

## Obstrucción Intestinal Baja por Tricobezoar

Dra. María de Lourdes Briceño P. \*

Dr. Javier Cebrian P. \*\*

Dr. Nelson Dellan P. \*\*\*

Dr. Ricardo Blanch \*\*\*\*

### RESUMEN

Los bezoares son formaciones de material extraño al organismo en el estómago o intestino del hombre o animales. Pueden estar formados por pelos (tricobezoar) o por frutos (fitobezoar), siendo los primeros los más comunes (55% de los casos). En la mayoría de los casos, los tricobezoares se encuentran confinados sólo al estómago, pero ocasionalmente, pueden presentar una cola que se extiende hasta el duodeno. También raramente pueden fragmentarse y ser causa de obstrucción intestinal.

Presentamos a continuación la experiencia personal con dos casos de obstrucción intestinal debida a tricobezoar, el primero de los cuales es un caso hasta ahora no encontrado en la literatura.

### SUMMARY

The bezoars consist on formations of foreign material in the stomach or intestines of men or animals. They can be made out of hair (trichobezoars) or fruits (fitobezoars), the first ones being the most common (55% of all cases). Usually, the trichobezoars are confined solely to the stomach, but occasionally they can develop a tail wich extends down to the duodenum. Seldomly the can be fragmented and be the cause of an intestinal obstruction.

Following we will present our personal experience on two cases of intestinal obstruction due to trichobezoars, the first one hasn't been described on the literature until now.

Palabras Claves: Obstrucción Intestinal.  
Abdomen Agudo.

### REPORTE DE LOS CASOS

#### Caso 1

Se trata de un paciente masculino de 60 años, que ingresó al Servicio de Cirugía I del H.U.C. en Febrero de 1984, con una historia previa de 2 años de masa dolorosa en Fosa Iliaca Izquierda, que se acompañaba de disuria y orinas fétidas y que desde un mes antes de su ingreso presentaba además un cuadro febril y neumaturia. Los diagnósticos clínicos de ingreso fueron: 1. Fístula colovesical. 2. Cáncer de Colon izquierdo. 3. H.T.A.. El examen físico reveló una masa en F.I.I. de aproximadamente 6 cms de diámetro, discretamente dolorosa y móvil on sentido transversal. El resto del examen físico a excepción de una H.T.A. leve, fue normal. Los estudios radiológicos de tórax, estómago, duodeno y tránsito intestinal fueron interpretados como normales, así como la endoscopia digestiva superior. La Rx simple de abdomen mostró una imagen de aspecto cálcico en F.I.I. que al colon por enema se apreció como un defecto de llenado de la porción distal del descendente por tumoración parietal de aspecto benigno, así como múltiples divertículos. Se practicó intervención quirúrgica evidenciándose tumor on colon izquierdo de aproximadamente 10 cms, duro y móvil, formando un plastrón perivesical junto con asas delgadas. Se realizó una Hemicolectomía izquierda con anastomosis término-terminal y una colostomía protectora on el transverso con buena evolución postoperatoria. El reporte de Anatomía Patológica fue de un Tricobezoar. Seis semanas después el paciente reingresó y se le practicó un cierre extraperitoneal de su colostomía, egresando tres días más tarde.

#### Caso 2

Se trata de una niña de 10 años de edad, quien consultó al Centro Ambulatorio de la Guardia (Edo. Nueva

