

## Sección de Radiología

# Alopecia y tumoración epigástrica

Por:

Dña. BELKIS VÁZQUEZ,\* Dr. MANUEL AMADOR\*\*

### Resumen de historia clínica: (HC 241227)

Paciente del sexo femenino, de 8 años de edad, raza blanca, procedente de Pinar del Río.

Ingresa en el servicio de nutrición del hospital pediátrico "William Soler" por presentar diarreas crónicas, que según la madre se iniciaron a los 2 meses de edad y que han tenido fluctuaciones de número e intensidad, acompañándose a menudo de flemas y sangre. Desde hace 4 años comienza a presentar caída del cabello en forma constante, a lo cual contribuye la niña arrancándoselo.

Nació de parto distócico, a término, con cianosis y oxigenoterapia.

Pesó al nacer 3 190 g. Ha tenido un marcado retraso psicomotor, pobre aprendizaje y actitud social agresiva.

Al examen físico se observa una escolar con evidente retardo pondostatural, peso de 16 kg (< percentil 3); talla 110 cm (< percentil 3) con marcada pérdida del pániculo adiposo. Facies de retraso mental, y palidez cutaneomucosa (fig. 1). Pelo escaso con zonas de alopecia en regiones temporoparietales y con cambios nutricionales evidentes (seco, quebradizo y fácilmente arrancable) (figs. 2 y 3).

En el epigastrio se palpaba una tumoración redondeada, de consistencia firme, no dolorosa, que parecía ser independiente del hígado.

Uñas en vidrio de reloj.

Los exámenes complementarios de laboratorio arrojaron una hemoglobina de 10 g %, heces fecales positivas a trichuris, siendo los restantes negativos.

### Exámenes radiológicos:

#### Abdomen simple (fig. 4):

Se observa una opacidad que dibuja la figura del estómago en la región epigástrica.

#### Estómago y duodeno con tránsito intestinal (fig. 5):

Estómago dilatado. Defecto de lleno irregular que se extiende desde el fundus gástrico hasta la región del antro pilórico; segmentos duodenales y primeras asas yeyunales. Disminución del calibre de todo el marco duodenal y yeyuno proximal. Aceleración en la velocidad del tránsito intestinal. Retención del bario en el estómago.

#### Ambas manos (fig. 6):

Edad ósea de 5 años.

#### Diagnóstico: Tricobezoar.

El dato de que la niña se arrancaba el cabello se obtuvo durante el examen radiológico de estómago, ya que hasta ese instante la madre

\* Jefe del departamento de radiología del hospital pediátrico "William Soler", Habana 8, Cuba.

\*\* Jefe del servicio de nutrición del hospital pediátrico "William Soler", Habana 8, Cuba.



*Fig. 1*



*Fig. 2*



*Fig. 3*



Fig. 4

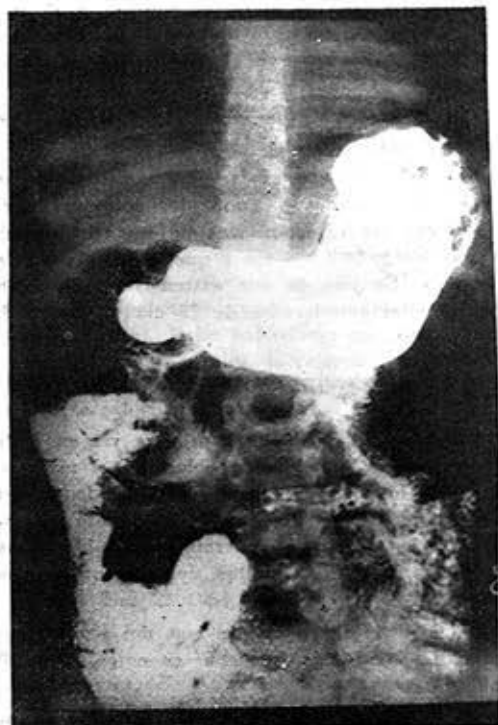


Fig. 5

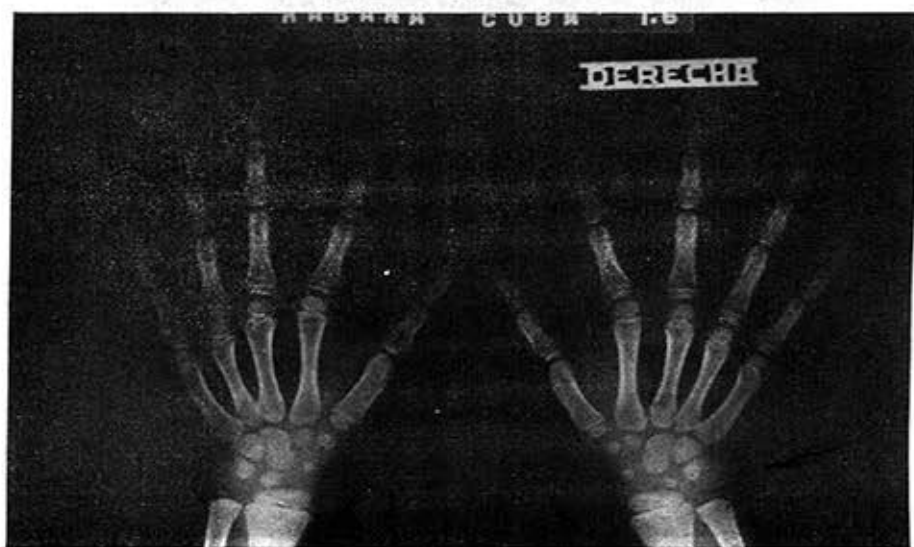


Fig. 6

sólo había referido caída del cabello. Tras mucha insistencia se logró obtener el dato de que la niña, además, ingería el cabello que se arrancaba.

