

Tricobezoar gástro-duodenal recurrente

Tricobezoar recurrent gastric-duodenal

Francisco Alejandro Perales Che León^{1,2,a}

RESUMEN

El Tricobezoar Gastro-Duodenal es una forma rara de tricobezoar gástrico el cual pasa a través del píloro y se extiende hacia el intestino delgado, y más raros los casos de recurrencia. Se presenta el caso de una mujer peruana de 30 años y se revisa brevemente la literatura respecto a epidemiología, características clínicas, diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Tricobezoar gastro-duodenal. (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

The Rapunzel syndrome, is a rare form of gastric trichobezoar extending throughout the bowel, and more rare the recurrence. A case history of a 30-year-old peruvian women is described. The epidemiology, clinical features, diagnosis, complications, treatment, and literature are reviewed briefly.

Keywords: Gastric trichobezoar. (Source: MeSH-NLM).

INTRODUCCION

Los bezoares son acúmulos intraluminales de material indigestible y han sido clasificados de acuerdo a su composición predominante, en fitobezoares (residuos de vegetales y frutas), lactobezoares (residuo lácteo especialmente en prematuros consumidores de fórmulas concentradas), farmabezoes (residuos de celulosa en pacientes con "polifarmacia") y tricobezoares (acúmulo de cabello ingerido generalmente por personas con retardo mental o trastornos psiquiátricos, y de personalidad como tricofagia y tricotilomanía). El síndrome de Rapunzel es cuando el tricobezoar gástrico se extiende hacia duodeno e intestino delgado, aumentando los riesgos de obstrucción, perforación y peritonitis⁽¹⁻²⁾.

La descripción de este síndrome fue realizada inicialmente en 1968 por el Dr. Vaughan, y desde entonces pocos casos han sido reportados en la literatura mundial y más aún en la literatura nacional^(2,3).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente mujer, 30 años; con antecedentes de: Operada

para extracción de cuerpo extraño de estómago (Tricobezoar) en Hospital Loayza (13 años antes); Aborto 01, Cesárea 01, Parto vaginal 01; Tricotilofagia; Anemia crónica; Grupo sanguíneo "O" Rh (+); Talla 1,65m; .Peso usual 60Kg.

Ingresa a Tópico de Medicina Emergencia del Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo" (HNAAA) por Dolor abdominal cólico + Náuseas. Es evaluada por Gastroenterología y plantea diagnóstico: Tricobezoar. Se realizan exámenes: Hm 7040 (Ab 0%), Hto 30, Hb 8,5, Plaquetas 319000, Amilasa 74, En el tomografía Espiral Multicore se observa: Estómago de 23*12 cm, pared 7mm, con abundante contenido de aspecto heterogéneo, ocupa epigastrio, cuadrante superior izquierdo. conclusión: megaestomago de etiología a determinar (Figura N°01)



Figura N°01: Tomografía Espiral Multicorte

1. Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo-Perú.
2. Sociedad Cirujanos Generales del Perú. Lima-Perú.

a. Cirujano General.

Evaluada por Cirugía General: paciente de aparente estado regular pálida +/+, adelgazada; Abdomen: Blando, depresible, se observa y palpa masa en hemiadomen superior, semimóvil, dura. Imp. Dx.: 1) Tricobezoar gastroduodenal, 2) Anemia crónica, 3) Obstrucción intestinal alta parcial por 1. Plan: 1) Efectivizar Endoscopia alta, 2) Completar preoperatorio para cirugía electiva, 3) Depósito de sangre compatible, 4) Hospitalización en Servicio Cirugía General previa autorización firmada por paciente y familiar responsable para Intervención quirúrgica, 5) Se informa Impresión diagnóstica y manejo propuesto a familiar (madre), 6) Interconsulta a Psiquiatría.



