



PRESENTACIÓN DE CASO

Alteraciones psiquiátricas relacionadas con tricobezoar gástrico. Reporte de caso

Psychiatric alterations related to gastric trichobezoar. Case report

Carmen Nicole Peñafiel-Palacios¹  , Bryan Ariel Cañar-Cely¹ , Ignacio Enrique Ordoñez-Sánchez¹ , Víctor Euclides Briones-Morales¹ 

¹Universidad Técnica de Machala, Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud. Machala, Ecuador.

Recibido: 18 de julio de 2024

Aceptado: 24 de octubre de 2024

Publicado: 27 de octubre de 2024

Citar como Peñafiel-Palacios CN, Cañar-Cely BA, Ordoñez-Sánchez IE, Briones-Morales VE. Alteraciones psiquiátricas relacionadas con tricobezoar gástrico. Reporte de caso. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2024 [citado: fecha de acceso]; 28(2024): e6497. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6497>

RESUMEN

Introducción: El tricobezoar es un tipo de fitobezoar compuesto de cabello, mismo que sufre atrapamiento por parte de los pliegues gástricos e impide su movilización y excreción, lo que provoca que con el pasar del tiempo se acumule y la masa aumente de tamaño. Es poco común y generalmente se presenta en el estómago o intestino delgado, provocando sintomatología propia del aparato gastrointestinal.

Objetivo: Reportar un caso de tricobezoar gástrico y su relación con las alteraciones psiquiátricas mediante la revisión del historial clínico.

Presentación del caso: Adolescente de 15 años acude a consulta médica por un cuadro clínico de 10 días de duración, con deposiciones diarreicas y vómitos, a los tres días el cuadro se exacerba, sumándose a los síntomas náuseas que llegan a los vómitos, dolor abdominal difuso tipo cólico de gran intensidad en epigastrio, acompañado de diaforesis y sudoración profusa. Al examen físico abdomen distendido, globuloso, doloroso a la palpación superficial, RHA presentes disminuidos. Por lo que se realiza interconsulta a cirugía general donde se prescribe una laparotomía exploratoria donde se realiza el hallazgo y extracción de un tricobezoar en el estómago debido a CIE - 10 F 633 tricotilomanía que mantiene seguimiento con psicología.

Conclusiones: Se evidenció la notable relación existente entre las alteraciones psicológicas, el género femenino y la presentación de la enfermedad denominada Tricobezoar.

Palabras clave: Tricobezoar; Obstrucción Intestinal; Cirugía; Cuerpo Extraño.

ABSTRACT

Introduction: Trichobezoar is a type of phytobezoar composed of hair, which is trapped by the gastric folds and prevents its mobilization and excretion, causing it to accumulate over time and the mass to increase in size. It is uncommon and usually occurs in the stomach or small intestine, causing symptoms typical of the gastrointestinal tract.

Objective: To report a case of gastric trichobezoar and its relationship with psychiatric disorders by reviewing the clinical history.

Presentation of the case: 15-year-old adolescent presented to the doctor for a clinical picture of 10 days duration, with diarrheal stools and vomiting, after three days the picture was exacerbated, adding to the symptoms nausea that reached vomiting, diffuse cramping abdominal pain of great intensity in the epigastrium, accompanied by diaphoresis and profuse sweating. On physical examination, abdomen was distended, globular, painful on superficial palpation, decreased RHA present. Therefore, an interconsultation is made to general surgery where an exploratory laparotomy is prescribed where the finding and extraction of a trichobezoar in the stomach is performed due to CIE - 10 F 633 trichotillomania that maintains follow-up with psychology.

Conclusions: It was evidenced the remarkable relationship between psychological alterations, female gender and the presentation of the disease called Trichobezoar.

Keywords: Trichobezoar; Intestinal Obstruction; Surgery; Foreign Body.

