



Tricobezoar gástrico: Presentación de un caso

Gastric Trichobezoar: Case Report

Ana María Henao¹
María Camila Medina¹
Fabián Reyes¹
Luis Felipe Uriza²

Resumen

El bezoar es una concreción que se forma en la luz del tracto gastrointestinal por la acumulación de cuerpos extraños no digeribles. Se clasifican de acuerdo con el material que los componen, son el tricobezoar y el fitobezoar las formas más frecuentes, los cuales están compuestos de pelo y de fibras de vegetales y frutas, respectivamente. El bezoar usualmente se forma en el estómago, puede pasar al intestino delgado (síndrome de Rapunzel) y ser una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. En este artículo se describe un caso de tricobezoar gástrico, sus hallazgos por imagen, patología y una breve revisión de la literatura. La información acerca de esta entidad es limitada y se cuenta con pocas series de casos por lo cual es necesario continuar describiendo y determinando sus hallazgos en las diferentes modalidades diagnósticas.

Summary

A bezoar is a foreign body that can form in the gastrointestinal tract due to the ingestion of non digestible substances. They are classified according to their composition, with trichobezoar and phytobezoar being the most frequent forms, and they are formed by hair and vegetable and fruits fibres respectively. A bezoar is usually formed in the stomach but can however move to the small intestine (Rapunzel syndrome) and become a low frequency cause of intestinal obstruction (0.4 to 4%). This article describes a case of gastric trichobezoar, its findings by image, pathology and a brief review of the literature. The information about this entity is limited and there are few series of cases so it is necessary to continue describing and determining their findings in the different diagnostic modalities.

Introducción

El bezoar gástrico se define como una masa formada por un conglomerado de cuerpos extraños no digeribles en el estómago, con una incidencia menor al 1 % en la población general (1). Los pacientes afectados pueden ser asintomáticos o manifestar una variedad de síntomas que incluyen dolor epigástrico, distensión abdominal, vómito, saciedad temprana y sangrado gastrointestinal alto.

Su clasificación se basa en el material del que está compuesta la masa. El tricobezoar, la acumulación en el estómago de pelo humano no absorbible, se presenta principalmente en mujeres jóvenes con alteraciones psiquiátricas, como tricotilomanía o tricofagia (1). Los adultos con cirugías gástricas previas y gastroparesia también están en riesgo de formar bezoar, mas probablemente fitobezoar, compuesto principalmente por frutas y vegetales pobremente absorbibles, como la naranja o las dietas altas en fibra (2). El farmacobezoar y lactobezoar

están compuestos por tabletas no digeribles o semilíquidas y leche (2).

El síndrome de Rapunzel es una rara complicación del tricobezoar. Se refiere a un gran tricobezoar que ocupa completamente el estómago y que se extiende al duodeno y, posiblemente, al yeyuno y colon a través del píloro causando algunas veces obstrucción intestinal.

Caso clínico

Paciente femenina de 14 años de edad, quien ingresa por dolor abdominal en el mesogastrio de dos días de evolución. Al interrogatorio, la madre refiere que la paciente ingiere pelo de manera ocasional desde hace más de un año, pero se ha incrementado la frecuencia de consumo en los últimos meses. Al examen físico presentaba ligera alopecia y una masa palpable en el mesogastrio. En los exámenes de laboratorio se encontró anemia e hipoalbuminemia secundaria a desnutrición crónica. Se le practicó una



Palabras clave (DeCS)

Bezoares
Intestino delgado
Tomografía computarizada
multidetector



Key words (MeSH)

Bezoars
Intestine, small
Multidetector computed
tomography



¹Residente de Radiología, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

²Radiólogo, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia.

radiografía de abdomen donde se observó una opacidad que desplaza el colon transverso y aire a su alrededor, por lo cual se consideró compatible con masa de origen gástrico. La ecografía de abdomen (figura 1) demostró hallazgos inespecíficos: en el epigastrio, una imagen lineal ecogénica con sombra acústica posterior sugestiva de tricobezoar (figura 2). Debido a la sintomatología inespecífica se le

realizó una escanografía de abdomen con medio de contraste en donde se observó la luz gástrica ocupada por material de diferentes densidades en disposición de anillos concéntricos, con aire y medio de contraste extendido hasta el bulbo duodenal, conformando el signo de “Rapunzel” (figuras 3 y 4). Finalmente, se le practicó cirugía para la extracción del bezoar mediante gastrostomía (figura 5).

