

Tricobezoar a propósito de un caso en el Hospital Nacional Dos de Mayo

ALEJANDRO FERNANDEZ*, HERBERTH CUBA**, ALEJANDRA PARHUANA**, MARIA VALCARCEL***

* Jefe del Servicio de Medicina Interna San Andrés del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima Perú. ** Médico Asistente de Servicio de Medicina Interna San Andrés del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima Perú. *** Médico Asistente del Servicio de Cirugía General H3 del Hospital Nacional Dos de Mayo.

RESUMEN

Se presenta un caso de Tricobezoar gástrico en una paciente adulta, sexo femenino, con antecedente de tricofagia, perversión del apetito (pica) y disfunción familiar. El diagnóstico fue confirmado por el hallazgo endoscópico que informa la presencia de pelos que ocupa gran parte de la cavidad gástrica. Como aporte a la casuística de esta patología rara presentamos este caso que es el primero en la Sala San Andrés y el tercero en el hospital Dos de Mayo, en los últimos 20 años. Se hace una revisión sobre las características más importantes que acompañan a ésta entidad patológica. En el estudio endoscópico también se encontró una úlcera péptica en la incisura, no sangrante. La cirugía abdominal ha confirmado el diagnóstico de Tricobezoar. La recuperación fue satisfactoria.

Palabras claves: Tricobezoar, estómago, cuerpo extraño.

THE TRICHOBEZOAR AT "DOS DE MAYO NATIONAL HOSPITAL" SUMMARY

A case of gastric Trichobezoar is presented in a adult female with background of trichophagy, pica and familiar malfunction. The diagnosis was confirmed by endoscopic findings that report the presence of hairs in the stomach. As an support to this rare pathology, we presented this case which is first in the Room of San Andres and the third one at "Hospital Dos de Mayo" in the last 20 years. We reviewed the most important characteristics of this pathology. In the endoscopic study, there was also found a peptic ulcer in the non-blooding incisure. The abdominal surgery confirmed the diagnosis of the Trichobezoar. The recovery was successful.

Key words: Trichobezoar, stomach, strange body.

INTRODUCCION

La historia de los Bezoares es, sin lugar a dudas, uno de los múltiples aspectos interesantes de esta rara entidad nosológica. Según Kalk el término «bezoar» corresponde al nombre de una cabra que se llama precisamente cabra del Bezoar (Cabra aega-pus), la cual se conoce desde el neolítico, es una de las predecesoras de la cabra doméstica actual y habita en los Montes Tauro de Oriente Medio. Dicho rumiante tiene la particularidad de tragar pelos al lamer su propia piel, los cuales se van acumulando en uno de sus cuatro estómagos, formando verdaderas pelotas de pelos. A estas bolas o Bezoares los médicos árabes les atribuían facultades mágicas y misteriosas contra pestes y plagas, usándolas como esponja contra venenos.

Las referencias más antiguas que se tienen de su conocimiento es la realizada por el médico hindú Sushuta en el siglo XII A.C. y las descritas en el siglo III D.C. por Charaka en su obra Charaka Samhita.

En la Edad Media y durante el Renacimiento, toda persona que se consideraba en riesgo de muerte, no vacilaba en adquirir a cualquier costo, uno de estos Bezoares, el cual portaba consigo dentro de finos estuches y lo

embecía en cualquier líquido que fuera a ingerir. eran tan importantes, que en el inventario de las joyas de la corona de la Reina Elizabeth de Inglaterra en 1662, se encontró uno de ellos, finamente engarzado en oro.

Los Bezoares fueron muy conocidos en Europa y hasta mediados del Siglo XVII fue un remedio oficial de la Farmacopea Inglesa, por sus enormes propiedades curativas y como antídoto contra todo tipo de venenos.

El primer reporte clínico de un tricobezoar en humanos, fue hecho por Baudamant en 1779 y la atención de los cirujanos empezó a centrarse más en los efectos deletéreos de estos cuerpos extraños, desde que Schonborn reportó la remoción quirúrgica en 1883.

