

Presentación de un caso de tricobezoar en el Hospital Erasmo Meoz de la ciudad de San José de Cúcuta (Colombia)

Leonardo Contreras Parada¹, Jaime Figueroa Quiñónez², Stevenson Rueda Mendoza³

Resumen

El tricobezoar es una concreción de cabellos que se puede encontrar en el tracto digestivo humano debido a tricofagia y que puede causar una gran variedad de signos y síntomas hasta llegar a la oclusión, perforación o ulceración del tracto digestivo; su incidencia es bastante rara, y suele ocurrir en pacientes con problemas psiquiátricos de sexo femenino. El tratamiento de esta entidad es muy variado, desde la sola extracción o fragmentación endoscópica o quirúrgica hasta la resección intestinal.

Se presenta el caso de una paciente femenina del Hospital Erasmo Meoz de la ciudad de San José de Cúcuta en su puerperio tardío con un tricobezoar gástrico y que aparentemente no poseía un trastorno de base ni sintomatología relacionada previa al embarazo.

Palabras clave: Tricobezoar, tricofagia.

Abstract

The trichobezoar is a concentration of hair that can be found in the human digestive system due to trichophagy and that can cause a great variety of signs and symptoms inducing obstruction, ulceration or perforation of the gastrointestinal tract; its incidence is rare and usually occurs in patients with psychiatric problems and female. The treatment options of this entity vary and include the extraction endoscopic or surgical fragmentation and even intestinal resection.

He present a case of a female patient in Erasmo Meoz Hospital in San José de Cúcuta city in her puerperium with a gastric trichobezoar that apparently is not related to a psychiatric disorder or other symptomatology during or before her pregnancy.

Key words: Trichobezoar, trichophagy.

Mayo de 2004 Agosto 2003

INTRODUCCIÓN

Los bezoares son cuerpos extraños formados por el acúmulo de material no digerible por los ácidos gástricos como cabello, plástico o algodón, etc., que se ubican en el tracto intestinal, y según su conformación se llaman tricobezoar (conglomerados de cabello), fitobezoar (de fibras orgánicas), bezoar medicamentoso, entre otros.

¹ Médico egresado de la Universidad del Bosque; cirujano de la Universidad Central de Venezuela; cirujano del Hospital Erasmo Meoz de la ciudad de San José de Cúcuta.

² Médico egresado de la Universidad Nacional; cirujano del Instituto Nacional de Cancerología; cirujano del Hospital Erasmo Meoz de la ciudad de San José de Cúcuta.

³ Médico Interno de la Universidad del Norte. Hospital Erasmo Meoz de la ciudad de San José de Cúcuta. strueda@lycos.com

La sintomatología de los tricobezoares es muy variable, lo cual influye en que el diagnóstico no sea presuntivo o certero inicial. Además a lo anterior, su incidencia es muy baja. Pero se debe pensar en pacientes con problemas psiquiátricos (en especial mujeres jóvenes) con concomitancia de un cuadro relacionado a un tumor intragástrico. El caso que se describe a continuación trata de una paciente femenina en su puerperio tardío que ingresó al Hospital Erasmo Meoz con diagnóstico de endometritis y un cuadro bizarro y confuso de abdomen agudo, por lo cual fue llevada a laparotomía exploratoria, y se encontró un tricobezoar gástrico.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 25 años de edad en su puerperio tardío que ingresa al servicio de ginecología del Hospital Erasmo Meoz de la ciudad de San José de Cúcuta remitida de un centro de salud de la ciudad por presentar cuadro de dolor abdominal en hipogastrio de nueve días de evolución concomitante con vómitos, loquios hemáticos escasos, fétidos y fiebre de 24 horas con mejoría parcial de sus síntomas a la ingesta de AINES. Fue remitida con diagnóstico de endometritis posparto.