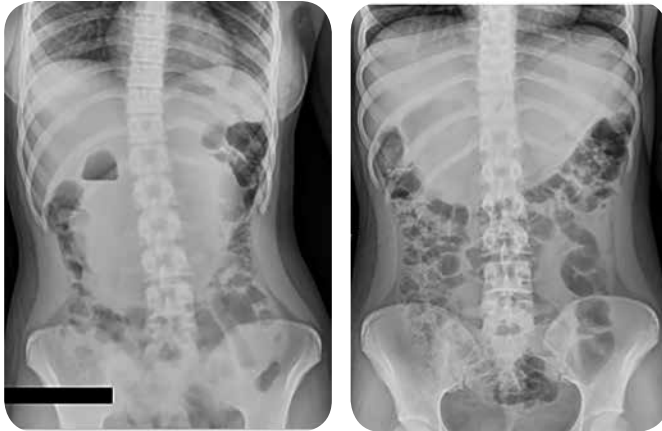


Figura 1. a y b) Radiografía de abdomen AP y vertical: hay dilatación del estómago por una opacidad que ocupa casi la totalidad de su luz, con aire alrededor y desplazamiento caudal del colon transverso, compatible con masa gástrica.

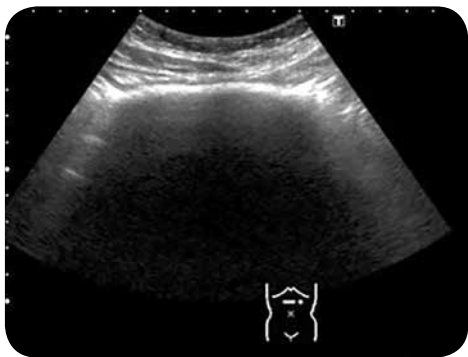


Figura 2. Ecografía del epigastrio: se observa una imagen lineal en forma de arco, ecogénica, que genera sombra acústica posterior.

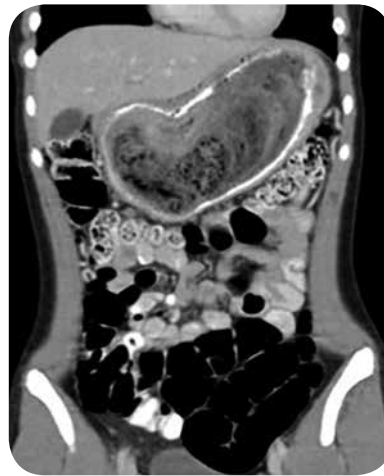


Figura 4. a y b) Escanografía de abdomen con medio de contraste: la luz gástrica se encuentra ocupada por material heterogéneo, con predominio de baja densidad, disposición en anillos concéntricos de diferentes densidades y se rodea con medio de contraste oral.



Figura 3. Escanografía de abdomen con medio de contraste: Signo de Rapunzel, se identifica prolongación del material de la luz gástrica hacia la primera y segunda porción del duodeno.



Figura 5. Especimen de tricobezoar extraído mediante gastrostomía: se observa un cúmulo de pelos que adopta la morfología del estómago y del duodeno proximal.

Discusión

Los bezoar son una causa poco frecuente de obstrucción intestinal, con una incidencia menor del 1 % (1). Consisten en masas formadas por conglomerados de cuerpos extraños que se han atribuido a la ingesta de varias sustancias no digeribles, principalmente, de restos vegetales (fitobezoar) e incluso de pelo (tricobezoar). Su causa también se atribuye a trastornos de la motilidad gástrica encontrados en algunos pacientes, posterior a gastrectomía o *bypass*.

Los pacientes pueden estar asintomáticos o manifestar síntomas inespecíficos, como dolor epigástrico, distensión abdominal, náuseas, vomito, pérdida de peso o hemorragia gastrointestinal (1).

Previamente, el diagnóstico de bezoar se realizaba de manera quirúrgica; sin embargo, con la incursión de la ecografía y la escanografía es posible realizar este diagnóstico de manera prequirúrgica. La escanografía de abdomen con medio de contraste es el estudio de elección para su identificación y evaluación de complicaciones, como obstrucción intestinal, intususcepción o perforación, así como para detectar bezoares adicionales en el resto del tracto gastrointestinal (3).

La radiografía convencional es de ayuda para determinar la obstrucción intestinal, pero no el bezoar. El hallazgo en radiografía está determinado por una opacidad inespecífica, no característica y que podría corresponder a otra patología o a materia fecal.

En ecografía se ha descrito, como hallazgo característico, la banda ecogénica lineal o en forma de arco con sombra acústica posterior. Este hallazgo es el resultado de la alta ecogenicidad que tiene el pelo y varias interfaces acústicas por los detritos de comida y aire dentro de la impactación del bezoar. En el diagnóstico diferencial debe considerarse el **fleo** biliar, puesto que también produce una imagen ecogénica con sombra acústica posterior (4). También, se debe diferenciar de concreciones de bario por estudios previos y restos de alimentos, estos últimos no tienen una sombra acústica posterior tan definida y marcada, sino se muestra de manera “sucía”. A pesar de los hallazgos descritos en ecografía, su sensibilidad es baja para el diagnóstico de bezoar gástrico.

