

Reporte de caso: Tricobezoar

Case report: Trichobezoar

Jorge Alberto Díaz González*, Ingrid Gabriela Reyes Zúniga*, Misael Pineda Santos**

Resumen

Reportamos el caso de una adolescente femenina que ingresa al Hospital Mario Catarino Rivas en San Pedro Sula con antecedente de tricofagia desde hace 5 años. Ingresó con historia de dolor abdominal epigástrico de 3 meses de evolución con náuseas y vómitos de alimentos ocasionales junto a pérdida de aproximadamente 6 kilogramos de peso en los últimos 3 meses. Paciente fue ingresada y se completaron estudios diagnosticándose tricobezoar gástrico con posterior intervención quirúrgica: laparotomía media supraumbilical accediendo al estómago sobre el cual se le realizó una gastrostomía antral de 6 cm de longitud por donde se extrae el bezoar en su totalidad. Se cierra posteriormente la gastrotomía.

Palabras clave

Tricobezoar, Síndrome Rapunzel, adolescente

Abstract

We report the case of a female adolescent admitted to Mario Catarino Rivas Hospital in San Pedro Sula with a history of trichophagia for 5 years. She was admitted with a history of epigastric abdominal pain of about 3 months of evolution with occasional nausea and regurgitation of food together with a weight loss of approximately 6 kilograms in the last 3 months. The patient was admitted, studies were completed, and a diagnosis of gastric trichobezoar was made. Subsequent supraumbilical laparotomy was performed to access the stomach and a gastrostomy was performed in the antrum about 6 cm in length through which the bezoar was extracted in its entirety. The gastrotomy was subsequently closed.

*Médico Residente de segundo año de pediatría, Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud, UNAH-VS

** Médico especialista psiquiatra Infante Juvenil

Fecha de entrega: 30/06/2021

Fecha de aprobado 14/07/2021

Dirigir correspondencia a: jdiaz007.8988@gmail.com

Keywords

Trichobezoar, Rapunzel Syndrome, adolescent

Introducción

Un bezoar es la acumulación de sustancias orgánicas dentro del tracto gastrointestinal. El síndrome de Rapunzel es una forma rara y poco frecuente de tricobezoar con una cola que se extiende más allá del estómago hacia el intestino delgado.¹

El síndrome de Rapunzel se caracteriza por un tricobezoar gástrico que se extiende hacia el intestino delgado a través del píloro. Se trata de una manifestación muy rara, en la que los mechones de pelo deglutidos se extienden al intestino delgado a través del píloro.²

El término proviene de un cuento escrito por los hermanos Grimm en 1812 sobre Rapunzel, que era una doncella de pelo largo. Se bajaba la melena para permitir que su príncipe azul subiera a su prisión y la rescatara.³ El síndrome de Rapunzel fue descrito por primera vez por Vaughan en 1968. Desde entonces, se han descrito pocos casos en la literatura.

La tricotilomanía es un trastorno obsesivo compulsivo que se caracteriza por arrancarse excesivamente el pelo y es una enfermedad de adolescentes y adultos. Es bastante raro en los niños.⁴

Reporte de caso

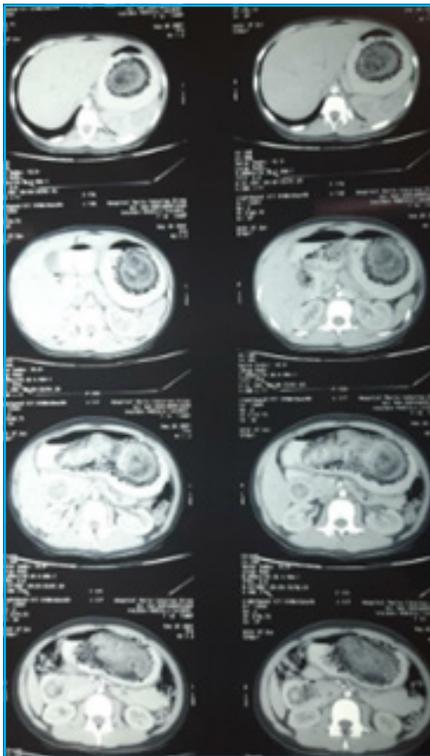
Presentamos caso de adolescente de 12 años que consulta por presentar dolor abdominal epigástrico de 3 meses de evolución con náuseas y vómitos de alimentos ocasionales junto a pérdida de aproximadamente 6 kilogramos de peso en los últimos 3 meses. En la exploración física, destaca a la palpación una masa epigástrica de unos 12 centímetros sin otros signos patológicos. Reinterrogada la paciente y su madre refiere tricofagia desde hace 5 años y caída de pelo, aunque comenta que ya no lo ingiere desde hace 3 meses.