Sea cual fuere el origen de los Bezoares, su nombre puede provenir de la palabra árabe Bedzhr, el vocablo turco Parzehir o la palabra persa Padzarh, en la que Pad quiere decir: "Proteger contra" y Zahr: "veneno", pudiéndose definir como antídoto o contraveneno.⁽²⁾

Las revisiones colectivas realizadas sobre el tema son las de Heaglit, quien en 1914 reportó la primera revisión de tricobezoares tratados quirúrgicamente.^(3,4)

Otras revisiones fueron hechas por Matas en 1915 y Davies en 1921⁽⁵⁾; De Bakey y Ochsner en 1939, reportaron 311 casos, siendo la serie más grande reportada en la literatura médica hasta la fecha.⁽²⁾ Luego Haley en 1954 descubre y reporta 10 casos más. A partir de esta fecha, anualmente se reportan casos aislados y pequeñas series de Tricobezoares con las más variadas etiologías, sintomatología y localizaciones y en 1965 Bert reportó la primera obstrucción intestinal causada por un Tricobezoar.⁽⁶⁾

La Dra. M. Gonzáles, en nuestro medio publicó un caso de tricobezoar

Correspondencia:

Dr. Alejandro Fernández
Facultad de Medicina U. N. M. S. M.
Av. Grau 755. Lima 1 - Perú

asociado a úlcera gástrica (8)

Como aporte a la casuística de esta rara entidad, presentamos el caso de esta paciente, el primero en nuestro servicio.

CASO CLINICO

- Paciente J.C.A., sexo femenino, 25 años, natural y procedente de Lima, conviviente, ocupación su casa, ingresa al servicio de San Andrés, transferida de consultorio externo de Medicina.

Refiere que inicia su enfermedad hace 7 meses, en forma insidiosa, curso progresivo; caracterizado por dolor abdominal epigástrico de moderada intensidad, tipo ardor, se exacerba con la ingesta de alimentos y calma en ayunas.

Hace 5 meses se añade dispepsia a los alimentos grasos, sensación de plenitud precoz y plenitud gástrica.

Desde hace 2 meses manifiesta deposiciones líquidas que se alternan con períodos de estreñimiento, conjuntamente nota tumoración localizada en flanco derecho, que fue aumentando de tamaño en forma progresiva, móvil a los cambios de posición sin ocasionar molestias.

Además presenta hiporexia, decaimiento y vómitos esporádicos, pérdida ponderal (7 kg. en 3 meses).

Como antecedente de importancia, desde hace 7 años se siente "nerviosa", consume su cabello regularmente (tricotilomanía y tricofagia). En la infancia consume la tierra (pica). Madre de 57 años consume tierra y granos de café. Hermana de 28 años consume kerosene, pulitón y ladrillo molido.

En el examen físico encontramos paciente pálida, adelgazada, con cabello muy corto. Bradipsiquia, responde con monosílabos, escasa capacidad de concentración, memoria retrograda alterada.

En el abdomen: asimetría, cicatriz umbilical aplanada. Ruidos hidroaéreos presentes. Matidez en región de hipocondrio derecho y flanco derecho. Tumoración de 19 x 12 cm. localizada en flanco derecho, mesogástrico, epigástrico e hipocondrio izquierdo, móvil a los cambios de posición, borde romo, superficie irregular, consistencia dura, no doloroso.

Exámenes complementarios: Hb 8.99, con Velocidad de Sedimentación normal. Proteínas Totales: 7.48 grs. Alb.: 4.52 Glob. 2.96 gr.

Alfa feto proteínas, Test de Elisa para HIV y Thevenon en heces negativos.

Ecografía abdominal: Presencia de masa tumoral, aumentada de ecogenicidad, la misma que no se logra delimitar por ser de gran tamaño.