La escanografía es el estudio de elección para el diagnóstico de obstrucción intestinal y para identificar su causa. Algunos autores describen que los hallazgos en escanografía son suficientes para el diagnóstico de bezoar; estos corresponden a una masa intraluminal, bien definida, de baja atenuación, que contiene burbujas de aire o medio de contraste entre sus capas laminares, así como restos de comida en el estómago. Cuando la masa no obstruye por completo el estómago, el medio de contraste rodea la superficie de la masa y esta puede incluso ser móvil.

Cuando el tricobezoar se aloja en el estómago y su extremo distal y se prolonga distalmente hasta el intestino delgado o colon descendente, se denomina síndrome de Rapunzel, por lo cual se debe estar atento a seguir distalmente la imagen de la masa hacia el tracto gastrointestinal, ya sea para observar este hallazgo, para identificar otros bezoares o una obstrucción del intestino delgado que es la complicación más frecuente del bezoar. Otras complicaciones que pueden aparecer son: perforación, peritonitis o formación de abscesos (3-5).

El diagnóstico diferencial lo constituyen los restos de comida en el estómago o materia fecal en el intestino, los cuales configuran el signo de las “heces”, el cual se observa proximal a una obstrucción intestinal. Si el bezoar es pequeño tiende a flotar en la interface aire-agua y demuestra menor densidad que las partículas de comida. Sin embargo, los bezoares grandes tienden a ocupar la luz, lo que hace difícil diferenciarlo de una

gran impactación de alimentos. A diferencia del signo de las “heces” en el intestino delgado, en donde este es mal definido y afecta segmentos más largos, un bezoar en el intestino delgado es mejor definido, de morfología ovoide, con burbujas de gas en su interior y localizado en el sitio de transición de la obstrucción intestinal (6).

En resonancia magnética (RM) se han descrito casos en los que el bezoar se muestra como una masa ovoide, confluyente, de baja señal en secuencias con información T1 y T2. Estas zonas de baja señal representan burbujas de aire retenidas entre las capas del bezoar. En algunos casos se puede ver un halo de alta señal en T1 rodeando la masa, el cual se ha atribuido posiblemente a la colección de sustancias altas en proteínas, por colonización de bacterias o por un efecto paramagnético de etiología desconocida que podría ser otro mecanismo para la visualización del halo de alta señal (7).

El tratamiento del tricobezoar es quirúrgico. La laparotomía es el método de elección por medio del cual se realiza gastrostomía y extracción de la masa; sin embargo, se ha informado el uso de la laparoscopia y la endoscopia, que en ocasiones es limitada por el tamaño de la masa. También la valoración psiquiátrica es esencial para el soporte del paciente y la prevención de recaídas (5). La discrepancia entre la escanografía y los hallazgos quirúrgicos puede relacionarse con la migración del bezoar (4).

Conclusión

Las imágenes diagnósticas constituyen una herramienta fundamental en el diagnóstico del bezoar debido a que, por la inespecificidad de sus síntomas, no se sospecha clínicamente. La escanografía es la modalidad de imagen de elección para su identificación y la de sus complicaciones. Para un adecuado diagnóstico, el radiólogo debe estar familiarizado con los hallazgos de esta patología y sus posibles diagnósticos diferenciales, como los restos de alimentos o materia fecal, comunes en estos estudios.

Referencias

- Hewitt AN, Levine MS, Rubesin SE, Laufer I. Gastric bezoars: reassessment of clinical and radiographic findings in 19 patients. *Br J Radiol.* 2009; 82(983):901-7.
- Fragoso Arbelo T, Luaces Frago E, Díaz Lorenzo T. Bezoares. *Rev Cubana.* 2002;74(1):77-82.
- Koplewitz B, Daneman A. *Pediatr case 29: Gastric trichobezoar and subphrenic abscess.* *Radiology.* 2000;217:739-42.
- Ripollés T, Aguayo García J. Gastrointestinal bezoars: Sonographic and CT characteristics. *AJR Am J Roentgenol.* 2001;177:65-9.
- Vásquez-Ciriaco S, Montes de Oca-Duran E. Síndrome de Rapunzel: tricobezoar gastroduodenal. *Rev Eviden Invest Clin.* 2011;4(3):104-8.
- Leung E, Barnes R, Wong L. Bezoar in gastro-jejunostomy presenting with symptoms of gastric outlet obstruction: a case report and review of the literature. *J Med Case Reports.* 2008;(2):323.
- Lee JM, Jung SE, Lee KY. Small bowel obstruction caused by phytobezoar: MR imaging findings. *AJR Am J Roentgenol.* 2002;179:538-9.

Correspondencia

María Camila Medina
Hospital Universitario San Ignacio
Carrera 7 # 40-62
Bogotá, Colombia
medina.camila01@gmail.com

Recibido para evaluación: 10 de febrero de 2017

Aceptado para publicación: 24 de julio de 2017