

Tricobezoar gástrico y síndrome de Rapunzel en una adolescente

Gastric Trichobezoar and Rapunzel syndrome in an adolescent

MsC. Luis Alberto Ojeda López,¹ MsC. Nadia Labaut Arévalo,² MsC. Ricardo Gorina del Cristo,³ Dr. Pablo Antonio Hernández Dinza⁴

¹ Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Medicina Interna. Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Máster en Urgencias Médicas. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de I Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Hospital "Orlando Pantoja Tamayo", Contramaestre, Santiago de Cuba, Cuba.

⁴ Especialista de I Grado en Pediatría. Diplomado en Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Infantil Sur, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una adolescente de 17 años de edad, con malas condiciones sociales, ingresada en el Hospital San Juan de Dios, municipio de Challapata (Bolivia), por presentar epigastralgia, náuseas y vómitos. Se realizó endoscopia digestiva superior y se confirmó un cuadro de oclusión intestinal alta por tricobezoar gástrico en forma de síndrome de Rapunzel, por lo cual fue operada de urgencia. La evolución posoperatoria resultó favorable y egresó a los 7 días, con recomendaciones de asistir a consultas externas de cirugía general y psicología.

Palabras claves: tricobezoar gástrico, síndrome de Rapunzel, adolescencia, endoscopia, intervención quirúrgica

ABSTRACT

The case report of a 17 year-old adolescent, with poor social conditions, admitted at San Juan de Dios Hospital, Challapata municipality (Bolivia), for presenting epigastralgia, nausea and vomits is described. An upper digestive endoscopy was carried out and a case of upper intestinal occlusion due to gastric tricobezoar simulating a Rapunzel syndrome was confirmed, reason why she had an emergent surgery. The postoperative clinical course was favorable and she was discharged after 7 days, with recommendations of attending the out patient department of general surgery and psychology.

Key words: gastric tricobezoar, Rapunzel syndrome, adolescence, endoscopy, surgical intervention

INTRODUCCIÓN

El tricobezoar es una entidad clínica rara, dada por una concreción de cabellos que se puede encontrar en el tracto digestivo humano debido a tricofagia y que puede causar una gran variedad de manifestaciones clínicas hasta llegar a la oclusión, perforación o ulceración del tracto digestivo; su incidencia es bastante rara y suele ocurrir en pacientes con problemas psiquiátricos, generalmente del sexo femenino. Las personas afectadas suelen ser asintomáticas por meses o años. Algunos bezoares pueden ser tratados por vía endoscópica, pero se recomienda el tratamiento quirúrgico para los de mayor tamaño o con complicaciones. Una vez tratado se debe hacer énfasis en la prevención de la recurrencia.¹⁻³

La forma de presentación más grave de un tricobezoar, potencialmente fatal, es el síndrome de Rapunzel, dado por la presencia de cabello en el intestino delgado, con una gran bola de pelo fija en el estómago como un ancla (el cuerpo del tricobezoar se localiza en el estómago y su cola en el intestino delgado o en el colon derecho o ambos, lo cual provoca obstrucción intestinal alta o baja. La diferencia de presiones entre el borde mesentérico del intestino relativamente fijo, comparado con el del borde antimesentérico móvil, sumado a la tensión por el peristaltismo, produce un efecto de acordeón que lleva a necrosis isquémica y perforación del intestino delgado. Este síndrome fue descrito por Vaughan en 1968.⁴⁻⁶

Esta denominación evoca el cuento de los hermanos Wilhelm y Jacob Grimm que, en 1812, escribieron la historia sobre Rapunzel, una joven que lanzaba su larga cabellera para que su enamorado, el príncipe, subiera a la torre donde se encontraba prisionera.^{2,7}

Algunos autores⁸⁻¹⁰ refieren que si los pacientes son evaluados adecuadamente, en todos se encuentra algún tipo de alteración psiquiátrica que puede variar desde la ansiedad crónica hasta el retardo mental; otros hablan de que solo 10 % de los casos presenta una alteración psicológica.

No está bien definido el tiempo que transcurre entre el comienzo de la tricofagia activa hasta la manifestación sintomática, aunque se supone que en algunos pacientes pueden pasar hasta 15 años, especialmente cuando la ingesta de cabellos es gradual y lentamente progresiva; sin embargo, se han dado casos de tricofagia compulsiva que nunca desarrollaron tricobezoares. Las complicaciones del bezoar incluyen úlcera, perforación intestinal, obstrucción e intususcepción.^{9,10}

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de una adolescente de 17 años de edad, con muy malas condiciones sociales, ingresada en el 2007 en el Hospital San Juan de Dios, municipio de Challapata (Bolivia), por presentar epigastralgia, náuseas y vómitos.