INTRODUCCIÓN

Un bezoar es un acúmulo de material no digerido o parcialmente digerido que ocluye el tubo digestivo, por lo general en estómago o intestino delgado, siendo el primero una de las ubicaciones más comunes.⁽¹⁾ Existen varios tipos de bezoar de acuerdo a su composición: el más frecuente es el fitobezoar compuestos de sustancias vegetales (cáscaras, fibra vegetal o semillas), otros menos comunes son el farmacobezoar, el lactobezoar, y el tricobezoar, este último está constituido por una gran cantidad de cabellos enmarañados, cuya etiología responde la mayoría de las veces a un trastorno psiquiátrico, especialmente en féminas.⁽²⁾

El trastorno psiquiátrico antecesor de la presentación de tricobezoar es la tricotilomanía, definida como la acción de realizar tirones consecutivos y autoproducidos, la décima edición de la Clasificación de Enfermedades (CIE - 10) la establece como "falta repetitiva de control y deseo progresivo e irresistible en arrancarse los cabellos que origina una notable pérdida de cabello", que se asocia posteriormente con la tricofagia, es decir, el consumo del cabello arrancado.⁽³⁾

Este tipo de conducta se refleja como una respuesta a estímulos ansiosos provenientes de circunstancias que denotan estrés, por lo que proporciona una atenuación momentánea de las emociones nocivas que interfieren con el bienestar personal, sin embargo, actúa como retroalimentación negativa que origina eventos repetitivos e incontrolables de la misma acción en un futuro.⁽³⁾

Otras causas menos comunes de tricobezoar en pacientes femeninas jóvenes son la pica, trastorno alimenticio en el cual presenta un impulso incontrolable por ingerir alimentos sin aporte nutricional; el trastorno obsesivo compulsivo, en dicho trastorno el paciente puede desarrollar rituales compulsivos en el que se arranca y come el cabello; la anorexia y bulimia nerviosa, se ha relacionado estos dos trastornos alimenticios con la formación de tricobezoares; y por último trastornos afectivos como la ansiedad y la depresión.⁽⁴⁾

Datos epidemiológicos demostraron que la mayoría de niños o adolescentes que adolecen tricofagia rechazan o esconden la idea de presentar esta alteración en su conducta que está estrechamente relacionada a condiciones sociales o afectivas por parte del entorno que los rodea, manifestándose el consumo de cabello.⁽⁵⁾

Cifras aproximadas indican que 1 de cada 2000 infantes padecen de tricotilomanía, pero no todos presentan posteriormente tricobezoares, solo alrededor de un 30 %, y de estos simplemente 1 % requerirá intervención quirúrgica para la extracción del tricobezoar.⁽⁶⁾ De acuerdo a los tipos de bezoar, el tricobezoar es el que se presenta con mayor frecuencia y de predominio en el sexo femenino en 9 de cada 10 casos, y de estos, el 80 % afectan a individuos menores de 30 años, siendo el grupo etario en donde se presenta una mayor incidencia máxima es desde nueve a 13 años.⁽⁷⁾

El mecanismo básico por el que se forma el tricobezoar es el atrapamiento de los cabellos en los pliegues gástricos, lo que imposibilita su movilización. Se han asociado factores predisponentes para esta patología, se describe la longitud de los cabellos, la cantidad de cabello consumido, una alteración de la mucosa gástrica, una disminución del peristaltismo y una dieta alta en grasas.⁽⁸⁾

En general los tricobezoares son asintomáticos, al manifestarse los síntomas más usuales incluyen náuseas, vómitos, dolor abdominal. De no ser tratados adecuadamente, puede complicarse y producir obstrucción intestinal, hemorragia digestiva secundaria a perforación, ulceración e intususcepción.⁽²⁾