Se realizó una radiografía simple de abdomen hallándose signos de aerocolia con elevación del ángulo hepático del colon, dislocación del colon descendente a la izquierda no se aprecia adecuadamente el ángulo esplénico del colon.

Radiografía contrastada: Imagen heterogénea que ocupa toda la cavidad gástrica, a manera de molde, además se aprecia una imagen de mayor depósito del contraste, con convergencia de pliegues, representan un bezoar de gran tamaño y úlcera gástrica en curvatura menor.

Endoscopia: Se encontró esófago normal, en cavidad gástrica hasta el antro una masa que ocupa el 70% de la luz, conformada por cabellos aglutinados que moldean el estómago, la cola de éste bezoar pasa a través del píloro. En la pared posterior del antro hacia la curvatura menor se aprecia una úlcera de más o menos 1.5 cm. de diámetro, de bordes definidos, cubierta de fibrina y masa de bezoar. (Fig. 2)

Reporte operatorio: Se realizó una incisión mediana supraumbilical. A la exploración se encontró un estómago dilatado y ptosado que llegaba hasta la altura de la cicatriz umbilical y en cuyo interior se palpaban 2 masas independientes que abarcaban desde el fondo gástrico hasta el píloro.

Se realiza una gastrostomía a nivel de la cara anterior, extrayéndose 2 masas formadas por pelos conglomerados en forma compacta, que moldeaban la cavidad gástrica a nivel del fondo, cuerpo y antro, cuyas dimensiones son 15 x 10 y 12 x 10 cms. respectivamente. Se evidenció además lecho ulceroso de más o menos 1.5 cms. en cara posterior de antro. La evolución post operatoria es satisfactoria y la paciente es dada de alta a los 10 días post-operatorios.

DISCUSION

Los bezoar, aunque poco frecuentes, son los cuerpos extraños que más comúnmente se alojan en el estómago (6), siendo los más frecuentes tricobezoares, constituido por cabello deglutido y aglomerado, representando el 55% de los bezoares endogástricos (2). Más del 90% de casos se da en mujeres y el 30% son menores de 30 años (8). El caso reportado es de sexo femenino y tiene 25 años.

En cuanto a la patogenia, se explica su aparición por diferentes factores, siendo más frecuentes: cirugía gástrica previa, patologías asociadas a estasis gástricas o disminución del vaciamiento gástrico, gastroparesia diabética, esclerodermia y otros. (8) y drogas como agentes anticolinérgicos, agentes bloqueadores ganglionares. Se sabe también que se presenta en mujeres nerviosas, si bien aún es discutible la presencia de una alteración psicológica subyacente en la mayoría de estos pacientes (7,8) siempre hay el antecedente de perversiones del apetito (pica) determinadas por alteraciones psicológicas, disfunción familiar y trastornos de la personalidad, en el caso que presentamos y en estas circunstancias la tricotilomanía (hábito de sacarse sus propios cabellos), actuaría como mecanismos de liberación de la tensión emocional, (9,12,5). Hábitos más comunes en mujeres que poseen cabellos largos, con edades comprendidas entre los 10 y 30 años. (13,11).

Los cabellos al ingerirse, llegan al estómago, se enredan entre sí y no pueden ser digeridos. Además reúnen las condiciones de perder volumen, poseer alta flexibilidad y ser fuertes por naturaleza, lo que les predispone a permanecer en el estómago (5,11,12). El efecto gástrico de mezcla hace que empiecen a enredarse formando un núcleo primario que va haciéndose cada vez más voluminoso a medida que siguen acumulándose cabellos, con progresivo desarrollo de una bola que frecuentemente asume la configuración de la víscera que lo aloja. (1,9). Los tricobezoares son de características similares, es decir de color oscuro, (por la desnaturalización de la proteína del cabello por el ácido), brillantes (moco) y de mal olor (por la descomposición de los residuos alimentarios que están mezclados aproximadamente tienen tres veces su peso seco (4,9,10).