Figura N°02: Vista superficial del abdomen

Exámenes: Glucosa 85, Urea 10,5, Creatinina 0,33, Hm 7700 (Ab 0%), Hto 28, Hb 8,1, Plaquetas 271000, TC 5,15, TS 2,00. Endoscopia alta: Estómago: pasando cardias se aprecia una gran masa que ocupa casi la totalidad del estómago, formado por pelos, moco y contenido alimentario, con presencia de algunas erosiones en tercio inferior del cuerpo. Píloro no visualizable, ocultado por la masa. Diagnóstico: Tricobezoar gástrico. (Figura 03).



Figura N°03: Endoscopia alta

Evaluación Psiquiátrica: Antecedente de Disfunción familiar. Sin trastorno del pensamiento ni de la percepción. Personalidad ansiosa, insegura, inestable y dependiente. Diagnósticos: 1) Tricotilomanía, 2) Trastorno de personalidad ansiosa. Tratamiento POP Risperidona + Clonazepam.

19.11.2013 Exámenes: Proteínas totales 5,42, Albúmina 2,6, Globulina 2,82, Hm 4780 (Ab 0%), Hto 26, Hb 7,5, Plaquetas 267000. Hospitalizada en Cirugía General.

20.11.2013 Riesgo Quirúrgico II. Transfusión de 01 PGR.

21.11.2013 Exámenes: Hm 5400, Hto 34,1, Hb 10,2, Plaquetas 309000.

25.11.2013 Evaluación Anestesiológica MOPRI: APTA, Mallampatti I, ASA II.

26.11.2013 Intervención Quirúrgica: Diagnóstico preoperatorio: Tricobezoar gástrico. Diagnóstico postoperatorio: Tricobezoar gastro-duodenal + Úlcera gástrica + Síndrome adherencial. Operación: Laparotomía exploradora + Liberación de adherencias + Gastrostomía + Extracción de cuerpo extraño (tricobezoar gastro-duodenal) + Biopsia de úlcera gástrica + Colocación de sonda naso yeyunal + Rafia de estómago. Hallazgos: Adherencias de epiplón a hígado y pared abdominal; Estómago con gran distensión, conteniendo conglomerado de pelos que ocupa toda su cavidad y se continua hacia duodeno; Úlcera en pared posterior de estómago, tercio distal, de bordes duros y centro blanquecino.

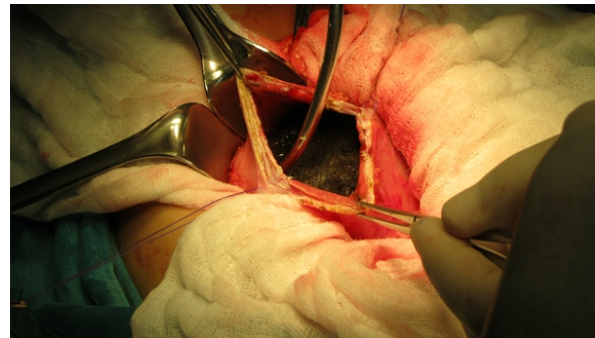


Figura N°04: Procedimiento quirúrgico



Figura N°05: Hallazgo intraoperatorio de conglomerado de pelos que ocupaba toda la la cavidad del estómago y continua hasta duodeno.

Rp. Hidratación EV + Analgésicos + Ranitidina + Ciprofloxacino y Clindamicina (hasta 01.12.2013) + Metoclopramida + Risperidona 1/4tab c/12h + Clonazepam 1/4tab c/12h

Evolución postoperatoria favorable. Se da nutrición por Sonda Nasoenteral.

27.11.2013 Exámenes: Hm 11300 (Ab 10%), Hto 24,1, Hb 7,5, Plaquetas 207000, Linfocitos atípicos 1%, Hipocromia 2+, Microcitosis 2+.