Antecedentes: Hospitalizaciones (-); quirúrgicos (-); patológicos (-); trabajaba como empleada doméstica en una casa de familia, sangre A+; ginecológicos: G2 P2 A0; fecha del último parto, 17 de febrero de 2003. Ecografía obstétrica del 13 de febrero de 2003 que muestra útero con feto de biometría para embarazo de 34,6 semanas, vacuna de TD dos dosis, VDRL no reactivo.

Al examen físico: Paciente alerta, consciente, orientada en regular estado general y nutricional con palidez mucocutánea marcada, sudorosa, fría. Frecuencia cardíaca de 131 por minuto; tensión arterial de 105/60 mmHg; cardio-pulmonar clínicamente normal; abdomen levemente distendido con defensa muscular, involución uterina infraumbilical de 3 cm, al tacto vaginal, hipertermia, loquios escasos y no fétidos.

El servicio de ginecología solicita valoración por cirugía general por considerar cuadro de abdomen agudo de resolución quirúrgico.

Al momento del examen físico por el servicio de cirugía general se encuentra una paciente con rigidez muscular abdominal marcada con compromiso de su estado general. Se le realiza una impresión diagnóstica de una posible apendicitis más peritonitis generalizada y se decide llevar a cirugía para realizar laparotomía exploratoria.

En la laparotomía exploratoria se encuentra inicialmente aire libre en cavidad que al contacto con el electrocauterio combustiona; se observa aproximadamente 3.000 cc de líquido seropurulento; el útero estaba aumentado de tamaño en correlación con el posparto; el apéndice era de aspecto normal. En el cuerpo alto, cara anterior, hacia la curvatura mayor del estómago había una perforación de 1,5 cm de diámetro, y hacia el interior de éste y todo el duodeno, tumor de aspecto endurecido. Se resecciona el borde de la úlcera y se secciona longitudinalmente el cuerpo gástrico; se extrae material compacto de pelos de forma del estómago, duodeno e inicio del yeyuno (ver figura). Se realiza síntesis de mucosa gástrica en dos planos con vicryl, se lava la cavidad y se cierra.



Pieza quirúrgica después de la resección que muestra material compacto de pelo que toma la forma del estómago, duodeno e inicio del yeyuno.

La paciente se inestabiliza hemodinámicamente en su recuperación, por lo cual es trasladada a la unidad de cuidados intensivos para su manejo con soporte inotrópico y respiratorio, donde al cabo de una semana se le da salida.

En una entrevista posterior con el compañero, realizada con el fin de aclarar la historia, éste refiere que la conocía desde hace un año, sufría de onicofagia pero nunca la vio ingerir cabello, aunque le notaba zonas de alopecia ocasionales.

Antes de embarazo, agregó. era una «joven normal». En el galanteo del noviazgo la invitaba a comer diferentes platos sin que manifestara problemas de intolerancia. En el transcurso del embarazo acudió dos veces al puesto de salud por presentar epigastralgia, lumbalgia y por sialorrea. El día de la remisión, el 27 de febrero, después de desayunar un jugo cítrico, se quejó de fuerte dolor en hipocondrio derecho, se notó sudorosa, pálida, febril, por lo cual fue llevada al centro de salud y luego remitida al Hospital Erasmo Meoz.

DISCUSIÓN

Caso referente a una paciente femenina de 25 años en su puerperio tardío que consultó a un centro de salud con un cuadro de dolor abdominal, intolerancia reciente a los alimentos, fiebre, vómitos y compromiso de su estado general; posteriormente fue remitida a un centro de tercer nivel para su valoración y manejo. El diagnóstico inicial de endometritis con el que fue remitida la paciente se encuentra dentro de las opciones de un cuadro de sepsis posparto, pero no concuerda con lo encontrado en el examen físico inicial.

Los antecedentes revelan un embarazo llevado a término con controles ecográficos y serológicos sin ninguna alteración de importancia, y tampoco revela los antecedentes alguna patología en especial, y menos de tipo siquiátrica.