Con el presente trabajo buscamos presentar a un paciente con oclusión intestinal debido a un tricobezoar en el cuerpo de guardia de cirugía del Hospital del IESS de Machala.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Adolescente de 15 años, residente de la Provincia de El Oro, ciudad Santa Rosa. No escolarizada, estado civil soltero, sin antecedentes médicos patológicos o quirúrgicos personales y familiar de interés. El inicio de la enfermedad fue hace 10 días aproximadamente, con deposiciones diarreas y vómitos por lo que acude al Hospital General de Santa Rosa en donde se procede a hidratar con unos 1000 mL de solución de cloruro de sodio al 0,9 % vía intravenosa a 40 mL por hora y dan el alta médica. Hace tres días el cuadro se exagera, sumándose a los síntomas náuseas que llegan a los vómitos y por dolor abdominal difuso tipo cólico de gran intensidad en epigastrio, acompañado de diaforesis y sudoración profusa, por lo que decide acudir al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social por el servicio de Emergencias, donde se observan signos de deshidratación grave por lo que se emite su ingreso y se ordena realizar exámenes de laboratorio con diagnóstico presuntivo CIE - 10 R 100 abdomen agudo.

Al examen físico paciente orientada en tiempo, espacio y persona, vigil, facies álgicas y piel pálida, mucosas secas; tórax con campos pulmonares ventilados; abdomen distendido, globuloso, doloroso a la palpación superficial, RHA presentes disminuidos. Signos vitales: Temperatura 37°C. Presión arterial 101/61 mmHg. Frecuencia cardíaca (FC) 120 pulsaciones por minuto. Frecuencia respiratoria (FR) 21 rpm. SpO₂ 100 %.

Analítica 20/05/2024: Hemograma: leucocitos 7,690 x 1000 UL, neutrófilos 64,3 %, PCR 68 mg/L, Procalcitonina 35,57 ng/mL, Plaquetas 559 x 1000 UL, Hemoglobina 17,5 g/dL, Hematocrito 54,7 %. Los exámenes de laboratorio reflejaron leucocitos dentro de los parámetros normales, trombocitosis, hemoglobina y hematocrito elevado, se consulta con ginecólogo quien realiza una ecografía abdominal y de forma verbal indica la presencia de líquido libre en cavidad. Llama la atención la trombocitosis más aumento de hematocrito y hemoglobina que podría deberse al grado de deshidratación de la paciente. Se gestiona interconsulta con cirugía cuya valoración indica realizar laparotomía exploratoria.

En quirófano se realizó una laparotomía exploratoria mediante anestesia general en donde se visualizó una perforación de 2 cm a nivel de la curvatura menor del estómago, se continúa con una incisión a nivel supra, media e infraumbilical de 30 cm de longitud, con exposición manual e instrumental, con hallazgos y extracción de fitobezoar todo el estómago más 1200 cc de líquido seroso con fibrina no fétido (Figura 1). Se finaliza con parche de Graham más colocación de drenajes. El diagnóstico postoperatorio definitivo fue CIE - 10 F 633 tricotilomanía que provocó un CIE - 10 R 100 abdomen agudo.



Fig.1 Extracción total de Tricobezoar posterior a intervención quirúrgica manual e instrumental a nivel supra, media e infraumbilical de 30 cm.

Evolución: Luego de la intervención quirúrgica se solicitó una interconsulta con psicología, donde la paciente presentó conducta extraña, risa desmotivada, desconocimiento de aspectos básicos de su vida, tendencia al llanto, temor y aislamiento, se presume que la paciente pudo haber experimentado algún tipo de violencia de índole sexual. Una entrevista indirecta con el padre describió que su familia experimentó disfunción y sus progenitores se separaron hace tres años y refiere que empezó a arrancarse el cabello a la edad de siete años. Diagnóstico definitivo CIE - 10 F 633 tricotilomanía. La paciente permaneció en el área de Hospitalización Quirúrgica para posteriormente ser dada de alta con seguimiento en el servicio de Psicología.