28.11.2013 Transfusión de 01 PGR. Alza térmica.

29.11.2013 Exámenes: Hm 14200 (Ab 8%), Hb 8, Hto 25, Plaquetas 274000., Hipocromia 1+, Anisocitosis 1+, Microcitos 1+.

30.11.2013 Alza térmica.

01.12.2013 Ecografía: Imagen hipoecogénica con ecos densos a nivel de hipocondrio izquierdo y epigastrio en probable relación a estómago con contenido líquido. Líquido libre laminar periesplénico. Incremento de la ecogenicidad de la grasa mesentérica en relación a edema. Transfusión de 01 PGR. Se reinicia vía oral.

02.12.2013 Alza térmica. Se rotan antibióticos: Metronidazol 500mg c/8h + Cefepime 1g c/8h.

03.12.2013 TEM: Colección hipoecogénica con aire en su interior a nivel subfrénico que se extiende hasta espacio entre pared hipocondrio izquierdo - cuerpo gástrico, mide DL 14.6cm *DAP 4.5cm, volumen aproximado 452cc. Marcado engrosamiento de hasta 21mm de la pared anterior del estómago a nivel de cuerpo gástrico. Alteración de la grasa mesentérica adyacente en relación a edema. Hígado DL 16.5cm, quiste de 4mm en segmento IV. Bazo mide 12.2cm sin lesiones focales. Imagen isodensa de 33*28mm a nivel de asas yeyunales en probable relación a tricobezoar. Líquido libre laminar en cavidad pélvica. Derrame pleural laminar bilateral.



Figura N°06: Tomografía espiral multicorte de control

04.12.2013 Drenaje de seroma en herida operatoria. Exámenes: Urea 20.5, Creatinina 0.32, Glucosa 101, TP 11.8, INR 1.0, Hm 9730 (Ab 0%), Hb 9.4, Hto 30, Plaquetas 494000, TC 7.00, TS 2.30.

05.12.2013 Resultado Anatómo Patológico:

Macroscopía: 1) Conjunto de pelos en forma de estómago que mide 16cm por la curvatura menor, 47cm por la curvatura mayor por 9cm de ancho y peso 1700g, 2) Biopsia de úlcera, 3 fragmentos de tejido de 0.8cm*0.5cm*0.3cm, 1cm*0.5cm*0.3cm, irregulares, color beige. Diagnósticos: 1) Cuerpo extraño gastoduodenal: Tricobezoar gastroduodenal, 2) Biopsia de úlcera gástrica: Borde y fondo de úlcera gástrica con inflamación crónica moderada, grado de actividad moderada, Helicobacter pylori negativo. Transfusión de 01 PGR.

07.12.2013 Exámenes: Hm 11540 (Ab 0%), Hb 10,7, Hto 34, Plaquetas 501000, TP 11,3, INR 1,0.

09.12.2013 URI: El estudio ecográfico abdominal muestra mínimo volumen de colección periesplénica (1cc); actualmente no se considera necesario drenaje.

10.12.2013 Peso 41Kg. Alta con indicaciones: Omeprazol 20mg c/24h + Metronidazol 500mg c/8h + Ciprofloxacino 500mg c/12h + Risperidona 1/4tab c/12h + Clonazepam 1/4tab c/12h, Controles por Consulta Externa de Cirugía General y Psiquiatría.

DISCUSIÓN

El término bezoar es derivado de las palabras árabe Badzhe, persa Padzhar y hebrea beluzaar que significan antídoto, ya que se pensaba que estos tenían poderes curativos contra el envenenamiento^(2,4).

La mayoría de estos casos han sido reportados en mujeres jóvenes menores de 30 años y con un pico de incidencia entre los 15-20 años de edad^(2,4), frecuentemente coexisten trastornos de la personalidad, rasgos psicóticos, ideas delirantes o en pacientes con limitaciones en sus habilidades adaptativas (retardo mental) y alteraciones en el estado de ánimo^(1,2,5-8).

Se tienen datos de los primeros casos hacia el siglo XII a.C., pero fueron Sushruta y Charak en el siglo II y III a.C. quienes realizaron la primera descripción^(8,9,3), y fue hasta 1883 cuando se realizó la primera intervención quirúrgica por este cuadro practicada por el Dr. Schonborn^(6,4).

