

## CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL TRICOBEOZAR \*

A propósito de un caso gigante

SEGUNDO A. GÁLVEZ MUÑOZ

El Tricobezoar es un acúmulo de cabellos principalmente y, por extensión, hilos de lana de oveja en estómago o intestinos de humanos y animales. Si son humanos, por lo general en personas nerviosas y dementes, o en ciertos oficios, como esquiladores de ovejas, que adquieren el hábito de tragar pelos, prácticamente, sin darse cuenta (Teschendori, 16-6).

Se trata de una afección que pertenece al capítulo de los cuerpos extraños situados en el abdomen, en especial dentro del estómago, es en realidad una tumoración benigna que se ha formado por la acumulación de pelos originada por la ingesta sucesiva en el transcurso de meses y años, los que al acumularse forman una malla entremezclada tan herméticamente que es imposible recuperar un pelo íntegro, es: Tricobezoar.

El presente trabajo tiene, pues, por finalidad analizar y contribuir al estudio del Tricobezoar a propósito de un caso observado recientemente. Como es una entidad nosológica bastante rara, que entre nosotros no está descrita aún, la he tomado como tema de mi tesis de Bachiller.

Resulta de gran interés por su rareza, pues, sólo se han registrado en la literatura médica mundial 247 casos hasta la fecha, incluyendo el nuestro. En el Hospital Arzobispo Loayza en una revisión de 231,533 historias clínicas desde el año de 1940 a 1962, no se encuentra ninguna paciente que haya presentado esta entidad clínica.

Me oriento más al aspecto clínico, sin omitir los elementos auxiliares de diagnóstico, como también el tratamiento que es quirúrgico para todos los casos.

---

\* Resumen de la tesis presentada por el autor para graduarse como bachiller en Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en noviembre de 1963.

No se puede omitir, como se sabe por la literatura que hemos revisado, un estudio psiquiátrico en estos casos; en efecto, en la enferma que presento si bien no tiene alteraciones mentales notables de trastornos en su personalidad, en cambio si hay signos de trastornos dirigidos hacia el aparato digestivo, de orden psíquico, que se puede descubrir ya con ayuda especializada.

El Tricobezoar, también se denomina Hair ball, Hair cast, Hair mass, tumor piluse (tumor de pelos).

Baudamant (mencionado en 18) en 1779 reportó el primer caso humano, en un paciente de 16 años; desde esa época se han descrito varios trabajos. La primera extracción quirúrgica, según describe Esande y Curbelo (15), la realiza Shombeorn en 1883 (mencionado en 18).

El primer diagnóstico pre-operatorio lo hizo Thorton en 1886. En 1913 Ransbotton y Barclay hacen la primera publicación. Matas en 1915 hace una excelente revisión y estudio clínico de los Tricobezoares, agrega un caso propio a los 77 casos de Tricobezoares que encuentra publicadas; su trabajo queda como clásico de este singular padecimiento (37).

En el año de 1938, De Bakey y Ochsner (12) revisan un total de 311 casos de bezoares, de los cuales 119 eran fitobezoares, 171 tricobezoares y 13 concreciones, agrega un caso propio de tricobezoar y 7 fitobezoares, llegando en esta época a totalizar 127 casos de tricobezoares; Hurwitz y Mc Alenny aportan dos casos más. En el mismo año, Osmond y Joy Price publican el primer caso de tricobezoar en una niña de 8 años con perforación gástrica y supervivencia.

Según Sariñaña, en 1954 el profesor Friedlander y Kushlick reportan el primer caso de tricobezoar después de 30 años.

En el año de 1957 el profesor Charache (4) incluye un caso más asociado a pólipos gástricos con degeneración maligna de uno de ellos; refiere que se ha publicado 35 casos más de tricobezoares, totalizando 207 casos, con los 172 reportados hasta 1938.

Sariñaña y colaboradores en 1957 (14), aportan 4 casos más después de 14 años de trabajo en un hospital infantil.

En 1961, los doctores Singh, Khanna y Jolly (18) hacen una revisión completa de la literatura mundial totalizando 243 casos publicados en la literatura médica hasta ese momento, en un periodo de 180 años, incluyen 3 casos más.

En nuestra literatura todavía no hay estudios completos sobre el particular, aunque tenemos referencia de hallazgos quirúrgicos en otros centros hospitalarios.

En nuestro Hospital Arzobispo Loayza, en más de medio millón de ingresos, es el primer caso que se registra acompañado de su histo-

ria clínica y un estudio del tricobezoar (hemos revisado los archivos desde el año de 1940 hasta 1962, encontrando un total de 231,533 ingresos, no habiéndose comprobado ningún diagnóstico referente a nuestro tema).

Según Bockus (1), el tricobezoar es el bezoar más frecuente, corresponde al 55% de los casos publicados, siendo el 40% de fitobezoares y el 3% de fitotricobezoares.

Tomás W. Holmes (27) afirma que los tricobezoares han sido reportados con más frecuencia en mujeres jóvenes y además neuróticas, también en obreros que trabajan con pelos humanos y animales, esquiladores de oveja, fabricantes de cepillos, etc.

Algunos de ellos admiten haber comido cabellos, como sucede en nuestra casuística, otros niegan a pesar de la evidencia del tricobezoar (27) (16) (8) (18).

En 1921, Ivor D. Davies publica dos casos que la mayor parte de autores lo refieren, uno de ellos como el tricobezoar más grande registrado en la literatura, con los que discrepo, sin negar que pueda ser cierta esa noticia, pues da medidas que sacando proporción de tamaño y volumen y teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas que presentan los pacientes, no es compatible con la vida, aunque por ser raro y único en la literatura médica es posible y se puede aceptar.

En el primer caso da los siguientes datos: "peso 6 y media libras, su curvatura larga 24 y media pulgadas, o sea 62 cm., la circunferencia más grande fue 12 y media pulgadas o 31.3 cm. Los pelos en la forma superficial variaban de 6 a 12 pulgadas en toda la curvatura. Se trataba de una mujer de 34 años, de mentalidad normal, con amenorrea de 8 meses, se consideró un posible embarazo, una hora después de la gastrotomía, refiere Davis, murió la paciente".

El cuadro clínico de estos pacientes es variado; presentan dispepsias, hemorragias digestivas, dolor de epigastrio, síndrome pseudo-obstrutivo, diarreas, anemia, perforaciones, tumor palpable, edemas, compromiso del estado general, etc., que llevan a pensar en toda la patología gástrica.

No sólo el clínico tiene la responsabilidad en el diagnóstico, es el radiólogo quien generalmente diagnostica, de ahí más todavía la importancia de su conocimiento.

Dos aspectos son fundamentales respecto al tratamiento: el quirúrgico por gastrotomía y el psiquiátrico, pues, la tricofagia es una perturbación del apetito originada por una alteración de la personalidad.

Se ha tratado de clasificar a los bezoares en (5 - 16 - 8 - 37): tricobezoares, fitobezoares, tricofitobezoares (y en otros según la naturaleza del bezoar, así silicobezoares, etc.).

Teniendo en cuenta las características típicas del Tricobezoar y ser excepcional en la literatura médico-quirúrgica entre los sufrimientos abdominales, como se desprende de nuestro excepcional hallazgo en cerca de medio millón de historias clínicas en el Hospital Arzobispo Loayza, y que en nuestra búsqueda en otros hospitales de la gran Lima, como en el Hospital Dos de Mayo y el Hospital del Niño, Hospital Obrero, ni aún en el Hospital psiquiátrico especializado "Larco Herrera" hemos podido encontrar un tricobezoar típico, como el nuestro, que se ha tomado como tema de esta tesis.

#### CLINICA Y ETIOLOGIA DEL TRICOBEOZAR

No tiene una característica especial atribuible desde un comienzo para establecer el diagnóstico, muchas veces, ni de sospecha. Pues, aun en el caso de que la palpación abdominal (como en el nuestro) dé una tumoración apreciable, hay que recurrir, aparte de un examen exhaustivo, a los medios auxiliares especialmente los rayos X, la Gastroscofia, para establecer el diagnóstico.

El antecedente es de gran importancia para establecer el diagnóstico; hay que tener presente que existe el hábito de llevar materiales extraños a la boca y otros de ingerir, como sucede en nuestro caso que nadie tuvo presente este hábito, al hacer el interrogatorio.

Mc Callough (cit. 14) observa que la mayor parte de tricobezoares se encuentra en niños que han adquirido el hábito de masticar o tragar pelos, succionando los extremos de sus trenzas o rizos, pasándolos entre sus dientes.

Inician este hábito en la primera infancia y persisten hasta adultos (8). Matas (12), cita un caso en el que la manía persiste hasta los 14 años, y dos casos en que continúa hasta los 17 y 22 años, respectivamente; en nuestra paciente comenzó a los 15 y ha persistido hasta los 18 años.