Los síntomas provocados por el cuerpo extraño mismo dependen evidentemente del tamaño de su localización y de la intensidad del trastorno funcional del estómago. El dolor epigástrico, presente en nuestra paciente, es el síntoma más frecuente (70.2%) en estadística De Bakey y Ochsner. Frecuentemente se reportan episodios de náuseas y vómitos (64%) (5) la paciente presentaba vómitos matutinos de contenido líquido acuoso y de moco; probablemente debido al gran tumor que actúa como una válvula esférica que impide la expulsión de mayores cantidades.

Antes de iniciarse los graves síntomas generales, el cuadro clínico muchas veces puede sugerir una gastritis o una úlcera péptica atípica. La paciente presentaba dolor epigástrico que calmaba en ayunas y aumentaba con la ingesta. Pero esta manifestación, también puede atribuirse a la úlcera péptica.

Como signo clínico interesante se ha señalado la combinación de bezoar con una gran úlcera péptica en muchos de los casos comunicados (1,5). Numerosas observaciones consideran este hecho como un ejemplo de úlcera

verdadera. En estos casos se modifican los síntomas ulcerosos por la aparición de dispepsia gaseosa, sensación de plenitud gástrica, intolerancia a las grasas y posiblemente anorexia; cuya sintomatología estuvo presente en la paciente ^(6,8,13,15).

En algunos pacientes predominan las manifestaciones de obstrucción pilórica y en otros como el caso que reportamos, la diarrea alternante con estreñimiento es un carácter clínico importante (32%) ⁽⁶⁾. Ante la presencia de una notable pérdida de peso, plenitud gástrica y sensación de llenura precoz, eventualmente el cuadro clínico puede parecerse mucho al de un gran carcinoma gástrico ^(4,8).

El estudio radiológico confirmó la presencia de una masa irregular en el estómago, dentro del contorno del medio opaco, se aprecia estómago distendido. En 70% de los casos es posible el diagnóstico radiológico correcto de bezoar ⁽⁶⁾. Además se aprecia una imagen compatible con úlcera gástrica a nivel de la incisura.

Pero es indudable que el examen endoscópico confirma el diagnóstico, revelando motilidad y distensión alterada por presencia de masa formada por cabellos que abarca desde el fondo hasta antro, llegando a pasar incluso el píloro. Además confirma la presencia de úlcera péptica en incisura de aproximadamente 1cm.

La mayoría de los casos de Bezoares del tracto intestinal están confinados al estómago y sólo alguno de ellos se extiende a la porción proximal del duodeno ^(6,10). El volumen del estómago puede fluctuar enormemente desde 50 ml. o menos hasta volúmenes mayores de 1500 ml sin cambiar la presión intragástrica, esta extraordinaria capacidad de acomodarse a grandes incrementos de volumen sin estiramiento de sus paredes, es conocido como relajación receptiva. Conforme las ondas peristálticas progresan hacia el píloro, este comienza ofrecer una resistencia que incrementa la presión peristáltica y así provee un gradiente que hace transitar el bolo alimenticio ^(6,15). Estos fenómenos fisiológicos de distensión e incrementos en la presión explican como en los pacientes con esas grandes masas de cabellos, la obstrucción cuando ocurre es tardía, y de que manera el bolo alimenticio encuentra lugar y puede transitar sin provocar serios trastornos nutricionales ^(8,13,16).

El tratamiento de los tricobezoares es por remoción quirúrgica, sobre todo cuando son de gran tamaño como el caso que reportamos, si bien éste viene a ser sólo el tratamiento sintomático al cual deberá seguir, como pieza fundamental, el tratamiento multifactorial.

La mortalidad quirúrgica oscila entre el 4 y el 5% y la mortalidad de los casos sin operación es superior al 50% ⁽⁵⁾. Aunque exista una úlcera péptica penetrante (incisura), se aconseja la extracción simple del cuerpo extraño sin tocar la úlcera, pues la experiencia ha comprobado que la úlcera cura satisfactoriamente después de extraer el bezoar irritante ^(2,3).