Se le sometió a una laparotomía exploratoria, y se encontró un tricobezoar, patología de muy baja incidencia. En la literatura médica norte santandereana sólo se han descrito (en 1971) tres casos en la Clínica Infantil del Hospital San Juan de Dios de Cúcuta, donde todos los casos correspondieron al sexo femenino, y la edad osciló entre los 5 y 15 años.

Aunque los síntomas de esta enfermedad son de un verdadero tumor intragástrico que altera el funcionamiento y comportamiento normal de este órgano con intolerancia a los alimentos, epigastralgia y sensación de masa móvil en el epigastrio, es la concomitancia de una enfermedad siquiátrica lo que lleva a intuir este diagnóstico. Nuestra paciente no poseía antecedentes o aparentaba problemas siquiátricos (sólo en la entrevista posterior con el esposo éste comentó haber notado en ella zonas de alopecia ocasionales), pero se sabe que pacientes con conductas leves patológicas que están sujetos a una fuerte carga emocional o el ambiente ideal como el embarazo, pueden exacerbar sus problemas y acelerar en este caso la tricofagia y el proceso de la formación de un tricobezoar.

El diagnóstico de tricobezoar es de exclusión y es difícil, ya sea por su incidencia baja o por la negación férrea del paciente para aceptar la tricofagia. Por lo anterior, primero se debe excluir enfermedades que involucran una masa en el epigastrio, a lo cual la ayuda diagnóstica de elección es la endoscopia, que permite la identificación y visualización directa de la masa.

En el caso de nuestro paciente se encontraba con marcado compromiso hemodinámico, lo cual condujo a actuar lo más rápido posible para preservarle la vida, y se le practicó laparotomía exploratoria, y se encontró una de las complicaciones de los tricobezoaes, que es la ulceración y perforación de la pared del estómago ocasionada por la necrosis e isquemia resultante del efecto de masa en este órgano. La úlcera gástrica perforada le había ocasionado una peritonitis generalizada, lo cual explicaba su compromiso hemodinámico.

CONCLUSIÓN

El tricobezoar es una patología de muy baja incidencia que obliga al galeno a una franca intuición ante una historia confusa de una paciente femenina adolescente con alteraciones siquiátricas o no, con cuadro crónico caracterizado por epigastralgia e intolerancia a la ingesta de alimentos.

Referencias

- Uribe Calderón, Jorge, Corzo Mantilla, Sergio y Salgar U., Edgar: 3 casos de tricobezoar en la Clínica infantil del Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Cúcuta. *Anales pediátricos*, Vol. 1, noviembre, 1971.
- Beauregard Ponce, GE, Martínez Acosta, FA, Castaneda-Flores, JL, Garcíacabañez-Cruz, G, Alonso Carrillo, CA y Pavón-del Rivero, F: Tricobezoar. *Salud Tab* 2001; 7(1): 372-374.

- Goldstein, S., Lewis, J. y Rothstein R: Intestinal Obstruction Due to Bezoars. *Am J Gastroenterol* 1984; 79(4): 313-8.
- Byrne, WJ: Cuerpos extraños, bezoares e ingestión de cáusticos. *Clin Endoc North Am* 1994; 1: 103-2.
- Pozo, JC, Gómez, TA, Rincón, N y Berríos, C: Tricobezoar: Diagnóstico Inusual. Reporte de 3 casos. *GEN* 1995, Abr; 49(2): 157-0.
- Sharma, V y Sharma, ID: Intestinal Trichobezoar with Perforation in. *Child. J Pediat Surg* 1992; 27: 518-9.
- Gutiérrez, J. O., md, scc.: Tricobezoar gástrico. *Revista Colombiana de Cirugía*, vol. 15, N° 1, enero-marzo.
- Michael Blam, E. y Lichtenstein, Gary R.: A new endoscopic technique for the removal of gastric phytobezoars Gastrointestinal Endoscopy. *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* 2000, septiembre; 52 (3).