I. Trichobezoar: A Rare Cause of Gastric Obstruction. *Glob Pediatr Health.* el 1 de enero de 2023;10.

8. Morgado J, Gaspar J, Barros F, Rosado R. Recurrent gastric trichobezoar in a child. *Einstein (Sao Paulo).* el 1 de octubre de 2015;13(4):640-1.

9. Baek SG, Oh CH, Shin GY, Kim JW, Jang JY. Endoscopic retrieval of a huge gastric trichobezoar using an electro-surgical knife. Vol. 53, *Endoscopy.* Georg Thieme Verlag; 2021. p. 357-8.

10. de Melio J, Debrouwere T, Herman M. Trichobezoar. *J Belg Soc Radiol.* 2021;105(1).

11. Akbulut S, Değer KC, Duman M, Yol S. Gastric bezoars. Vol. 11, *Przegląd Gastroenterologiczny.* Termedia Publishing House Ltd.; 2016. p. 60-1.

12. Mazine K, Barsotti P, Elbouhaddouti H, Mouaqit O, Benjelloun E, Taleb KA, et al. Gastroduodenal trichobezoar: About a case. Pan African Medical Journal. 2018;30.
13. Paparoupa M, Schuppert F. Trichobezoar. Vol. 91, Mayo Clinic Proceedings. Elsevier Ltd; 2016. p. 275-6.
14. Ezziti M, Haddad F, Tahiri M, Hliwa W, Bellabah A, Badre W, et al. Trichobézoard gastrique: à propos d'un cas. Pan African Medical Journal. el 20 de febrero de 2017;26.
15. Coufal NG, Kansagra AP, Doucet J, Lee J, Coimbra R, Bansal V. Gastric trichobezoar causing intermittent small bowel obstruction: Report of a case and review of the literature. Vol. 2011, Case Reports in Medicine. Hindawi Limited; 2011.
16. Lacroix M, Colignon N, Azouz E, Radzik A, Arrivé L. Gastric trichobezoar with duodenal and jejunal extension. Clin Res Hepatol Gastroenterol. el 1 de enero de 2021;45(1).
17. Sabbah M, Ouakaa A, Bibani N, Trad D, Gargouri D. Gastric trichobezoar revealed by epigastric mass. Presse Medicale. el 1 de mayo de 2019;48(5):588-9.
18. Placone N, Mann S. A Trichobezoar of Gastric Proportions. Clinical Gastroenterology and Hepatology. el 1 de febrero de 2020;18(2):e18.

CONSENTIMIENTO

Para la realización de este trabajo se obtuvo el consentimiento del paciente.

FINANCIACIÓN

No existe financiación para el presente trabajo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Freddy Aldaz, Jennifer Martínez, Tatiana del Rosario Pérez, Devora Manzano, Estefany Bonilla, Jhoselyn Guerrero.

Investigación: Freddy Aldaz, Jennifer Martínez, Tatiana del Rosario Pérez, Devora Manzano, Estefany Bonilla, Jhoselyn Guerrero.

Metodología: Freddy Aldaz, Jennifer Martínez, Tatiana del Rosario Pérez, Devora Manzano, Estefany Bonilla, Jhoselyn Guerrero.

Administración del proyecto: Freddy Aldaz, Jennifer Martínez, Tatiana del Rosario Pérez, Devora Manzano, Estefany Bonilla, Jhoselyn Guerrero.

Redacción borrador original: Freddy Aldaz, Jennifer Martínez, Tatiana del Rosario Pérez, Devora Manzano, Estefany Bonilla, Jhoselyn Guerrero.

Redacción revisión y edición: Freddy Aldaz, Jennifer Martínez, Tatiana del Rosario Pérez, Devora Manzano, Estefany Bonilla, Jhoselyn Guerrero.