Respecto a la frecuencia se ha establecido que el 90% de los Tricobezoares ocurren en el sexo femenino, siendo el 80% menores de 30 años, dentro de este grupo se incluye nuestra casuística. El caso más precoz que se ha publicado es de 2 años 6 meses y el de mayor edad corresponde a los 52 años (32).

La Tricofagia es una perversión del apetito similar a la geofagia, onicofagia, ingestión de hilos, botones, jabón, yeso de pared, etc., etc.

Sariñaña observa que los niños portadores de tricobezoares generalmente presentan disturbios emocionales, afirmando que la tricofagia es un signo de tensión emocional. Con frecuencia en su cuadro clínico se descubren alteraciones psicológicas, como aislamiento, timidez, disminución de la capacidad intelectual, cuya causa estaría en factores familiares como abandono, falta de atención materna; en nuestro caso, al captar sus declaraciones grabadas, se puede notar que la enferma espontáneamente dice que: "no me había pegado ese día"; lo que satisfecería su apetito en forma distorsionada. Muchas veces son conscientes de este hábito, como en nuestro caso. Con frecuencia se observa que desean quitarse este hábito pero factores inconscientes obligan a realizar el acto, llegan a un estado tal que no desean hacerlo, pero necesitan hacerlo; un ejemplo nos enseña la literatura de un caso que continuaba comiendo pelos no obstante que le hicieron 5 gastrotomías para extraerle el tricobezoar (1 - 16-33 - 4 - 32).

Se explica el origen del tricobezoar de la manera siguiente: Deglutidos los primeros cabellos, son atrapados por los pliegues de la mucosa gástrica a la cual van adhiriéndose, formando así un núcleo primario, que, en oportunidades, suele eliminarse juntamente con las heces, cuando no sucede así, se acumulan. Generalmente el pelo tiene la característica singular de enrollarse a sí mismo y a medida que el paciente va ingiriendo más cantidad de cabello, éstos se van acumulando formando una bien enmarañada madeja de cabellos compactos, tan compactos, que es imposible liberar un pelo íntegro, posteriormente se amoldan al estómago y adquieren esta forma. Cuando logran atravesar del estómago al duodeno, y no son eliminados por las heces, forman tricobezoar en el intestino. Vieidaives describe un caso en el Brasil que ocasionó obstrucción.

Macroscópicamente se presenta el cabello como una masa verde parduzca, oscura o negra. Se pueden adherir algunas fibras vegetales, residuos alimenticios o ser puramente pelos, como encontramos en el nuestro. Suele el tricobezoar estar cubierto de una masa mucoide.

Microscópicamente se encuentran los cabellos como cosidos, frágiles, con grasa no digerible que han entrado en estado de descomposición por acción de los fermentos digestivos, dando al tricobezoar un olor desagradable, olor que puede persistir hasta tres años, como afirma De Bakery y Ochsner.

La masa de tricobezoar varía de tamaño, adquiere la forma del estómago y con frecuencia puede llegar a tener prolongaciones al duodeno como estamos constatando en nuestro caso, o muy raramente prolongarse al esófago.

## PRESENTACION DEL CASO

Nuestro trabajo es un caso clínico de Tricobezoar, admitido en el Hospital Arzobispo Loayza en mayo de 1963. Serafina (Foto 1) es una muchacha joven que aparenta tener 18 años, de raza mestiza, estatura de 1.54 cms., más bien delgada, de color trigueño.

## HISTORIA CLINICA

Nombre: C.H.C., edad: 18 años, raza: mestiza, sexo: femenino, estado civil: soltera, ocupación: ama, natural de: Apurímac, procedencia: Lima, Walkuski N° 164, letra L., atendida en el Hospital Arzobispo Loayza, Pabellón 2-a, cama 46. Ingresó el día 29 de mayo de 1963. Trasladada al pabellón 6 (seis) sala 2-a el día 11 de junio de 1963. Reingresó el día 18 de julio de 1963. Alta: 1° de setiembre de 1963.

Refiere la paciente que inició su enfermedad en forma insidiosa, aproximadamente en agosto de 1962, con dolor tipo ardor, localizado en el epigastrio, de mediana intensidad, que se irradiaba en algunas oportunidades a la región lumbar, igualmente al flanco izquierdo; este dolor no tenía relación estricta con los alimentos, pues, su aparición era muy irregular; en algunas oportunidades calmaba con los alimentos, en otras notaba que la ingesta de alimentos le incrementaba. Sin embargo, refiere la paciente que en algunas tardes este dolor desaparecía. En muchas noches refiere haberlo sufrido, sin causarle mucha mortificación. No refiere exactamente qué alimento le permitía aumentar o disminuir este dolor, aunque manifiesta tener "asco" para ciertos alimentos en especial cuando son abundantes (al verlos servidos).

Ha tenido vómitos biliosos y alimenticios en algunas oportunidades.

No manifiesta haber tenido diarreas, hematemesis, ni cambios de coloración en sus deposiciones.

Por esta sintomatología consultó en cuatro oportunidades en el consultorio externo, donde le indicaron pastillas y gotas cuyo nombre no recuerda.

También ha asistido en varias oportunidades a consultorios particulares. Al notar que esta sintomatología aumenta en especial el dolor en el epigastrio, y al palparse ella misma notaba desde hacía aproximadamente dos meses una tumoración dolorosa al presionar no muy precisable en el epigastrio voluntariamente concurrió al servicio y con la sintomatología anotada ingresó el día 29 de mayo ocupando la cama número 46.

Sueño, sed, orina y deposiciones, normales. Apetito, bastante disminuido.

**Antecedentes personales**

Nacida a término de parto normal. De su infancia refiere haber sido obediente con sus padres, muy juguetona, siempre ha cooperado y llevado bien con sus hermanos y parientes. Analfabeta. Desde hace tres años es doméstica. Niega relaciones sexuales. Menarquia a los 12 años, duró tres días, en regular. R.C. 4/23 días. U.R. el día 28 de marzo. Manifiesta que el año pasado no se enfermó desde el mes de julio hasta el mes de enero.

Una habitación antigua, con servicios comunes. Viven tres personas.

Niega datos sobre enfermedades anteriores.

**Antecedentes familiares**

Padre muerto de 60 años, ignora la causa, permaneció mucho tiempo en cama. Madre, de 40 años, sana. Hermonos: tres, un hombre, dos mujeres, sanos, menores.



Fig. N° 1. Paciente C.H.C. en Pre-operatorio.

#### Examen clínico

Temperatura: 37.2; Pulso: 88; Respiración: 20 al m. P.A. 11/9; Peso: 49 kg.; Talla: 1.49 mts. Paciente que aparenta tener 18 años, facies no característica, en D.D.I., tipo leptosómico, orientado en el tiempo y en el espacio, coopera bien con el examen y con el interrogatorio. En regular estado de nutrición e hidratación. Piel caliente, húmeda, morena ligeramente pálida, elástica. Cabellos lacios, negros, bien implantados (usa trenzas). En la región axilar y pubiana es de poca cantidad. Uñas, de caracteres normales.

Cabeza normal; ojos normales; se aprecia ligero estrabismo convergente del ojo derecho. Conjuntivas pálidas, visión conservada. Oídos normales, audición conservada.

Boca de caracteres normales. Labios y mucosa oral pálidas. Lengua normal, saburro central. Dientes, en regular estado de conservación e higiene, faltan algunas piezas dentales.

Nariz, permeable.

Laringe y amígdolas, ligeramente congestionadas.

Cuello, cilíndrico, móvil. No se palpan ganglios ni tiroides.

No se palpan ganglios axilares ni pubianos.

Mamas, normales, en desarrollo.

Torax y pulmones, semiológicamente normales. Corazón, semiológicamente normal.

Abdomen, ligeramente bolonado, no hay circulación colateral, no hay cicatrices; ombligo de aspecto normal.

Palpación superficial, normal. Palpación profunda, en el epigastrio cerca del borde costal se palpa una tumoración de bordes lisos, no se precisa bien sus límites, parece perderse detrás del borde costal, de 10 x 6 cms. Algo doloroso; tumoración que se hace más pronunciada cuando la paciente está de pie (al parecer no tiene ninguna relación con el hígado, pues este órgano no se palpa). Tumor móvil, da la impresión de no estar adherido a planos profundos ni a superficiales.

Hígado y Bazo: no se palpan.

En la zona tumoral, matitez, no pudiendo precisarse ningún límite exacto por este procedimiento; en el resto del abdomen, normal.

Genitales externos, extremidades, columna vertebral y examen neurológico normales. El día 31 de mayo se le indica alimentación blanda, cápsulas hematógenas y exámenes de laboratorio de rutina.