Fisiopatológicamente, los tricobezoares deben su formación a que los materiales ingeridos son retenidos en los pliegues gástricos y por su poca superficie de contacto se hacen resistentes a la propulsión para ser expulsados del estómago^(1,2,4).

Las manifestaciones clínicas más comunes de este cuadro incluyen masa palpable en epigastrio, 70% de los casos, dolor abdominal 37%, náusea y vómito 33%, pérdida de peso 38%, diarrea y anorexia 32%^(2,4). Las complicaciones más frecuentes descritas se relacionan con cuadros de obstrucción intestinal, pancreatitis por irritación y edema en la ampolla de váter, hemorragia, e incluso perforación intestinal con peritonitis^(1,2,4).

Una forma rara pero potencialmente fatal del tricobezoar es el síndrome de Rapunzel (por el cuento de los hermanos Grimm sobre Rapunzel). Este síndrome originalmente fue descrito por Vaughan y colaboradores en 1968 como una variedad extraña de tricobezoar que se extendía por el píloro hasta el duodeno^(2,8,4). Es una entidad rara de la cual existen pocos reportes en la literatura y para la que no existe un consenso formal sobre sus criterios diagnósticos; sin embargo, Naik y cols han propuesto la una triada diagnóstica⁽²⁾:

Criterios Diagnósticos del Síndrome de Rapunzel: 1) Tricobezoar con una cola, 2) Extensión de esta cola por lo menos hasta el yeyuno, 3) Síntomas obstructivos

Los factores de riesgo para este síndrome incluyen:

1, los mismos que para cualquier tricobezoar (enfermedad mental, trastorno de adaptación, tricotilomanía y tricofagia); cabe mencionar que casi la totalidad de casos reportados son mujeres jóvenes y la mayoría de cabello largo.

2, un factor predisponente, casi siempre involucra la formación de bezoares dada por alteraciones de la anatomía gástrica o intestinal comúnmente después de cirugía gastroduodenal o desórdenes de la motilidad del tracto gastrointestinal como gastroparesia^(2,4,10).

El diagnóstico de esta entidad no es fácil ya que paciente generalmente niega u oculta la información sobre tricofagia o tricotilomanía, lo que hace difícil su sospecha clínica. Los métodos diagnósticos utilizados en estos casos incluyen la evaluación ecográfica donde se puede evidenciar una alta ecogenicidad intraluminal gástrica con sombra acústica posterior^(1,3,8,12), la TAC contrastada que posee mayor capacidad para describir el sitio y el tamaño del bezoar que nos permite además diferenciar del bezoar de una neoplasia^(1,3,8,9). Los estudios con medio de contraste donde se visualiza el bario rodeando una masa que generalmente flota en la suspensión admite descartar un tumor, además, en algunos casos como el bario queda atrapado en el intersticio del bezoar se produce una imagen clásica “en panal de abejas^(1,3,8)” y por último, el método ideal, la endoscopia digestiva la cual nos permite el diagnóstico en las fases tempranas, posee un rendimiento diagnóstico cuatro veces mayor que los estudios radiológicos y además un potencial terapéutico en los casos menos complejos^(1,2,3,5,7,8).

El objetivo inicial del tratamiento en estos pacientes es la extracción del bezoar y la prevención de la recurrencia con terapia psiquiátrica^(8,13,14). A diferencia de otros bezoares, los tricobezoares son resistentes a la disolución utilizando enzimas como la catalasa, “coca-cola”, o lavados con proquinéticos como la metoclopramida, los cuales han sido utilizados en otros bezoares con éxito^(5,7). Así, el tratamiento definitivo de estos pacientes es la remoción mecánica ya sea endoscópica o quirúrgicamente, pueden ser

fragmentados con láser, litotripsia extracorpórea, tijeras endoscópicas, asas de polipectomías o litotripsia electrohidráulica; sin embargo, generalmente, requieren de varias sesiones largas y dispendiosas especialmente aquellos bezoares de gran tamaño, por lo tanto la cirugía es la modalidad de tratamiento más indicada en estos casos teniendo baja morbimortalidad^(1,2,3,5,7,15).

