

Tricofitos bezoares del tubo digestivo

Daniela Inostroza Rosales ¹
Prof. Dr. Humberto Flisfisch Fernández ²

¹ Interna. Departamento de Cirugía Sur. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

² Profesor de Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad de Chile

RESUMEN: *Los bezoares son colecciones de material ingerido que se acumula con el tiempo en el estómago o el intestino delgado. Son cuerpos extraños poco comunes compuestos de diversos materiales: pelos, leche, fibras vegetales, entre otras. El diagnóstico se puede constatar por medio de exámenes del tracto digestivo y mediante endoscopia; se tratan de forma quirúrgica o endoscópica dependiendo del tipo y forma del bezoar. Se presenta una revisión de la literatura con respecto a esta patología.*

HISTORIA Y CLASIFICACIÓN:

Los cuerpos extraños en el tubo digestivo han sido una preocupación para el hombre desde la antigüedad (1). Cuando los cuerpos extraños permanecen en el tubo digestivo por largo tiempo y resisten la acción de los jugos digestivos forman concreciones que se denominan bezoares (1).

Los bezoares pueden estar compuestos por uno o varios tipos de materiales y pueden clasificarse en fitobezoares, quimiobezoares o tricofitobezoares (2,3,5). Estos cuerpos extraños no suelen aparecer en estómagos normales, si no en los que se ha practicado vagotomía o gastrectomía parcial y en enfermedades que condicionan la aparición de estasis gástrica.

Un tricofitobezoar es una bola de pelo atrapada en el estómago o en el tracto gastrointestinal, es una condición extraña que en la mayoría de los casos se presenta en mujeres jóvenes con algún trastorno o patología de tipo psiquiátrica o emocional (90%) (4). Estos trastornos corresponden a la llamada tricofagia y/o tricotilomanía.

PATOGENIA

Como anteriormente se mencionó, los tricobezoares ocurren en el 90% en pacientes de sexo femenino menores de 30 años con patologías psiquiátricas o emocionales (4,6). Son de tamaño variable y dependen del hábito de la tricofagia, tiempo de evolución y la longitud y tipo de cabello ingerido (6,7).

Se sugiere que el cabello es atrapado en los pliegues gástricos y retenido debido a una insuficiente superficie de fricción la cual es necesaria para la propulsión. El cabello ingerido independiente de su color natural siempre se vuelve color negro debido a la desnaturalización de las proteínas por el ácido del jugo gástrico (5,8).

No existe una forma de presentación específica para esta patología, siendo asintomática por largos periodos antes de la consulta (8,9).

El paciente presentará sensación de saciedad precoz, náuseas, constipación, halitosis, molestias abdominales inespecíficas y síntomas obstructivos.

La forma de presentación más severa de un tricofitobezoar, siendo potencialmente fatal es el síndrome de Rapunzel. Este síndrome está dado por la presencia de cabello en el intestino delgado con una gran bola de cabello fija en el estómago como un ancla. La diferencia de presiones entre el borde mesentérico del

intestino relativamente fijo comparada con el del borde antimesentérico móvil, sumado a la tensión por el peristaltismo, produce un efecto de acarreo que puede conllevar a una necrosis por isquemia, y de esta manera llegar a perforar el intestino delgado (11,12).

Es importante destacar y a la misma vez mencionar que según estudios realizados con anterioridad se ha concluido que el examen físico ayuda poco al diagnóstico, pero es esencial para identificar las complicaciones, y la valoración psiquiátrica puede evidenciar alteraciones en la conducta (8,10,11,). Es recomendable revisar las heces en busca de pelos (6,7,8). Un tumor abdominal puede ser palpado en el 88% de los tricofitobezoares y puede ser crepitante (7,8).

DIAGNOSTICO

El diagnóstico puede sospecharse por la observación de pelo en las deposiciones en las que hayan sido expulsados restos del material ingerido.

En el estudio radiográfico simple de abdomen se observa un defecto de repleción en laguna cerrada que puede ser desplazable. En el examen fluoroscópico contrastado puede verse el bario que fluye lentamente alrededor de la masa y una vez expulsado se observa una sombra de densidad aumentada (11,12).

Por ecografía se pueden observar signos específicos como es una banda ancha de ecos de gran amplitud con sombra acústica posterior completa (13). La endoscopia permite confirmar el diagnóstico al visualizar una masa gelatinosa irregular de volumen variable que depende del tipo y tamaño del tricofitobezoar (12,13)

TRATAMIENTO

El tratamiento depende del tamaño y composición del bezoar y su objetivo es removerlo y prevenir su recurrencia, que puede presentarse en un 20% de los casos (6,7).

Los tricofitobezoares son resistentes a la disolución enzimática (6,7,8). Generalmente requieren manejo quirúrgico endoscópico. La solución quirúrgica es la elección cuando el bezoar es de gran tamaño (Sd. Rapunzel), donde pueden ser necesarias múltiples enterotomías para su total remoción (1,2), si el tricofitobezoar es pequeño y de baja densidad es posible removerlo por medio de endoscopia (10,11).

CONCLUSION

Un tricofitobezoar son acumulaciones de cabello en el tracto digestivo relacionado a tricofagia y otras patologías psiquiátricas, los síntomas principales son náuseas, constipación, halitosis, saciedad, entre otros. Pueden ser muy pequeños y

fáciles de digerir o romper, hasta mortales cuando son de gran tamaño y densidad como en el caso del síndrome de Rapunzel. Su diagnóstico más eficiente es a través de endoscopía y ecografía abdominal. Su tratamiento en la mayoría de los reportes es quirúrgico, sin descuidar el apoyo psicológico del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Parhuana A. Gamero A. Tucto R. Tricobezoar: reporte de caso y revisión de literatura. *Revista médica Carrionica* 2015, 2:56-63
- 2- Millan E. Abascal J. Rios N. Tricobezoar. *Revista cubana de medicina* 2011; 27:566-71
- 3- Sanchez G. Bohle J. Carcamo C. Massri D. Tricobezoar gástrico, caso clínico y revisión de la literatura. *Cuad cir* 2006; 20:4851
- 4- Anrieta J. Felmer O. Gabielli M. Obstrucción intestinal causada por tricobezoar: Síndrome de Rapunzel. *Revista médica de Chile* 2008; 136:127-1030
- 5- Kyo Young S. Byung Jo Ch. Seung Nam et al. Laparoscopic removal of gastric bezoar surg laparos endos percuta tech 2007; 17:42-44
- 6- Pozo Pzrilli. Valosis Gómez. Rincón N. Berrios C. Tricobezoar: Diagnostico inusual, reporte de 3 casos 49:(2)157-60
- 7- Ciampa A. Moore B. Listeurd R. Kydd N. Giant trichophytobezoar in a pediatric patient with trichotillomania 2003:33:219220
- 8- Dra Fragoso T. Dr Luaces E. Dra. Díaz T. Bezoares: Temas de actualización revista cubana de pediatría 2002; 74:77-82
- 9- Velasco B. Paredes R. Tricobezoar: Un problema psicológico. *An España* 2001; 55:383-4
- 10- Hall Jb. Shami VM. Rapunzel syndrome: gastric bezoar and endoscopic managment *Gastrointestinal endoscopic clinic n.am* 2006; 16111-9
- 11- Bernal-Reyes R. Olivera F. Guerrero E. Tricobezoar: presentación de 3 casos perfil clínico y psicológico. *Revista gastroenterología de México* 2005; 7067-72
- 12- Rodríguez Hm. Schlesice A. Tricobezoar: Reporte de un caso *Cir.Gen.*2006; 28:113-7