El día 3 de junio, al presentar el caso a los médicos de la sala, reunidos en número de 5, no encuentran la tumoración que el interno describe; la conclusión fue no negar su existencia, para lo cual se concurre a exámenes auxiliares.

Examen radiográfico, estómago y duodeno: desde el ingreso del medio opaco, se apreció que éste ocupaba el polo superiogastrico, con límite inferior cóncavo hacia abajo, deslizándose por las paredes laterales del estómago, dejando una área de menor opacidad que deja los tres cuartos (3/4) inferiores de su cuerpo (Foto Nos. 3, 5, 6, 7) y su región antral, fenómeno semejante se apreció en el duodeno hasta la parte media de su tercera porción (Foto Nos. 3-4), que aparece de calibre dilatado y acentuación de sus pliegues ocupándose la mayor parte su luz por el área menos densa, por este aspecto y por la movilidad del límite superior del área menos opaca, que en algunos momentos se destacaba en la cámara aérea con límite superior convexo (foto Nos. 6-7), se llegó a la conclusión de que se trata de un Tricobezoar gigante, que ocupa el estómago y duodeno.

Colon con enema: Caracteres radiológicos normales del colon.

Gastroscofia: No se pudo introducir el gastroscopio al duodeno.

Esofagoscopia: A nivel del cardias había considerable edema, y moderada fragilidad capilar de la mucosa.

El esofagoscopio franqueaba el cardias pero no podía avanzar más en el estómago, por estar bloqueado el acceso por una formación compacta, de color parduzco, debido a hemorragia reciente.

Al ingresar al estómago se distinguió con toda nitidez cabellos.

Diagnóstico compatible con tricobezoar.

Para mejor conocimiento se pide nueva radiografía de estómago y duodeno, que nos informan:

El examen de estómago y duodeno fue dirigido, pues el caso ya estaba diagnosticado como bezoar.

Das vistas simples del estómago (foto 2) en posición vertical y horizontal para ver las posibilidades de la radiografía simple, muestran: la vista en posición vertical muestra a la cámara aérea ocupada por un gran bezoar, además éste flota sobre residuo gástrico; la vista en posición horizontal muestra al bezoar con opacidad de baja densidad, bien limitada y de consistencia bastante homogénea.

El pasaje del bario a través del esófago y del cardias es enteramente normal.

La primera parte del examen con sólo una onza del bario muestra: un gran bezoar (Fotos 8-9) en forma de L que ha pintado o cubierto por el bario, pero, además, el





Fig N° 2. Radiografía Simple de abdomen.



Fig. N° 3. Estómago y duodeno; se aprecia el Bezoar.

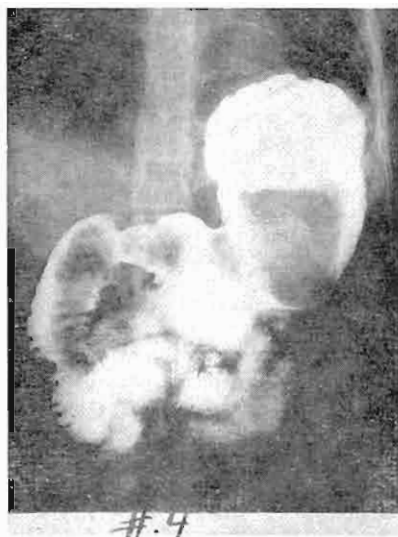


Fig. N° 4. Igual que el N° 3. Se puede diagnosticar tumoración.

bezoar se extiende a través del píloro hasta la porción descendente del duodeno; como el píloro está cubierto por el bezoar el pasaje del bario fue inmediato; la vista correspondiente no da imagen de mucosa, pues el bezoar con su gran tamaño cubre y ocupa todo el estómago.

Con mayor cantidad de bario se observa que las paredes del estómago se aplican al bezoar tomando el estómago la forma de esta formación (Fotos 5 - 8), el tamaño está, pues, conservado, ondas peristálticas no son visibles y la evacuación es continua a través del píloro abierto.

Los límites del estómago son normales y lisos habiendo desaparecido hasta las dentelaciones de la curvatura mayor (Fotos 4 - 6 - 7).

No se puede hablar del relleno del bulbo, éste está ocupado por la prolongación del bezoar, el que lo agranda y dilata, apenas son reconocibles las curvaturas y recesos (Fotos 4 - 10).

Del arco duodenal (Foto 10) la porción descendente y aún parte de la transversal están ocupadas por la prolongación del bezoar, éste las dilata haciéndolas perder toda impresión de mucosa, pero, además, se observa pequeñas espículas de tipo por ulceración.

Los primeros yeyunales quedan rápidamente llenos, se muestran algo dilatadas y con pérdida de pliegues.

Una vista de control a las dos horas (Foto 10), muestra al bezoar "pintado" por el bario y extendiéndose hasta el ángulo de Treitz por un fino cordón, en este momento la evacuación gástrica es completa.

#### En conclusión

La radiografía simple (Foto 2) da datos de la presencia del bezoar, el bezoar por su gran tamaño sirve de molde al estómago, impide la representación de la mucosa y la producción de ondas peristálticas, dándole un aspecto rígido, el bezoar es gigante y no sólo ocupa el estómago sino que se extiende y dilata a la segunda porción del duodeno y parte de la tercera, pero se extiende más allá del ángulo de Treitz por una prolongación en forma de cordón.

Lesiones de tipo ulcerativo se hacen presente en el estómago, pero son muy sospechosas en el arco duodenal (Fotos 8 - 10).

La mejor representación del bezoar es obtenida después de la evacuación gástrica, cuando el bezoar resulta "pintado" (Foto 10).

El diagnóstico corresponde a cuerpo extraño del estómago, diagnóstico diferencial es inútil.

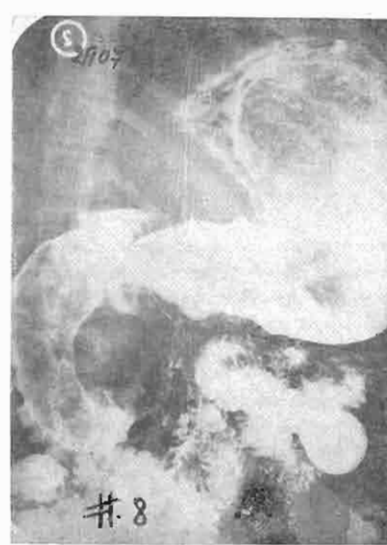
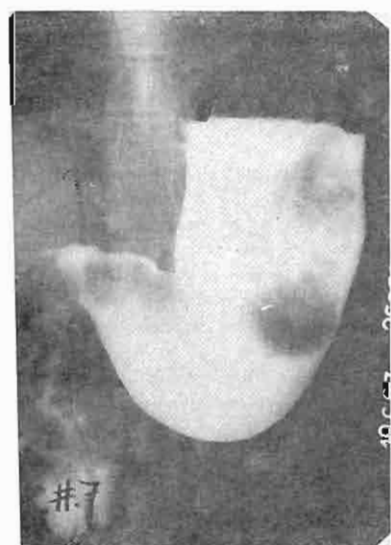
**Intervención quirúrgica:** Cirujano, Dr. Luis Gurmendi R.

Según consta en la página 447 del Registro de Intervenciones Quirúrgicas de la sala de operaciones del Pabellón 6, sala 2-a del Hospital Arzobispo Loayza, paciente de la cama Nº 88 con 5 días de hospitalización con el diagnóstico pre-operatorio de Tricobezoar gástrico, se obtiene el siguiente informe: Incisión paramediana izquierda transversal (Foto 17). Abierta la cavidad se aprecia estómago deformado en su cara exterior por una prominencia a la que llegan bridas inflamatorias procedentes del Diafragma. Liberación de éstas y preparación de la cara anterior del estómago para la Gastrotomía; encontrando en este momento que la tumoración es de volumen considerable intragástrico y que tiene la forma del estómago y se proyecta al interior del duodeno.

Gastrotomía medio-gástrica y extracción del tumor endogástrico a manera de parto (Fotos 11 - 12). Después de la extracción del cuerpo extraño (Tricobezoar gigante) se estudia el aspecto de la mucosa gástrica y duodenal encontrándose normales.



Figs. Nos. 5 y 6. Claramente se aprecia el tricobezoar en estómago.



Figs. Nos. 7 y 8. Estómago ocupado por el tricobezoar.

Apendicectomía profiláctica. Sutura de la gastrotomía por planos y cierre de la pared, también por planos.