DISCUSIÓN

Dada la rareza que representa estos tipo de casos no existe una presentación específica del tricobezoar, pudiendo permanecer de forma asintomática por periodos prolongados de tiempo, aunque dentro de la sintomatología se puede encontrar: náuseas, vómitos, saciedad y dolores abdominales aunque sin sitio específico y con sintomatología obstructiva esto dependerá de la elasticidad del estómago.⁽⁹⁾

Los tricobezoares, se encuentran relacionado directamente con la costumbre de arrancarse el cuero cabelludo denominado tricotilomanía y su posterior ingestión que es conocido como tricofagia, ambos forman parte de un conjunto de alteraciones psiquiátricas los cuales son denominados trastornos relacionados con la dificultad para controlar los impulsos.⁽¹⁰⁾ Debido a esto es de suma importancia la valoración psiquiátrica para evidenciar diferentes tipos de trastornos que se presentan en la conducta del individuo, para relacionarse con el caso expuesto, la paciente presentó tendencia al llanto, temor y aislamiento lo que pudo provocar la tricotilomanía.

Los bezoares no se limitan solo al estómago, sino que involucrar diferentes estructuras entre ellas el intestino grueso y delgado, el cabello no cuenta con la suficiente fricción para desplazarse a través de las ondulaciones del estómago y se alteran por la presencia de los jugos estomacales lo que producen la coloración oscura por el proceso oxidativo.⁽¹⁰⁾ La forma de presentación que ocasiona mayormente complicaciones y que se puede presentar en estos casos es el conocido síndrome de Rapunzel en el cual se presencia de cabellera en el intestino delgado en forma de bola con un considerable tamaño en el estómago que cumple la función de ancla esto puede producir a larga muerte del tejido o perforación intestinal debido a la diferencia de presiones.⁽⁹⁾ Dentro de los estudios que se pueden emplear en estas situaciones es de gran utilidad la ecografía en donde se observa una banda ancha de ecos de gran amplitud con sombra acústica superior. Otro estudio relevante puede ser la endoscopia digestiva debido a que se podría visualizar el cuerpo extraño y el material por el cual está compuesto.⁽¹⁰⁾

Los factores de riesgo involucrados en el tricobezoar tienen estrecha relación con trastorno en la salud mental afectando principalmente a mujeres jóvenes, aunque también pueden colaborar en su formación las alteraciones en la movilidad gástrica, disminución en la producción de pepsina (enzima que descomponen las proteínas de los alimentos en la digestión), tener antecedentes de cirugía previa en el tracto digestivo y la disminuida superficie de fricción que es producida por la excesiva cantidad de cabello en los pliegues estomacales lo que limita la propulsión de alimentos.⁽¹¹⁾

Esta patología se asocia directamente a trastornos relacionados a la salud mental es por esto que luego de la intervención quirúrgica se realizó interconsulta a psicología en donde se pudo constatar los siguientes signos: conducta extraña, risa desmotivada, desconocimiento de aspectos básicos de su vida, tendencia al llanto, temor y aislamiento. Además de ser una paciente joven, todos estos factores pudieron ayudar con la identificación de su patología, aunque su sintomatología y la rareza de la enfermedad pudieron ser un obstáculo a la hora de realizar un diagnóstico inicial preciso.

Se ha propuesto varias formas para tratar los tricobezoares pero en la actualidad no existe consenso para un manejo estandarizado es por esto que la literatura aconseja el uso de manejo quirúrgico ya sea a través de endoscopia o laparotomía exploratoria, la elección dependerá del tamaño y la composición del bezoar.^(12,13)

Conflictos de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribución De Autoría

CNPP: participó en la conceptualización, investigación, análisis formal, metodología, administración del proyecto, recursos, visualización, redacción - borrador original.

BACC: participó en la conceptualización, investigación, análisis formal, metodología, recursos, visualización, redacción - borrador original.

IEOSz: participó en la conceptualización, investigación, análisis formal, metodología, recursos, visualización, redacción - borrador original.

VEBM: participó en la conceptualización, curación de datos, administración del proyecto, recursos, supervisión, redacción - revisión y edición.

Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito.