Tricobezoar

Ante la sospecha de tricobezoar se realizó una tomografía abdominal, confirmando el diagnóstico inicial. (Ver figura 1)

Posteriormente se realiza valoración por psiquiatría donde se le diagnostica un trastorno de control de impulsos con ansiedad libre flotante, discreta inquietud psicomotora y conductas impulsivas, onicofagia, tricotilomanía y tricofagia.

Figura 1. Tomografía abdominal.



Fuente: Expediente Clínico

Ante el diagnóstico de tricobezoar gástrico se decide intervención quirúrgica, realizándole una laparotomía media supraumbilical accediendo al estómago sobre el cual se realizó una gastrostomía en antro de 6 cms de longitud por donde se extrae el bezoar en su totalidad. Se cierra posteriormente la gastrostomía. (Ver figura 2 y figura 3)

Se mantuvo en observación con su posterior alta sin complicaciones y sus citas de control con los servicios de psiquiatría y cirugía.

REPORTE DE CASO CLÍNICO

Figura 2. Laparotomía media supraumbilical



Fuente: Expediente Clínico

Figura 3. Bezoar en su totalidad



Fuente: Expediente Clínico

Discusión

Los bezoares son concreciones de material extraño en el tracto gastrointestinal. Se han clasificado en función de la sustancia ingerida: Fitobezoares, farmacobezoares, tricobezoares y lactobezoares. El tricobezoar es una bola de pelo ingerida que se acumula en el estómago y que en la mayoría de casos se limitan al estómago.

La mayoría de los pacientes con tricobezoares sufren trastornos psiquiátricos como la tricotilomanía y la tricofagia. Se estima que 1 de cada 2000 niños en todo el mundo sufre tricotilomanía y que el 30% de ellos también sufrirá tricofagia. Sólo el 1% de los que padecen tricofagia desarrollará un tricobezoar. La mayoría de los casos de tricobezoares se dan en mujeres, el 80% de ellos en edad de la infancia/adolescencia.^{1,2}

La aparición suele estar desencadenada por una reacción a estados emocionales negativos (estrés, ansiedad).³

Los síntomas de un bezoar pueden variar desde ninguno hasta uno severo. El diagnóstico puede realizarse mediante endoscopia o imágenes. La endoscopia tiene la ventaja de la visualización directa de la masa y la posibilidad de un tratamiento terapéutico directo, mientras que la ventaja de la imagen reside en la exclusión de otras etiologías.⁶

El método de elección por imagen es la tomografía, ya que las radiografías simples y los estudios con bario no son suficientemente precisos.⁷ En el caso de un Fitobezoar, el aspecto típico es una masa ovoide o redonda con burbujas de gas y un aspecto moteado, como el de las heces del intestino delgado.⁸

Conflicto de intereses

Los autores no tienen intereses contrapuestos que declarar.

Referencias Bibliográficas

1. Cannalire, G., Conti, L., Celoni, M., Grassi, C., Cella, A., Bensi, G., Capelli, P., & Biasucci, G. (2018). Rapunzel syndrome: an infrequent cause of severe iron deficiency anemia and abdominal pain presenting to the pediatric emergency department. *BMC Pediatrics*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1097-8>
2. De Melio, J., Debrouwere, T., & Herman, M. (2021). Trichobezoar. *Journal of the Belgian Society of Radiology*, 105(1), 31. <https://doi.org/10.5334/jbsr.2478>
3. Gupta, Alisha, Mittal, D., & Srinivas, M. (2017). Gastric trichobezoars in children: Surgical overview. *International Journal of Trichology*, 9(2), 50–53. https://doi.org/10.4103/ijtr.ijtr_38_17
4. Gupta, Anand, Kaur, J., & Wadhwa, N. (2017). Rapunzel syndrome in a seven year old female. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 59(5), 598–600. <https://doi.org/10.24953/turkjped.2017.05.016>
5. Henkel, E. D., Jaquez, S. D., & Diaz, L. Z. (2019). Pediatric trichotillomania: Review of management. *Pediatric Dermatology*, 36(6), 803–807. <https://doi.org/10.1111/pde.13954>
6. Kumar Bn, A., Kumar L, N., Thippeswamy, J., & Rangaswamaiah, L. N. (2016). Trichobezoar (Rapunzel syndrome) in an adolescent patient with Trichotillomania and Generalized Anxiety Disorder: A case report. *Asian Journal of Psychiatry*, 23, 44–45. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.07.008>
7. Yıldız Miniksar, D., Yüksel, T., Öz, B., & Özdemir, M. (2021). A comparison of phenomenological, clinical and familial psychiatric features of pediatric OCD and trichotillomania. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/13651501.2021.1933041>
8. Bottesi, G., Cerea, S., Razzetti, E., Sica, C., Frost, R. O., & Ghisi, M. (2016). Investigation of the phenomenological and psychopathological features of trichotillomania in an Italian sample. *Frontiers in Psychology*, 7, 256. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00256>