#### Examen Psiquiátrico

El presente examen se ha elaborado tomando en consideración:

Datos directos tomados de la anamnesis psicosomática en entrevistas personales con la paciente en número de seis de 2 a 3 horas de duración, realizadas en el cuarto de consultas y junto a la cama donde estaba hospitalizada, el interrogatorio fue facilitado con la ayuda de una grabadora de la cual no se percató la paciente, lo que facilitó un análisis más minucioso de sus reacciones.

Datos indirectos proporcionados por otros médicos de la sala y personal paramédico.

#### Aspecto general

Serafina es una muchacha joven que aparenta la edad que dice tener: 18 años, de raza mestiza, estatura baja, pícnica, más bien delgada, de color trigueño (Fotos 1-17).

Su cabello es negro, lacio y fino que le llega hasta los hombros, su frente es estrecha, cejas ralas, sus ojos son de tamaño más bien pequeño, castaño oscuro, rasgados, peculiar de la raza indígena, al inicio de las entrevistas de mirar apagado posiblemente por inhibición, luego reidores, aunque no sostiene la mirada del interlocutor.

Su nariz es larga, de base amplia, afinada en su parte superior, ligeramente aguilena, sus pómulos son salientes, haciendo resaltar un ligero hundimiento de las mejillas, su barbilla es puntiaguda. Su boca es regular, de labios regulares que suelen sonreír en forma defensiva como para evadir respuestas.

Su cuerpo es robusto, de busto generoso, cintura ancha y caderas estrechas. Su andar es infantil e inseguro con el rasgo típico de los habitantes de nuestra serranía. Los hombros algo curvados hacia adelante, y los brazos caídos con poco movimiento, con el tronco algo inclinado también hacia adelante y caminando a pasos cortos y ligeros.

Según los informes sabemos que es juguetona y alegre, en la sala donde está hospitalizada se ha granjeado la simpatía del personal y de las pacientes quienes la tratan como una niña, ella por su parte suele ayudar en el reparto de la comida en forma espontánea.

Su manera peculiar de ser es tímida, fácilmente abordable y confiado, suele sonreír y más que entablar una conversación le agrada escuchar.

La primera vez que se la entrevistó se mostró reticente, cediendo al enterarse que tenía que dar informes sobre su enfermedad, posteriormente esta actitud cambió, estableciéndose una sólida relación emocional y colaborando ampliamente dentro de sus posibilidades expresivas, ya que sólo hacía cuatro años que había aprendido el castellano, lo cual podría explicar igualmente los aparentes olvidos o incapacidad de captar ciertas preguntas.

Igualmente se inhibía cuando se tocaban aspectos posiblemente conflictivos, a pesar de esto no sabemos hasta dónde inciden los factores emocionales, culturales o intelectuales en dichas ocasionales inhibiciones.

En los capítulos correspondientes se hará un análisis más exhaustivo.

#### Procesos parciales

**Percepción.** Capta y precisa adecuadamente los estímulos, sólo se percibe cierta deficiencia en la comprensión verbal, así muchas veces hubo que repetir las preguntas para una debida captación.



Fig. N° 9. Estómago modificado por el Bezoar.

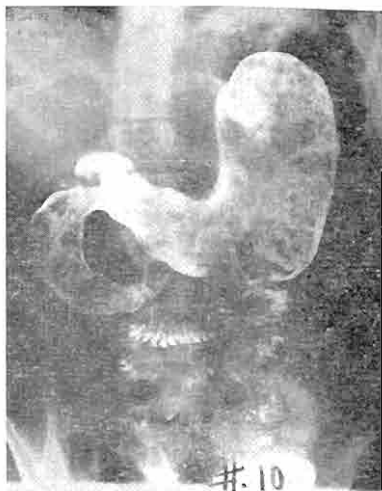
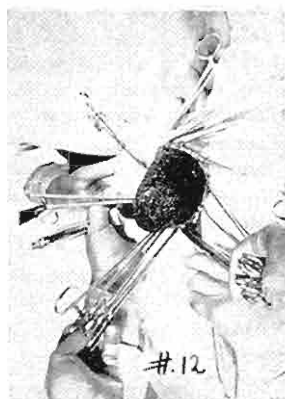
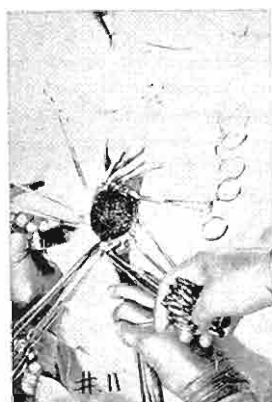


Fig. N° 10. Forma del Bezoar en estómago y duodeno.



Figs. Nos. 11 y 12. El tricobozoar se extrae quirúrgicamente a manera de parto.

La dirección de su atención se orienta predominantemente a su mundo interno, su enfermedad actual y su curación, en relación a su vez, a su capacidad de trabajar para ayudar a su madre. Repite con insistencia "quisiera salir para trabajar... para mandar para mi mamá".

**Intelecto.** La inteligencia nos impresiona por debajo del promedio normal sin poder aseverar que se trate de debilidad mental debido a la escasa educación recibida y medio cultural de origen.

La memoria inmediata es de poco alcance, sólo resuelve tres números de la prueba de los dígitos. La memoria remota conservada salvo en lo referente a su tricofagia, presenta amnesia al inicio de esto, no recordando fechas ni circunstancias afines.

Su capacidad de pensamiento abstracto parece ser limitada, no resuelve ninguno de los refranes, sus juicios son simples y concretos pertenecientes más bien a una mentalidad primitiva.

Su grado de información es limitado escasamente a los sucesos locales, lo cual lo sabe en forma vaga.

Sus conocimientos son también muy limitados, es analfabeta, sólo reconoce algunas letras.

A pesar de no contestar siquiera las preguntas más elementales nos llama la atención que hable perfectamente el castellano que lo ha aprendido hace sólo algunos años.

El sentido común está conservado.

**Curso del pensamiento.** Como caracteres normales: tiempo lento, ritmo espontáneo, organización dirigido.

Se ha constatado retardación, así al hacerle preguntas miraba con expresión perpleja y luego de unos segundos contestaba con monosílabos o con frases cortas, teniendo que repetirle las preguntas para que diera una contestación completa y adecuada.

**Contenido del pensamiento.** Sus preocupaciones prominentes se refieren actualmente a su enfermedad, dentro de ella los dolores abdominales que presenta y "pena de operarse". Como preocupaciones futuras piensa "tener dinero para comprar ropa a su madre y hermana".

Sus fantasías giran probablemente en torno a las preocupaciones anteriormente señaladas, no sabemos porque no lo refiere si éstas pueden referirse a la tricofagia. Han habido fantasías de embarazo en relación con un leve período de amenorrea.

Asimismo, hay fantasías regresivas, dice "pensar en su tierra, en los paisanos y la vida junto a sus padres".

Sus sueños igualmente son regresivos, suele soñar con su pueblo natal, con sus padres y paisanos.

Refiere sueños tanáticos, probablemente de gran carga conflictiva, pues uno de ellos es de hace varios años, dice "estaban todos de negro, no sabía quién había muerto, todos lloraban".

Otro sueño con su padre, todos estaban comiendo, su padre la llama desde un cerro, ella sube pero no la halla.

**Afecto.** Como caracteres normales, intensidad, profundidad y modulación de la respuesta emocional adecuada. Calidad del humor prevalente: alegre, de pequeña era juguetona, dócil, pasiva.

Como excesos encontraremos preocupación, miedo, aprensión, en su infancia tenía miedo a la oscuridad, refiere que se tapaba la cara cuando se asustaba.



Fig. N° 13. El tricobezoar momentos después de su extracción. Se aprecia claramente su gran tamaño y el entremezclado de pelos. Compare su igualdad con la radiografía N° 10.

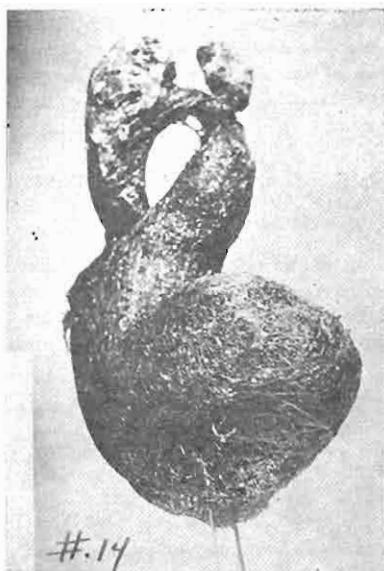


Fig. N° 14. El tricobezoar en posición lateral.

Existe gran angustia frente a su papel sexual, refiere sentirse muy asustada y avergonzada de su menstruación, a una amiga solía decirle durante su menarquia "cochina, puerca".