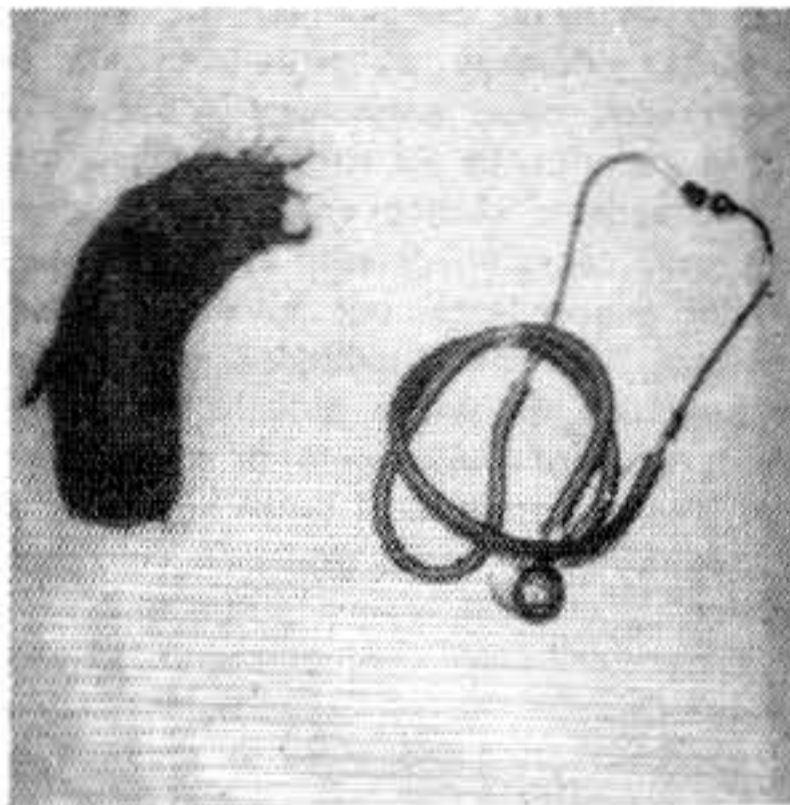
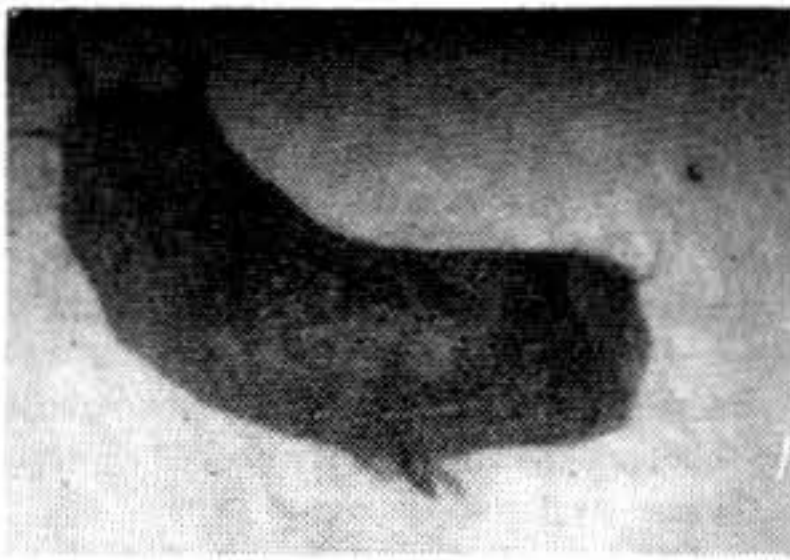
\* Residente del Centro Médico de Caracas. Ex-Médico Rural de la Medicatura de La Guardia, Edo. Nueva Esparta, 1988.

\*\* Residente del Servicio de Cirugía I, H.U.C.

\*\*\* M.A.S.V.C. Adjunto del Servicio de Cirugía I, H.U.C.

\*\*\*\* M.A.S.V.C. Adjunto del Servicio de Ginecología, H.U.C.

Esparta) en Marzo de 1988 por presentar emesis de contenido alimentario en 3 oportunidades, acompañada de dolor abdominal tipo cólico de 2 días de evolución. El examen físico reveló una masa en epigastrio de aproximadamente 7 x 10 cms, discretamente dolorosa y que tanto a la palpación como a la auscultación presentaba crepitación. Esto hizo sospechar el diagnóstico de tricobezoar gástrico, por lo cual fue referida al Hospital Luis Ortega en Porlamar, donde se confirma el diagnóstico por radiología contrastada. Es intervenida al día siguiente y se le extrae del estómago un tricobezoar de 17 x 7 cms. La paciente presenta una evolución tórpida, con signos de obstrucción intestinal, por lo cual es reintervenida 4 días después y se evidencia la presencia de 2 masas tumorales en ileon y colon transverso, extrayéndose la primera por enterotomía, evidenciándose que se trataba de un nuevo tricobezoar, y llevando la segunda por expresión manual hasta el sigmoidees siendo expulsada por vía rectal 3 días después. Posterior a la reintervención presenta buena evolución y es egresada del Hospital una semana después. (Fotos 1 y 2)



Fotografías del Tricobezoar Gástrico extraído a niña de 10 años de edad (Caso No. 2).

## DISCUSION

Más de 200 casos de Tricobezoar se han descrito en la literatura mundial (4), siendo el cuerpo extraño más común localizado en el estómago (6,12). La palabra "bezoar" proviene del árabe "badzehr", de la palabra persa "padzahr" o de la palabra hebrea "beluzaar" que significan todas ellas antídoto. La primera referencia a un bezoar se remonta al siglo XII antes de Cristo en la India, siendo la primera intervención quirúrgica realizada en 1883 por Schonborn (4).

En el humano, los bezoares gástricos ocurren por la ingestión de objetos que no pasan el píloro, como el pelo, plástico, algodón, o fibras vegetales ingeridas en grandes cantidades. Entre los factores etiológicos que se describen en la formación de los bezoares gástricos están todos aquellos que retardan el vaciamiento gástrico como la cirugía gástrica, la enfermedad Ulcero-péptica y la hipoclorhidria (12), la gastroparesia de la diabetes (1) y el hipotiroidismo (2) y, recientemente, se ha identificado una asociación con el uso prolongado de Cimetidina (2, 11) y con la deficiencia de hierro (8).