Examen físico

- Mucosas: normocoloreadas y húmedas
- Tejido celular subcutáneo: no infiltrado
- Aparato respiratorio: Murmullo vesicular normal, sin estertores. Frecuencia respiratoria: 22 latidos por minuto

- Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos taquicárdicos, sin soplos. Tensión arterial: 110/70 mm de Hg. Frecuencia cardíaca: 100 latidos por minuto.
- Abdomen: Plano, sigue los movimientos respiratorios, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio, sin contractura ni reacción en peritoneo, no se palpa tumor. Sonoridad abdominal normal. Ruidos hidroaéreos normales
- Sistema nervioso central: sin alteraciones

Exámenes complementarios

- Hemograma completo: Hb: 149 g/L; Leucocitos: $6.7 \times 10^9/L$; Diferencial: normal
- Coagulograma: normal
- Orina: normal.
- Grupo sanguíneo y RH: O⁺

Se realizó endoscopia digestiva superior y se confirmó la presencia de tricobezoar gástrico, sin definir en ese momento sus dimensiones (**figura 1**).

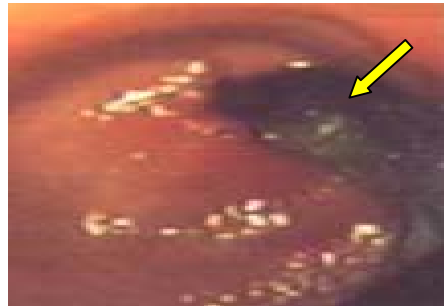


Figura 1. *Tricobezoar visto a través de la endoscopia digestiva superior*

El personal médico insistió en el antecedente de tricofagia y en ese momento la paciente confesó que desde hacía un año ingería sus cabellos. Se suspendió la vía oral, se colocó sonda nasogástrica, se hizo lavado gástrico con solución salina, se indicó hidratación y se asoció al tratamiento el uso de antagonistas H₂.

Evolución

Cuatro días después la paciente comenzó a presentar manifestaciones clínicas que se correspondían con las de una oclusión intestinal alta, la cual fue confirmada mediante las radiografías de abdomen simple efectuadas:

- Vista anteroposterior (de pie): niveles hidroaéreos organizados y escalonados hacia hemiabdomen superior izquierdo
- Vista anteroposterior (acostada): asas delgadas dilatadas, con edema de la pared del asa y presencia de válvulas conniventes.

Teniendo en cuenta el antecedente de tricofagia, la confirmación del tricobezoar gástrico mediante la endoscopia, así como la presencia de una oclusión intestinal alta, se consideró que esta había sido ocasionada por el paso del tricobezoar al intestino delgado (síndrome de Rapunzel).

Se informó a los familiares la necesidad de trasladar a la joven a la ciudad de Oruro para ser operada de urgencia, ya que en el citado centro hospitalario no estaban creadas las condiciones requeridas, los cuales solicitaron el egreso dada la carencia de recursos económicos para asumir una cirugía de este tipo.

Finalmente se mantuvo ingresada, se realizaron reajustes a la hidratación y se asoció al tratamiento la antibioticoterapia de amplio espectro (ceftriaxone-amikacina). Al día siguiente se informó el caso a la Jefatura de la Coordinación Departamental, la gravedad que presentaba la paciente y el peligro de muerte inminente en caso de no ser operada de urgencia.

Previa solicitud del consentimiento informado a los familiares se efectuó la intervención quirúrgica, a través de la cual se corroboró que la adolescente presentaba una oclusión intestinal alta en el yeyuno distal, por tricobezoar de aproximadamente 10 cm de diámetro que ocupaba toda la cavidad gástrica.

Se realizó enterotomía y gastrotomía con extracción del tricobezoar gástrico y yeyunal, con enterorrafia y gastrorrafia (**figuras 2 A-F**).