Esta angustia y rechazo se manifiesta claramente al ser interrogada referente a sus amistades, niega tener amigos de sexo masculino y reitera que esto no le gusta, considerándolo pecaminoso. Cuando se le requiere sobre un muchacho conocido rompe bruscamente el cinturón de su bota (de tela gruesa) y balancea sus piernas nerviosamente.

Asimismo, se muestra cohibida y culpable cuando luego de una entrevista corre a contarle a otra paciente y es sorprendida por el médico, en estos momentos esconde su cabeza bajo la almohada mostrándose muy avergonzada y no dando cora luego.

**Acción.** Su nivel de energía, vigor, persistencia y capacidad de realización antes y durante el proceso activo de su dolencia, han sido normales.

En la sala donde está hospitalizada colabora en forma espontánea en la distribución de comida, es juguetona y activa, no suele guardar cama. Asimismo manifiesta anhelos de sanar pronto para trabajar, dice "sólo sé hacer limpieza... trabajar en servicio nada más... no sé hacer otras cosas".

Como inadecuaciones consideramos dentro de las alteraciones del hambre y el apetito, como perversión,, lo que constituye el síntoma principal de la paciente, la costumbre de comer cabellos o tricofagia. Esto se inicia más o menos a los 14 años de edad, sin causa desencadenante aparente, incluso las circunstancias, fechas de inicio, han sido olvidadas.

Manifiesta que sólo come cabellos, que le gusta hacerlo, incluso luego de arrancárselos los mezcla con su comida habitual, esto lo ha venido haciendo diariamente, en forma esporádica u ocasional, sin ritmo fijo, hasta agosto del año pasado en que empieza a tener dolores abdominales, luego de una radiografía y saber que es debido a su tricofagia se asusta y dice no volver a hacerlo. Desde entonces sólo desea operarse para sanar.

### FUNCIONES DE INTEGRACION

#### A. Relación consigo misma

1. **Concepto de sí misma.** La paciente tiene un concepto limitado sobre sí misma, sólo atina a decir que es buena. Los valores importantes que comprenden la estructura de su Yo son el trabajo y deseo de ayudar a los demás, desea trabajar para tener dinero para mandarle ropa a su madre.

El modelo de identidad parece ser el padre, así refiere que se parece a éste en los rasgos faciales, en lo demás dice no parecerse a nadie. Esto figura no le ofrece ninguna estabilidad.

2. **Yo ideal.** Sus fines y niveles de aspiración son de tipo práctico y de ayuda a los demás. No se conocen figuras importantes de identificación. El Yo ideal no ha suplantado al Super-Yo.

3. **Super-Yo.** De gran fuerza actual y relativa. Modelo predominante, su padre. Tipo característico de apaciguamiento requerido: penitencia, sufrimiento físico, privaciones.

#### B. Relaciones con los demás

1. Aspectos cuantitativos: de gran alcance, diversidad, constancia y flexibilidad, en este aspecto es de remarcar la fácil interrelación que posee la paciente.

2. Aspectos cualitativos: no se aprecia selectividad salvo en el aspecto sexual, suele evadir las compañías masculinas.

Su modalidad prevalente es característica de la raza indígena: mosquista, tierna, considerada, dependiente.

3. Relaciones entre amor y odio: hay evidente predominio del Eros.

4. Paradigma trasferencial: La paciente es de fácil interrelación personal a un nivel superficial, pero ante la intromisión de su intimidad se defiende con inhibiciones y represión notoria, a pesar de ello su actitud es muy dependiente.

#### C. Relación con las cosas

1. Actitud frente a las posesiones propias y ajenas: Serafina es ordenada y cuidadosa de sus pertenencias, es generosa ante los demás, todo el dinero que ganaba trabajando se lo manda a su madre.

2. Pautas de trabajo: interés, intensidad, variedad, estabilidad, habilidad, eficiencia y satisfacción dentro de lo normal de las posibilidades de su medio socio-cultural.

3. Intereses y valores son de tipo práctico y social.

### REACCIONES ANTE AMENAZAS DE DESINTEGRACION

#### A. Reacciones normales ante amenazas leves de desintegración:

Cambios de humor, llanto, sueños, fantasías.



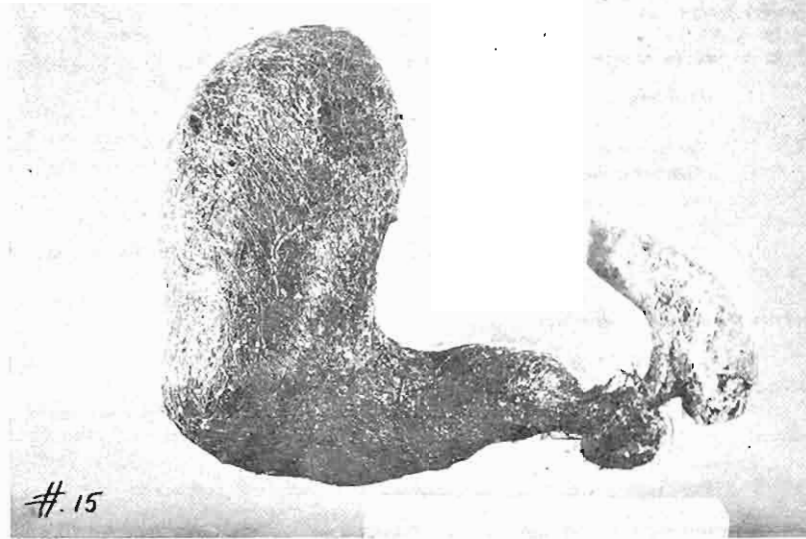


Fig. N° 15. El tricobezoar visto por la parte posterior.

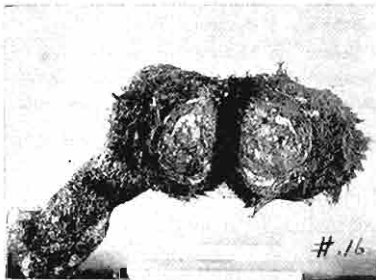


Fig. N° 16. Un corte del tricobezoar nos muestra su formación exclusivamente de pelos y la compactos de su constitución. Al caer al suelo en ningún momento modificó su forma.



Fig. N° 17. Paciente mostrando la cicatriz operatoria.

Acción para cambiar la situación: aceptación pasiva, además de aumento de los esfuerzos integrativos.

**B. Reacciones de emergencia ante amenazas graves de desintegración:**

1. Mecanismo de 1er. orden  
Hipertensión más hipersupresión de las tendencias instintivas.  
Hipercomprensión con fantasías.  
Hiperhuída; tendencia a evitar las cosas, negación.
2. Mecanismos de 2do. orden  
Disociación con amnesia circunscrita a determinados hechos.  
Substitución; modalidades y símbolos substitutivos: perversión del hambre y apetito: tricofagia.

**Aspectos del actual desequilibrio**

**Secuencia.** Paciente de 18 años, indígena, natural de Apurímac (Antobamba), cuyos factores predisponentes no se han podido evidenciar.

Destete a los 6 meses de nacida debido a que ella manifestaba, según le cuentan, desagrado a la lactancia materna.

Enuresis hasta los 8 años.

En 1963 sufre TEC (traumatismo encéfalo craneano), con hundimiento del hueso temporal, no refiere pérdida del conocimiento ni otros síntomas.

Su enfermedad que consiste en comer sus propios cabellos se inicia hace más o menos 4 años en circunstancias no precisadas por la paciente ya que presenta amnesia al respecto.

Como dato importante está el hecho de que en su pueblo natal practican la brujería, para hacer daño a una persona, entierran sus pertenencias más íntimas, entre ellas cabellos, la paciente había visto hacer esto a una tía con ocasión de la muerte de su padre, acaecida posteriormente, presentando dolor de estómago y diarreas.

Desde agosto de 1962, la paciente refiere dolores de abdomen y cintura lo que la hacía llorar, es visto por el médico, no se constata radiográficamente cabellos en el aparato digestivo, al saber esto la paciente deja de ingerir cabellos y espera sólo el momento de ser operada y sanar.

**Sentimiento de angustia.** No hay.

**Fachada.** La de muchacho joven, de rasgos y actitudes típicamente indígenas, con marcada inhibición ante el mundo exterior.

**Cualidades intactas que pueden explotarse terapéuticamente**

Juventud. Deseo de curarse.

**Sumario Diagnóstico**

**Principales rasgos del examen:** Paciente de mentalidad primitiva con dificultad en la comprensión verbal.

Represión de las tendencias instintivas, fantasías de embarazo, angustia, rechazo a su papel femenino.

Perversión de las funciones del hambre y apetito: tricofagia.