Financiación

No se recibió financiación para el desarrollo de la presente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ventura S, Pinho J, Cancela E, Silva A. Bezoar: an uncommon cause of upper gastrointestinal bleeding. *Rev Esp Enferm Dig* [Internet]. 2021 Nov [cited 10/06/2024]; 113(11): 791–2. Available from: <http://dx.doi.org/10.17235/reed.2021.8311/2021>
2. Milosevic S, Kovac JD, Lazic L, Mitrovic M, Stosic K, Basaric D, et al. "Bezoar Egg"-A Rare Cause of Small Bowel Obstruction. *Diagnostics (Basel)* [Internet]. 2024 Feb 7 [cited 11/06/2024]; 14(4): 360. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/diagnostics14040360>
3. García-Rodríguez AM, Sánchez-Velasco MJ, Lobo-Valentín RM, Vargas-Aragón MA. «Doctora, yo como pelo». Tricotilomanía con tricofagia. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2022 [cited 15/06/2024]; 15(3): 171–4. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2022000300010
4. Kwok AMF. Trichobezoar as a cause of pediatric acute small bowel obstruction. *Clin Case Rep* [Internet]. 2020 Jan [cited 15/06/2024]; 8(1): 166–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ccr3.2576>
5. Blanco Tapia S, Jauregui Paravicini L, Carvajal Tapia AE. Tricobezoar gástrico y gastroduodenal en pediatría. Reporte de 2 casos e implicaciones quirúrgicas. *Rev. Fac. Med. (Méx.)* [Internet]. 2022 Ago [citado 16/10/2024]; 65(4): 24-29. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422022000400024&lng=es.
6. Vilela-Desposorio C, Cabanillas-Tarazona E. Tricobezoar gástrico gigante: reporte de un caso clínico-patológico. *Acta méd costarric* [Internet]. 2022 [cited 15/07/2024]; 64(4): 64–8. Available from: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022022000400064&lang=es

7. Martínez Valenzuela N, Hossein S, Hira D, Salas Izquierdo CC. El largo camino de la tricotilomania al síndrome de Rapunzel. Rev Cubana Cir [Internet]. 2022 [cited 15/07/2024]; 61(2). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932022000200013&lang=es
8. Vélez J, Bucheli R, Montalvo MP, Gallardo F, Vélez P, Escobar C. Tricobezoar gástrico con resolución laparoscópica en mujer adolescente: Reporte de Caso. ree [Internet]. 2019 Apr 15 [cited 16/07/2024]; 5(7): 47–51. Available from: https://www.researchgate.net/publication/336480305_Tricobezoar_gastrico_con_resolucionen_mujer_adolescente_Reporte_de_Caso
9. Lacroix M, Colignon N, Azouz E, Radzik A, Arrivé L. Gastric trichobezoar with duodenal and jejunal extension. Clin Res Hepatol Gastroenterol [Internet]. 2021 Jan [cited 16/07/2024]; 45(1): 101438. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinre.2020.04.008>
10. Huaco Aranguri AADJ, Orduña Carpio RA, Ortiz Castro CA, Delgado Gonzales MA, Haito Chávez Y. Tricobezoar gástrico: reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Gastroenterol Peru [Internet]. 2023 Jan 20 [cited 16/07/2024]; 42(3): 193–8. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292022000300193
11. Diallo ID, Traore WYM, Zahraoui A, Moustapha EW, Moatassim Billah N, Nassar I. Trichobezoar: A Rare Cause of Gastric Obstruction. Glob Pediatr Health [Internet]. 2023 Mar 29 [cited 2024 Jul 17]; 10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/2333794X231165171>
12. Haggui B, Hidouri S, Ksia A, Oumaya M, Mosbahi S, Messaoud M, et al. Management of trichobezoar: About 6 cases. Afr J Paediatr Surg [Internet]. 2022 Apr-Jun [cited 17/07/2024]; 19(2): 102–4. Available from: http://dx.doi.org/10.4103/ajps.AJPS_110_20
13. Shah M, Wan DQ, Liu Y, Rhoads JM. Gastric Bezoar: Retrieve it, Leave it, or Disbelieve it? J Pediatr Gastroenterol Nutr [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 17/07/2024]; 72(2): e31–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/MPG.0000000000002923>