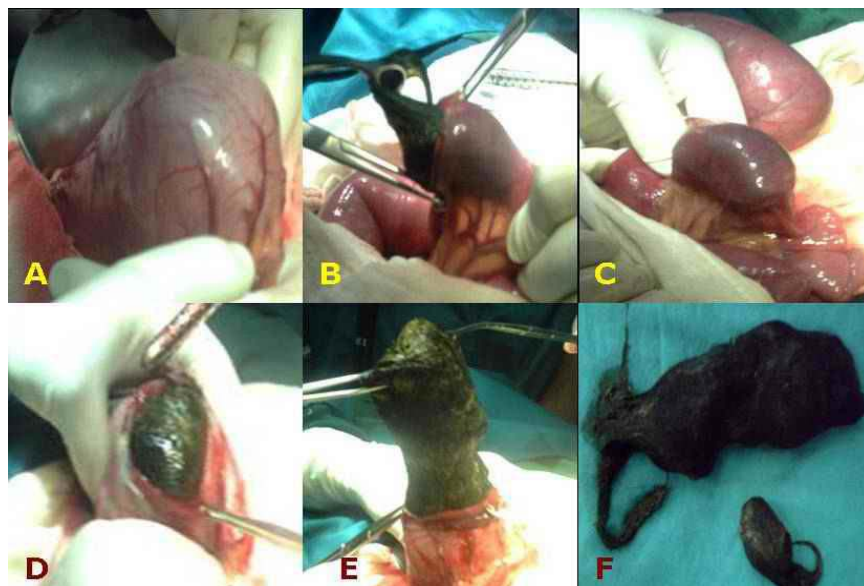


Figura 2. A: Presencia de tricobezoar en la luz del yeyuno distal con la oclusión de este; B: Extracción del tricobezoar del intestino delgado; C: Toda la cavidad gástrica ocupada por el tricobezoar; D y E: Extracción del tricobezoar gástrico (conocido como "parto del tricobezoar"); F: Tricobezoar de la cavidad gástrica y yeyunal

La paciente fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital, donde recibió hidratación de acuerdo con el grado de afectación que presentaba, se suspendió la vía oral y se colocó sonda nasogástrica y vesical para observar la diuresis. Además de los antibióticos preoperatorios se añadió metronidazol, antagonistas H₂, analgésicos, monitoreo cardíaco continuo y oximetría del pulso.

Al tercer día del posoperatorio se retiró la sonda nasogástrica y se inició la alimentación por vía oral (dieta líquida). La evolución fue favorable, por lo cual egresó una semana después, con recomendaciones de asistir a consultas externas de cirugía general y psicología.

COMENTARIOS

Los tricobezoares son acúmulos de cabellos en el estómago relacionados con tricofagia. Generalmente los pacientes afectados presentan alopecia (aunque no ocurrió así en el caso presentado), con frecuencia tumor abdominal móvil en el epigastrio, que puede causar obstrucción intermitente, además de antecedente psiquiátrico asociado. Cuando el cabo o cola del cabello se extienden hacia el intestino se denomina síndrome de Rapunzel, con un cuadro que puede sugerir un proceso neoplásico, pero el diagnóstico de tricobezoar se hace a través de la endoscopia.⁹

En esta adolescente, el componente depresivo subyacente, pobremente controlado, y el conflictivo entorno familiar fueron determinantes en la conducta asumida para generar el tricobezoar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Curioso WH, Rivera J, Curioso WI. Síndrome de Rapunzel: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Peruana Gastroenterol* 2002; 22:168-72.
2. Singla S, Rattan K, Kaushik N, Pandit SK. Rapunzel syndrome-a case report. *Am J Gastroenterol* 1999; 94 (7):1970-1.
3. Uckun A, Sipahi T, Igde M, Uner C, Cakmak O. Is it posible to diagnose Rapunzel syndrome pre-operatively? *Eur J Pediatr* 2001; 160(11):682-3.
4. Curioso WH, Rivera J, Curioso WI. Síndrome de Rapunzel: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Gastroenterol Perú* 2002; 22:168-72.
5. Singla S, Rattan K, Kaushik N, Pandit SK. Rapunzel syndrome-a case report. *Am J Gastroenterol* 1999; 94(7):1970-1.
6. Sarin YK. Rapunzel síndrome. *Indian Pediatr* 1998; 35(7):682-3.
7. Kaspar A, Deg KH, Schmidt K, Meister R. Rapunzel syndrome, a rare form of intestinal trichobezoars. *Klin Padiatr* 1999; 211(5):420-2.
8. Chaudhury S, John T, Ghosh S. Recurrent trichobezoar in a case of trichotillomania. *Ind J Psychiatry* 2001; 43(4):340-1.
9. Florentino J, Oneto A, Salgueiro F, Cassella R. Tricobezoares: Una rara entidad con implicaciones quirúrgicas <<http://www.paideianet.com.ar/trico.htm>> [consulta: 2 diciembre 2009].
10. Kishan A, Kadli N, Ponnappa Bg, Korath M, Jagadeesan K. Bezoars. <http://www.bhj.org/journal/2001_4304_oct/org_507.htm> [consulta: 2 diciembre 2009].

MEDISAN 2010; 14(7):999

Recibido: 13 de enero de 2010
Aprobado: 2 de febrero de 2010

MSc. Luis Alberto Ojeda López. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso". Carretera del Caney Km 1½, Reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. CP 90400.