**Impresión diagnóstica:** Perversión del hambre y apetito, Tricofagia. Es una Personalidad Pasivo-Dependiente.

**Comentario**

Si bien no ha sido posible un análisis más minucioso y exhaustivo de la tricofagia presentada por la paciente debido a que es indudable que presenta una mentalidad primitiva que no nos atrevemos a catalogar como debilidad mental, por pertenecer a un medio socio-cultural muy diferente, ser analfabeta y no dominar el idioma castellano, por otro lado chocamos con una marcada represión de sus conflictos. No sabemos, por otra parte, debido a la amnesia presentada, cómo se iniciaron sus síntomas, cuándo, dónde, en qué circunstancias.

Sin embargo, se aprecian rasgos orales, el señor con comida, su dependencia, el elegir precisamente un síntoma oral: la ingestión de cabellos.

Análiticamente podría hablarse del sentimiento de culpa en relación a un posible complejo de Electra, el comer cabellos sería un mecanismo de defensa para calmar la angustia, su amnesia estaría en relación con un fuerte trauma inconsciente psicogénico.

Así, el elegir precisamente "sus cabellos" sabiendo que el ocultar cabellos bajo la tierra es para hacer daño a alguien, tal vez explicaría el deseo de hacerse daño a sí misma como castigo impuesto por el Super-Yo.

La tricofagia en este caso estaría ligada a factores orales de introspección, masoquistas, frente a un fuerte sentimiento de culpa.

Más datos sólo nos podría dar el conocimiento biográfico de la paciente, lo cual no ha sido referido debidamente por los factores ya anotados.

**DISCUSION**

Resumiendo la historia clínica de mi paciente y de la revisión de los pacientes de tricobezoares en la literatura a mi alcance, encontramos que gran número de síntomas son semejantes, compatibles con procesos generales de orden abdominal, resaltando con los de la índole que estudiamos para la tolerancia del estómago a esta neoformación. Los cuadros por desnutrición, otros de obstrucción intestinal o de perforación gástrica a pesar del volumen alcanzado como en el nuestro, no son frecuentes.

La tricofagia, alteración del apetito, que consiste en comer pelos, origina el tricobezoar; la tricofagia es muy frecuente en mujeres jóvenes. En lo referente a la sintomatología misma, depende del tiempo de permanencia, del tamaño, de la forma adquirida y de la reacción de la mucosa gástrica y duodenal al cuerpo extraño, también de la predisposición que tenga la mucosa a hacer degeneración maligna, a trastornos congénitos como en la hipertrofia de la mucosa, pólipos, alteración de la tonicidad del mismo estómago, etc. Por los datos recogidos de la literatura, cuando el tricobezoar alcanza gran tamaño, como ocurre en nuestro caso, el paciente presenta: Anorexia, dispepsia moderada, dolor en el epigastrio ocasional en casos y frecuente en otros, como sucede en la paciente de nuestro estudio, vómitos generalmente alimenticios, en ocasio-

nes se acompañan de pelos, en oportunidades presentan eructos fétidos o halitosis, y las deposiciones (evacuaciones) son líquidas y también pueden presentar pelos. Paulatinamente se compromete el estado general, en casos llegan a la emaciación y a la muerte (15).

En los relatos casuales son los padres quienes dicen haber notado la tumoración, en otros como en el nuestro, ellas o ellos mismos, los que refieren. En especial, depende de la edad y del grado de cooperación y responsabilidad para consigo mismo.

Con mayor frecuencia los síntomas predominantes son: Sensación de plenitud gástrica, hinchazón o pesadez en el epigastrio, dolor, a veces tipo urente, otras tipo barestésico (lo más frecuente), en oportunidades crisis de vómitos precedidos de náuseas, que contienen pequeñas cantidades de residuo alimenticio. Se explica que la tumoración, por su forma y volumen, hace de válvula y no permite el completo vaciamiento del estómago. Trayendo como consecuencia la sintomatología afín a estas circunstancias.

Para llegar a un despiste sintomatológico oportuno es conveniente tener muy en cuenta, la ingestión de pelos que, generalmente, es negada o, en la mayor parte de veces, no se tiene en cuenta. Si sospechamos en un cuerpo de esta naturaleza y si hemos tenido alguna experiencia, debemos insistir en la cantidad y cualidad de la ingestión.

Que no suceda, como en nuestro caso, que jamás se pensó en la ingesta de pelos, no obstante que ella, aún estando interna en el Hospital, seguía su hábito, es decir, ingiriendo pelos, como nos afirmó ella y una vecina de cama, posteriormente.

En el examen clínico presentan la tumoración, causa que en algunas oportunidades no es apreciable por todos los que los examinan, como sucedió en la persona que historiamos, que hubo de recurrir a la posición de pie, que nos permitimos recomendar.

Es indispensable los exámenes auxiliares para su diagnóstico, en especial el radiológico y la gastroscopía.

No es raro que entre las manifestaciones de estos pacientes encontremos pseudo obstrucciones, tanto en el piloro como en los intestinos.

Hay que tener en cuenta, también, que los síntomas se inician después de meses o años de la ingesta de cabellos; en el caso presente, la misma enferma nos dice: "Comencé a comer pelo antes de venir de la sierra, en el 55... siempre me comía... cuando comencé no tenía hambre, por gusto me arrancaba... después que me sacaron las radiografías no he comido más pelo".

La frecuencia con que pueden provocar vómitos o náuseas, que hacen pensar en un síndrome obstructivo (23 - 18 - 14 - 32), o, en oportu-

tunidades, dar síntomas de una gastritis o de úlcera atípica concomitante (30 - 27) cuando alcanzan cierto volumen hay anorexia, pues, sólo desean tomar líquidos o pequeñas cantidades de alimentos, por tener sensación de plenitud gástrica; esta anorexia los lleva progresivamente a la desnutrición y sus manifestaciones clínicas que hacen pensar en un proceso maligno (34 - 18). El Dr. Singh A. presenta un caso de edema nutricional complicado con anemia macrocítica refractaria al tratamiento, que mejora con la extracción del tricobezoar.

En lo referente a las deposiciones, como observa el Dr. Backus (1), a veces van acompañadas de pus, sangre, moco, pujo y tenesmo, que hacen pensar en un proceso gastroenterocolítico. Puede el cuadro acompañarse con estreñimiento y periodos de diarrea. Puede también haber complicaciones de melena, en especial cuando hay úlcera sangrante (4 - 12 - 36).

Generalmente sufren de tricofagia niños o adultos que viven en ambiente de abandono y falta de atención familiar, por lo que es frecuente observar disminución de la capacidad intelectual, timidez, aislamiento y otras manifestaciones de trastornos de la personalidad.

En cuanto se refiere a los resultados del examen físico, en casos vistos oportunamente como en nuestro paciente, pueden encontrarse en regular estado general. Presentando, los tardíamente observados, un mal estado general, pálidos, con edemas en los miembros inferiores, baja de peso, etc.

Si examinamos la región que nos impresionase, se palpa una tumoración de la manera ya descrita, de consistencia dura, móvil, no adherida, poco dolorosa. Excepcionalmente, como describe Fellner (23 - 31), se percibe una crepitación, en este caso coincidió con un tricobezoar que tenía dos perforaciones a manera de túnel.

La capa mucosa del estómago sufre cierto daño superficial, mecánico, a consecuencia de la permanencia del tricobezoar, como nos muestran las radiografías que se acompañan; en ciertos casos estos cuerpos extraños se adhieren y se empotran en la mucosa, originando pérdidas sanguíneas que llevan a la anemia ferropénica. No se describe ningún caso de hemorragia grosera por esta dolencia (14 - 24).

En cambio, con relativa frecuencia se observa en estos pacientes úlceras crónicas, con poca hemorragia. Un comentario establece que, precisamente, más de la mitad de úlceras que se acompaña al tricobezoar, no se producen en la curvatura mayor sino en la menor, que es donde se considera el contacto del cuerpo extraño es mínimo, y es donde normalmente se originan las úlceras (14 - 15 - 24); se menciona un porcentaje de tres cuartos ( $\frac{3}{4}$ ) del total de casos que presentan úlceras, con-

comitantemente con el tricobezoar; otros autores establecen que la úlcera del tricobezoar es una úlcera traumática (1 - 12 - 36)

No es frecuente pero es conveniente tener presente que puede presentarse perforación gástrica o intestinal, como lo afirma el Dr. Osmond y Price (14 - 23).

También se describen casos de cuadros obstructivos típicos, en especial son descritos en el intestino. El tricobezoar produce la parcial y permanente obstrucción del píloro, aunque obstrucción total parece no haber ocurrido, pero sí obstrucciones intermitentes, explicadas por el "juego de válvula" que ha originado la prolongación del tricobezoar gástrico hacia el píloro y duodeno (9 - 15 - 18), como se muestran en las radiografías (4 - 8 - 10). El Dr. Singh A. (18) presenta dos casos de obstrucción de intestino delgado por pedazos de tricobezoar, desprendidos ocasionalmente de un tricobezoar gástrico.