Los tricobezoares están confinados generalmente al estómago, pero ocasionalmente pueden tener una cola que se extiende a través del píloro hasta el duodeno (13) aún cuando se han descrito casos inusuales, en los cuales se extiende por todo el intestino lo que se ha llamado Síndrome Rapunzel (3). También pueden desprenderse masas satélites y migrar hasta el intestino delgado produciendo obstrucción (5,10) siendo esta la complicación más frecuente de los tricobezoares. Adicionalmente pueden producir sangramiento, perforación, enteropatía perdedora de proteínas, esteatorrea, pancreatitis, intususcepción, apendicitis e ictericia obstructiva (13,10).

El 80% de los casos ocurren antes de los 30 años, con un pico en la segunda década de la vida, siendo muy raros en niños. Más del 90% se han reportado en mujeres, particularmente aquellas con el pelo largo, siendo común un disturbio psicológico de base (7). Los signos y síntomas comunes incluyen dolor epigástrico, náuseas, vómitos, cólicos, masa palpable en epigastrio, pérdida de peso, diarrea, hematemesis o peritonitis por perforación del estómago por la masa (4,5,7). Recientemente se ha reportado un nuevo signo que es la crepitación de la masa epigástrica al palparla.

El diagnóstico se hace por clínica, al sospecharlo en un paciente con tricotilomania y/o tricofacia, por radiología, con una certeza diagnóstica del 70% o por Endoscopia (4).

Desde el punto de vista terapéutico, aún cuando se han descrito casos de extracción de bezoares a través de aspiración, o del uso de enzimas para disolver los mismos (2,11) la mayoría de los autores sostienen que el método de elección es la extracción quirúrgica del mismo (4,2, 13, 11). Se han descrito casos que incluso han requerido múltiples intervenciones (3).

**CONCLUSIONES**

Presentamos nuestra experiencia personal con dos casos de Tricobezoar que llaman la atención por sus características particulares e infrecuentes.

En ambos casos se encontraron bezoares en el colon, siendo en uno de ellos la única manifestación de dicha enfermedad, lo cual le confiere una particularidad hasta los momentos no encontrada en la literatura, ya que en todos los casos reportados en la literatura anteriormente habia además un Tricobezoar gástrico; y, además se trataba de un varón de 60 años que como sabemos no es el sexo ni el grupo etario donde esperaríamos encontrar dicha patología.

En cuanto al caso No. 2 llama la atención la magnitud de la pieza de Tricobezoar gástrico, asintomática hasta el día en que la paciente consultó y que para el momento del examen, a pesar de los antecedentes de Tricotilomanía, no se apreciaron áreas de alopecia en cuero cabelludo.

**BIBLIOGRAFIA**

- 1 Ahn, Y. H.; Maturu, P.; Steinheber, F. U.; Goldman, J. M.- Association of Diabetes Mellitus with gastric bezoar formation. Arch. Intern. Med. 147:527-8, 1987.
- 2 Allred-Crouch, A.; Young, E. A.- Bezoars-When the Knot in the stomach is real. Postgr. Med. 73:231-5, 1985.
- 3 Booth, I. W.; Harries, J. T.; Glaser, D. K.; Graham, F. J.- Multiple trichobezoars and laparatomies. J. Royal Society Med. 74:691-2, 1981.
- 4 Deslypere, J. P.; Praet, M.; Verdonck, G.- An unusual case of Trichobezoar: The Rapunzel Syndrome. Am. J. Gastroenterol. 77:467-70, 1982.
- 5 Goldstein, S. S.; Lewis, J. H.; Rothstein, R.- Intestinal Obstruction due to Bezoars. Am. J. Gastroenterol. 79:313-8, 1984.
- 6 Klamer, T. W.; Max, M. H.- Recurrent Gastric Bezoars. A new approach to treatment and prevention. Am. J. Surg. 145:417-9, 1983.
- 7 Lamerton, A. J.- Trichobezoars: two cases reports. A new Physical sign. Am. J. Gastroenterol. 79:354-6, 1984.
- 8 Mc Geheer, F. T.; Buchanan, G. R.- Trichophagia and Trichobezoar: etiologist role of iron deficiency. J. Pediatr. 97:946-8, 1980.
- 9 Ritchie, J. F.- The ultrasonographic appearance of a Trichobezoar. Br. J. Radiol. 55:166-7, 1982.
- 10 Rees, M.- Intussusception caused by multiple trichobezoars: a surgical trap for the unwary. Br. J. Surg. 71:721, 1984.
- 11 Rider, J. A.; Foresti-Lorente, R. F.; Garrido, J.; Puletti, E.; Rider, D. L.- Gastric Bezoars: treatment and prevention. Am. J. Gastroenterol. 79:357-9, 1984.
- 12 Scully, R. F.; Dabini, J. J.- Case Records of the Massachusetts General Hospital. New England J. Med. 298:1301-7, 1978.
- 13 Wolfson, P. J.; Fabius, R. J.; Leibowitz, A. N.- The Rapunzel Syndrome: an unusual trichobezoar. Am. J. Gastroenterol. 79:313-8, 1984.