En el presente caso, el tratamiento quirúrgico fue escogido dada la longitud y tamaño del bezoar. Cabe mencionar el tiempo de formación de este tricobezoar de 13 años (desde su cirugía previa).

Dada la escasez de reportes, más aún de casos recurrentes, en la literatura mundial y nacional, no existe consenso ni recomendaciones estandarizadas para el enfoque terapéutico de casos como el presentado.

Conflictos de interés: El autor niega conflictos de interés.

Financiamiento: Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goswin Yason Meyer-Rochow, Bernd Grunewald. Laparoscopic Removal of a Gastric Trichobezoar in a Pregnant Woman. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2007; 17(2): 129-132.
2. Puja Mehta, Rajinder Bhutiani. The Rapunzel syndrome: is it an Asian problem? (Case report and review of literature) *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2009, 21(8): 937-940.
3. Vaughan ED Jr, Sawyers JL, Scott HW Jr. The Rapunzel syndrome: an unusual complication of intestinal bezoar. *Surgery* 1968; 63: 339-343.
4. Gutiérrez JO. Tricobezoar gástrico. *Rev Colomb Cirugía* 2000; 15(1): 30-2.
5. Mohamed Salem, Ragai Fouda, Usama Fouda, Mohamed EL Maadawy, Hussam Ammar. Rapunzel and Pregnancy. *Southern Medical Journal* 2009; 102(1): 106-107.
6. Doron Zamir, Carl Goldblum, Lina Linova, Ilia Polychuck, Tatiana Reitblat, Boris Yoffe, Rothman M. Phytobezoars and Trichobezoars A 10-Year Experience. *J Clin Gastroenterol* 2004; 38(10): 873-876.
7. Sánchez Vallejo Gregorio, Osorio Correa Eisner, Barrera Lopez Ana. Cuerpos extraños en tracto gastrointestinal asociados a trastorno mental. Reporte de caso. *Rev Col Gastroentero* 2009; 24(1): 79-85.
8. Deslypere JP, praet M, Verdonk G. An unusual Case of the trichobezoar: the Rapunzel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1982; 77 (7): 467-70.
9. Williams RS. The fascinating history of bezoars.

- Med J Aust 1986; 145: 613-614.
10. Samer B Shami, Ayatallah AM, Jararaa, Aymman Hamade, Basil J, Ammori. Laparoscopic Removal of a huge Gastric Tricobezoar in a patient with Trichotillomaiia. Surg laparosc Percutan tech 2007; 17(3): 197-200.
 11. Ripolles T, García-Aguayo J, Martínez MJ, Gil P. Gastrointestinal bezoars: sonographic and CT characteristics. AJR Am J Roentgenol 2001; 177: 65-69.
 12. Rojas Elsa. Manual de urgencias en medicina interna. Ediciones Acta Médica Colombiana. Servicio de gastroenterología. Hospital San Juan de Dios, Bogotá.
 13. Rider JA, Foresti LF, Garrido J, et al. Gastric bezoars: treatment and prevention. Am J Gastroenterol 1984; 79: 357-359.
 14. Klamer TW, Max MH. Recurrent gastric bezoars: a new approach to treatment and prevention. Am J Surg. 1983; 145: 417-419.
 15. Juan Vidal Rodríguez-Terrones, Jorge Luis Fernández-Mogollón. Tricobezoar gástrico en mujer adolescente: reporte de caso. Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. 2013;6(1):50-2.

Correspondencia

Francisco Alejandro Perales Che León

Correo: drperales@yahoo.com

Revisión de pares

Recibido: 10/01/2016

Aceptado: 20/04/2016