En la sangre se encuentra anemia secundaria, ligera, aunque llega en oportunidades a ser refractaria al tratamiento (18 - 8).

Hay leucocitosis ligeras, en ocasiones elevadas que estarían en relación a complicaciones secundarias (8).

La velocidad de sedimentación es elevada en oportunidades.

Las pruebas hepáticas son normales, aunque se puede encontrar inversión del índice albúmina-globulina que llega a explicar el edema nutricional.

El jugo gástrico en forma seriada revela acidez baja, aunque en nuestro caso la muestra no se obtuvo perfecta, explicamos porque la sonda encontraba el obstáculo del tricobezoar.

En el examen de heces, según la magnitud de la lesión que puede haber sufrido la pared, la reacción de Thevenon puede ser positiva o no. En ocasiones se encuentra partes de tricobezoar por desprendimiento.

La gastroscopia es de gran necesidad, pues nos muestra directamente la naturaleza del cuerpo extraño, además que nos indica la magnitud del compromiso de la pared y también del cardias y el esófago.

El estudio fluoroscópico y radioscópico es de gran utilidad y decisivo para el diagnóstico.

La sustancia opaca, a poco de ingresar, se nota que se detiene en el cardias para después avanzar bordeando la tumoración.

En placas sucesivas se apreciará una de mallas, semejante a gasa, distinto a otras imágenes, que son múltiples o están polarizadas en una región del estómago, se pueden obtener placas en que se presenta la forma del cuerpo extraño como flotando en el contenido gástrico (Fotos 6 - 7).

Es indispensable tomar placas varias horas después de la evacuación de la sustancia de contraste (Foto 10); nos mostrará una masa gástrica estriada, moteada, distinta a otras imágenes de tumores de otra naturaleza.

También nos mostrará alteraciones del peristaltismo, fácilmente interpretada por el obstáculo que está perturbando la fisiología de la pared del estómago. Resulta, pues, que la imagen del tricobezoar en la cavidad abdominal es característica e inequívoca (16 - 24 - 33).

Si recordamos que el tricobezoar fundamentalmente se localiza en el estómago, al hacer el diagnóstico diferencial tenemos que considerar fundamentalmente las principales enfermedades y tumoraciones que afectan a este órgano y que, en su sintomatología, tengan que ver en algo con las manifestaciones clínicas del tricobezoar. Cuando se conoce la sintomatología, el examen de abdomen, el examen radiológico y gastroscópico, fácilmente nos conducen al diagnóstico. Si se ignora este padecimiento o al menos no se piensa en él, el diagnóstico diferencial es difícil, mientras tanto de no recurrir a los exámenes auxiliares, Rayos X, principalmente.

De las dolencias de esta zona del abdomen se piensa de inmediato en:

Los linfomas, tumoraciones que en su sintomatología son sistémicas, son multilobulados y suelen ocupar, además del estómago, meso y extenderse al hipogastrio.

Los quistes del mesenterio que tienen la consistencia quística característica y suelen situarse en el epigastrio.

El teratoma de la retrocavidad de los epiplones, que generalmente es fijo y suele ser de superficie irregular.

La duplicación del estómago está situada en el epigastrio, por el examen su diagnóstico y diferenciación es muy difícil, su consistencia quística remitente y su forma son los datos que ayudan a su diagnóstico.

El absceso de la pared abdominal o de la retrocavidad de los epiplones.

Puede prestarse a confusión, pero tiene muchos datos en contra: fiebre elevada que da manifestación sistémica, dolor acentuado de localización no precisa, ayudan a diferenciarlo del tricobezoar.

En lo referente a la misma cavidad del estómago, la patología es muy numerosa, si tomamos solamente los datos que tuvieran alguna semejanza con las manifestaciones del tricobezoar, nos orienta al carcinoma del estómago. Rápidamente toma el estado general y compromete a órganos vecinos.

La hipertrofia gigante de la mucosa gástrica, entidad muy poco frecuente, según un caso descrito, la sintomatización obstructiva es progresiva y sufre adaptación, es más frecuente en adultos de más allá de los 40 años (Tesis N° 3325).

En fin de cuentas, son los Rayos X los que tienen la última palabra en colaboración con la gastroscopía.

Es muy fácil comprender que el pronóstico depende de la oportunidad del descubrimiento del tricobezoar, de la magnitud del volumen, del tiempo de permanencia y del grado de alteración que hubiera alcanzado la mucosa gástrica. Como hemos visto, las complicaciones más frecuentes son: la obstrucción pilórica, duodenal o intestinal, la úlcera gástrica, perforaciones de úlcera y la peritonitis consecuente, así como no determinar a tiempo la causa psicopatológica, comprendemos que ensombrece el pronóstico.

Se mencionan casos en que espontáneamente se ha expulsado el tricobezoar tanto por vómitos como por vía duodenal, según citaciones que hace Backus (1). Lo que nos hace comprender que el volumen del tricobezoar ha sido pequeño, en un caso como el de nuestra casuística, es imposible sea expulsado espontáneamente.

El tratamiento es doble: uno sobre el tumor mismo, que imprescindiblemente es quirúrgico, y otro, sobre la personalidad psíquica del portador de un tricobezoar.

El quirúrgico, inevitablemente es el camino a seguir, y consiste en la gastrotomía simple con el objeto de extraer el cuerpo extraño, siguiendo las técnicas prescritas y la asepsia que el caso demanda.

Como recomienda el Dr. Characha (4), en caso de existir una úlcera, es suficiente la simple extracción del cuerpo extraño y no actuar sobre ella, que curará espontáneamente. Si hubiera otras complicaciones como una neoplasia, es preferible actuar en un segundo tiempo.

Después de la gastrotomía se recomienda dar un tratamiento con régimen igual al que se instala en un ulceroso, comprendemos que la mucosa está alterada, por lo menos se ha instalado una gastritis.

El otro tratamiento es el psiquiátrico, que es complemento indispensable para conseguir el éxito en la recuperación total, pues hay que tener presente la frecuente reincidencia en la tricofagia (14-32) en estos pacientes donde, francamente o de manera larvada, hay un fondo de trastornos del psiquismo.



## CONCLUSIONES

1. El tricobezoar es una entidad clínica rara. Son pocos los descritos, que en la actualidad sólo alcanzan a 247 casos en la literatura mundial a nuestro alcance, incluyendo el nuestro.
2. Se caracteriza, sobre todo, por las imágenes radiológicas, tal como sucedió con la paciente motivo de este trabajo. Siendo la gastroscopia otro elemento que confirma el diagnóstico.
3. Los portadores son generalmente afectos de trastornos de la personalidad, cuya característica definida es la perversión del apetito, una de las modalidades es la tricofagia, que forma el tricobezoar. Es más frecuente en niños y en el sexo femenino.
4. El tricobezoar generalmente es pequeño, hallazgo operatorio en la mayoría de los casos en que ha sido descrito. Con todo, hay que tenerlo presente en el diagnóstico diferencial de las afecciones abdominales, especialmente del estómago.
5. La singularidad que motiva esta tesis consiste: en la adaptabilidad que alcanzó el continente —estómago— hasta tanto que el tricobezoar adquirió gran volumen moldeado por el órgano mismo; no presentando síntomas alarmantes en ningún momento, a pesar de haber alcanzado un tamaño aún no descrito hasta ahora, con un peso de 620 gramos; 42.4 cm. de longitud incluyendo la región gástrica, pilórica y duodenal, con un diámetro de 9.6 cm. en el estómago; 2.7 cm. en el píloro y 4.8 cm. en el duodeno; con el agregado notable de que la enferma no perdió el apetito y los trastornos fueron mínimos.
6. La cura es siempre quirúrgica, tal como se realizó en nuestra enferma. Si bien el acto operatorio libera al órgano de su anormal contenido; es recomendable la dirección psiquiátrica para completar el tratamiento.

## BIBLIOGRAFIA

1. Backus, L.N.: Gastroenterología. Tomo 1. Pág. 793 - 98. Salvat Editores. Barcelona, 51.
2. Otto Uber: Tricho and Phytobezoar (Trichobezoars and Phytobezoars). Pág. 26 - 8. Chirug. 30 (1). Jan. 59.
3. Crespo S.: Tumorações Malignas del Abdomen. Bol. Sec. Valenciana. Ped. Año 1. Nº 2, pág. 61 - 68, 1959.
4. Charache, H.; Palays, S.H.; Berh, I.S.; Murata, M.Y.; Dimetriades, A.D.: Trichobezoar, report of a case gastric trichobezoar complicated by multiple polyps with malignant degeneration of one the polyps. Pág. 28 - 6. Ann. Surg. 145 (2). Feb. 57.
5. Wolfres Bruce, J.: Gastrotomy for lactobezoar in a newborn infant. Pág. 811 - 2. J. Pediat. S. Louis 50 (6). Jun. 59.