Como tratamiento complementario y lograr su recuperación integral, se brindó psicoterapia tanto a la paciente, como a su núcleo familiar.

La evolución fue favorable saliendo de alta a los 10 días del postoperatorio.

El pronóstico de estos pacientes es muy favorable cuando no existen complicaciones, el control del trastorno neurop-siquiátrico es pieza clave para evitar la recurrencia del problema, que suele ocurrir ^(7,12,13).

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Bockus L, Henry**, Exploración del paciente: Estómago Bezoares. Gastroenterología, Tercera Edición 1980.
- 2) **Bonnet C.H. Bezoares**. Patología y Clínicas Médicas España. Editorial Salvat. Pag. 207-210. 1984.
- 3) **Marvin H, Sleisenger M.D.** Bezoars, Gastroenterology Disease. Vol 1 Quinta Edición. Pag. 758-763-1993.
- 4) **Swedo, Susan E. Leonard, Henrietta, I.** A double Blind comparison of Clomipramine and Desipramine in the treatment of trichotillomania. The New England Journal of Medicine. Vol 24. No 8 Pag. 321-329. 1989
- 5) **Hermoso, J.C. Rosado R. Ramirez D. Ruiz. J. J. Medina.** Bezoar post cirugía gástrica: Aportación de un caso. Revista Española de Enfermedades Digestivas 79.2 (139 - 141), 1991.
- 6) **Benes J. Chemel J. Jodl J. Stuka C.** Treatment of a Gastric Bezoar By Extracorporeal shock wave. Endoscopy Vol 39 - pag. 313-362, Nov. 1991.
- 7) **Perez Moreno. J.M. Et al.** Tricobezoar. Aporte de un caso. Revista Española Enf. Ap. Digestivo. Vol 72. Pag. 264-266. 1987.
- 8) **Gonzales Rojas Mireu, Delgado Godos Alex; Espejo Romero Hernán.** Tricobezoar y Úlcera Gástrica. Perú. 10:121-125, 1990.
- 9) **García P, Julio César.** Tricobezoar Gigante no Obstructivo. Reporte de un caso. Revista Guatemala. Cirugía. Vol 2. No 3 Pag. 123-126-1993.
- 10) **Byrne, W. J. Foreign Bodies**, Bezoars and caustic ingestion. Gastrointestinal Endoscopy, Clin-N-Am. Vol 4 No 1 Pag. 99 - 119 - 1994.
- 11) **Irby PB. Stoller. M.L., Mc. Aninch. J.M.** Fungal Bezoars of upper urinary tract. J. Urol. Vol 143. No 3 Pag. 447-451. 1990.
- 12) **Castiñeria C. Magdalena y Lopez Magdalena C.** Ingestión de cuerpos extraños en reclusos. Revista Española de Enfermedades Digestiva. Vol 85 No 4 Pag. 254-256- 1994.
- 13) **Enver Dolar, M.D. M. Emin Caner, M.D.** Endoscopic management of Fitobezoars. Gastrointestinal Endoscopy Vol 39, No 4, Pag. 604-605-1993.
- 14) **Shueke A, H.; Mihás A.** Esophageal Bezoar due to sucralfate. Endoscopy Vol 23 No 5 Pag. 305-301 1991.
- 15) **Perez Rafecas M. Ferrer García. G. López Frías P, Gómez Gutierrez A.** Bezoares. Nuestra Experiencia en 23 casos. Revista Española Enf. Ap. Digestivo. Vol 71. Pag. 449-504. 1987.
- 16) **Andrus C.H. and Ponsky. L.** Bezoars: Classification, Pathophysiology and treatment. Am. J. Gastroenterol. Vol 83. No 6, Pag. 476-480. 1988.