6. Winw, P.M.: Trichobezoar presenting as nutricional aedema. Pág. 510. Brit. M.J. Nº 5043 - 31. Aug. 57.
7. Fredell, Ch.: Gastric Trichobezoors; Report of a case. Pág. 946 - 8. AN. A Arch. Surg. 78 (6). Jun. 59.
8. Pinto Vac; Mediros Gmde.; Urtasun, M.J.: Tricobezoar a presentoce de dois casos. [Trichobezoar presentation of two cases]. Pág. 415 - 22. Rev. Paul. Med. 54 (6). Jun. 59.
9. Gross, R.: Cirugía Infantil. Pág. 254 - 61. Salvat Edit. Barcelona. 56.
10. Luis Gurmendi, R.: Tumores benignos gastroduodenales. Academia Peruana de Cirugía, Boletín, Val. XIV, julio 1961. Nº 3. Pág. 61 - 76.
11. Sahirp, Sing, R.V.: Trichobezoar with yuxtapyloric ulcer. J. Indian Meed Ass. 38. 608 - 9, jun. 62.
12. Matas, por Teschendorf, W, y otros (16).
13. Mcgee, A.R.; Lobbb, R.: Trichobezoor; with a case report. Radiology 69 (6). Dic. 57.
14. Sariñaña, C.; Silva Cuevas, A.; Quintero, H.M.; Velasco Alzaga, J.: Tricobezoar en el Niño; reporte de 4 casos. [Trichobezoar in children; 4 cases report]. Pág. 523-32. Bol. Med. Hosp. Mex. 14 (5). Oct. 57.
15. Esande, C.A.; Curbelo Urroz, A.R.; Pugliese: Un caso de Bezoar en un Niño (Bezoar in a children). Pág. 245 - 50. Arch. Pedis. Uurghy, 29 (4). Apr. 58.
16. Teschendorf, W.: Diagnóstico diferencial Roentgenológico. Tomo II. Pág. 205. Ed. Labor S.A. Barcelona, 56.
17. Schinz, H.R. y Col.: Diagnóstico Roentgenológico. Tomo IV. P;g. 3372 - 3375. Salvat Editores. Barcelona.
18. Singh, A.; Khanna, R.C.; Jollss: Three unusual cases trichobezoar. Gastroenterology 40. Pág. 441 - 4, Morch. 61.
19. Somonta, M.G.: Radiología del Estómago. Pág. 305 - 7. 54. The University Society Mexicana S.A. Méjico.
20. Vieiralvez, W.: 2 cases of bezoars in the stomach. Rev. Ass. Med. Bras. 7. 304 - 4. Aug. 61 (per).
21. Joshi, V.C.; Shirole, B.: Inio - Trichobezoar. Indian J. Pediat. 27. 294 - 6. Aug. 60. (Citado por Vieiralvez, Nº 20).
22. Assero, V.L.; Brooks, D.A.; Cardozo, W.M.; Gerson, E.F.: Trichobezoar as an expresion of curational disturbance; report of two cases in children. Pág. 668 - 71. A.M.A.J. Dis. Child. 94 (6). Dec. 57.
23. Fellmer, J.; Rubio, H.H., Jr.; Magnamimi, F.; Zorraquin, H.: Trichobezoar apropes of a picallly diagnose case. Prensa Med. Argent. 48. 1900 - 1, 30 Jun. 61 (sp).
24. Lovette, J.B.: Trichobezoar complicated by ileocecae obstruction; report of a case. Pann. Med. J. 64. 752 - 4, Jun. 61.
25. Benedetto, B.; Baima - Bollone: Dyes pyrobezoor and gastric ulcer. Minerva Chr. 17. 177 - 82. 28 Feb. 63 (Ita.).
26. Wee, G.C.; Cahman, C.H.; Wall, Ed.: Intermittent pyloric obstruction from persimn bezoar. Missouri Med. 58. 1130 - 1. Nov. 61.
27. Holmes, W. T.W.J.R.: Polybezoar and gastrointestinal foring dodies Total surgical experencia in a large stae hospital. Amer. J. Surg. 103. 487 - 93. Apr. 62.
28. Lipin, R.J.; Hore, M.: Bezoar (dosis pyrobezooars). Rev. Ass. Med. Bras. 7. 301 - 4. Aug. 61 (per).
29. Delio, C.W.: Phytobezoars [dosis pyrobezooars]. A clinico pathologic correlotion and review of six cases. Arch. Surg. [Chicago] 82. 579 - 83. Apr. 61.

30. Weltzen: "Chronic gastritis caused by Gastric Bezoars". New York State. J. Med. 40. 136 - 15. Enero 1940. Cita Backus.
31. Nurseey, A.M. and Leask, A.R.: "Trichobezoar". The British Journal of Surgery. 36-144. Apr. 1949.
32. Gaymar, W.C.; Diefenbach, W.C.: Trichobezoar. New York J. Med. 60. 899 - 901. 15th Mar. 60.
33. Kocaogh, H.; Ertats: (Gastroduodenal trichophyticbezoar). J. Chr. (par) 78. 67 - 72. Jun. - Jul. 59 (fr).
34. Montero, E.; Moderna, C.: Contributo allo studio dei fitobezoari associati ad u'cer gastrica (Phytobezoar associated with gastric ulcer). Pág. 520 - 3. Asp. maggioare, Milano 44 (9). Sept. 56.
35. Hamburger, S.W.: Phytobezoar associated with a meckel's diverticulum. An unusual cause for intestinal obstruction. Annsurg. 152. 106 - 8. Jul. 60.
36. Schwartz: A gastric ulcer. Amer. J. Dig. Dist. 5 - 8. Feb. 60.
37. Matas, R.: Hair-balls or hair cast of the stomach gastrointestinal tract. - surg. Cyn and obst. 594 - 608. Nov. 1915. (Citado por 1 - 12 - 16 - 19 - 23, etc.).
38. Mullen, J.E.: Trichobezoar Survival following of perforated ulcer. Pág. 41 - 4. Ohio M.J. 43 (1), Jan. 57.
39. Trofford, H.S.: Trichobezoar. Lancet. 1. 761. 1954.
40. Nazreth, H.: Trichobezoar, a case report. Indian J. Child, 5. 361. 1956.
41. De Bokey, M. y Ochsner, A.: Bezoar and concretions. Surgery, 4. 934 - 63, 1938 - 5. 139 - 60. 1939.
42. Rodrigues Castro, A.: Tumor piloso intragástrico. Archivos de Pediatría del Uruguay. 9. 12. 1938.
43. Pérez, B.; Jospe y Moreno, R.: Fitobezoar de Estómago. Arch. Soc. Arg. de Cirujanos. 11. 566 - 7, 1950.
44. Gonzales Aguirre, Sñ: Justiniano, E. y Winograd, L.: Obstrucción intestinal por un cuerpo extraño (cabellos). Arch. de la As Med. del Hosp. Saloverry. 4. 55. 1937.
45. Honorio Delgado: Revista de Neuro Psiquiatría. Vol. 6 - 1943 Pág. 409 - 431: Concepto de Personalidad anormal.
46. Rosi Arturo, Angel: Un tricobezoar gástrico. Prensa Médica Argentina. 40. 2568 - 70. 1949.
47. Beller, E.: El Estómago y sus Enfermedades. Editorial Montalva. Madrid, 1956.
48. Corachan, M.: Cirugía Gástrica. Toma 1, Sivat, Ed. S.A. 1934.
49. Alejandro Bussallev: Importancia de la exploración radiológica. Núm. 639. Pág. 28.
50. Wilfrado Flores, Burneo: Los perforaciones en el trayecto digestiva en la Eberthiosis Infantil. Número 1960. Pág. 44.
51. A propósito de un caso de Hipertrofia Gigante de los repliegues de la mucosa gástrica complicado con intususcepción gastroduodenal. Número 3325.
52. Isabel Torres Fernald: Tumores de la musculatura lisa (leiomioma y leiomiosarcoma) del estómago.
53. Rodrigues, A.: Contribución al estudio de tumores benignos de estómago. Tesis de Dr. U.N. de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires. 1943.
54. Uribe, R.: Tumores Benignos. Número 1957.
55. Ernesto G. Traverso: Contribución a la radiología. Número 1954.
56. Milenko Zlatar S.: Válvula del Estómago. Número 2890.
57. Wenceslao Rossell Pinillos: Radio diagnóstico de los tumores abdominales extradiagés-tivos. Número 2476.