El tratamiento fue quirúrgico, realizándose gastrotomía y extracción del tricobezoar.

La figura 7 muestra la masa constituida por pelos apelotonados y enrollados sobre sí mismos, con las características de un tricobezoar, que mide  $13 \times 8 \times 4$  cm y que adopta la forma en jota. En uno de sus extremos se observan varios hilos entrelazados de 25 cm de longitud. (74-B-196).

#### Tricobezoar

Baudamant describió por primera vez en 1779 el tricobezoar o pelota de pelos. Es el más común de los bezoar y comprende alrededor del 55% de los casos observados. El hábito de ingerir pelos se limita generalmente a los niños nerviosos y a los adultos con perturbaciones mentales.

El 90% de los pacientes son del sexo femenino. La edad más frecuente es entre 10 y 20 años.<sup>1,2,3</sup>

El tamaño de estos bezoar es variable, alcanzando a veces grandes proporciones y formando un molde completo del estómago, que puede ex-

tenderse al duodeno y yeyuno. Los pequeños son móviles y no toman una forma determinada, y se encuentran en cualquier posición.<sup>1,2,4</sup>

Los síntomas provocados por el cuerpo extraño dependen de su tamaño, localización e intensidad del trastorno funcional del estómago.<sup>4</sup>

Se presentan frecuentemente: sensación de tirantez, plenitud, tumoración o peso en el epigastrio y dolor epigástrico de tipo cólico. Pueden ocurrir crisis periódicas de náuseas y vómitos, intolerancia progresiva a los alimentos sólidos, continua pérdida de peso y distintos grados de inanición. El vómito se compone de pequeñas cantidades de líquido acuoso y de mucus, debido a que el gran tumor actuando como una válvula esférica impide la expulsión de mayores cantidades. En algunos casos predominan las manifestaciones de obstrucción pilórica y en otros las diarreas, alternando con constipación.

Al examen físico se observa un niño pálido, a menudo nervioso o con trastornos emocionales, malnutridos y con halitosis. En el examen de abdomen se encuentra una tumoración en epigastrio, palpable, móvil, no dolorosa.

Una historia de tricofagia puede ser deducida si se busca con interés, pero raramente es demostrada voluntariamente.<sup>1,2</sup>



Fig. 7

El diagnóstico se confirma fácilmente por rayos X.<sup>5,6,7,8,9</sup>

En el examen simple de abdomen se observa una opacidad en el interior del estómago. Durante el examen fluoroscópico, utilizando contraste, puede verse el bario que fluye lentamente alrededor de la masa; y en el examen de estómago y duodeno se observa un defecto de lleno de tamaño variable. Después que el bario ha sido expulsado del estómago, pueden comprobarse el bario que ha quedado adherido a la superficie del bezoar y la imbibición del mismo por el contraste, persistiendo una sombra moteada de densidad aumentada.

Deben realizarse radiografías a las 24 horas de realizado el examen contrastado.

El tratamiento recomendado es la extirpación quirúrgica por gastrotomía. Las prolongaciones de la masa gástrica al intestino delgado se pueden recuperar desde la propia gastrotomía sin necesidad de abrir el intestino.<sup>10,11</sup> Hay que evaluar el estado psíquico del niño y aplicar el tratamiento indicado.

El caso que aquí presentamos era portadora de un tricobezoar de tamaño considerable. En esta paciente se constató un retraso intelectual importante presumiblemente asociado a un insulto perinatal. Debe subrayarse que, como está referido en la literatura, la referencia a la tricofagia no fue obtenida espontáneamente durante el interrogatorio inicial.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.—Nelson, W. E. Tratado de Pediatría. Tomo I. Instituto del Libro, La Habana, 1970.
- 2.—Ascareto, F. L. y col. Tricobezoar: an expression of emotional disturbances. *AMAJ Dis Child*, 94: 668, 1957.
- 3.—Eguen, M. y col. Magnetic removal of foreign bodies from the esophagus, stomach and duodenum. *AMA Arch Otolaryng*, 66: 668, 1957.
- 4.—Grekin, T. D., M. M. Musselman. The management of foreign bodies in the alimentary tract. *Ann Surg*, 135: 528, 1952.
- 5.—*Radiografía y Fotografía Clínicas*. Tomo 23, No. 2, 1954.
- 6.—*Radiografía y Fotografía Clínicas*. Tomo 16, No. 2, 1950.
- 7.—Schajer, E. Atlas de Roentgenografía Pediátrica, 1963.
- 8.—Kaufmann, H. J. *Progresos en Radiología Pediátrica. Aparato Digestivo*. Tomo 2, 1971.
- 9.—Calfrey, J. *Pediatric X ray diagnosis*. 5th ed. Year Book Medical Publishers, Chicago, 1967.
- 10.—Boekus. *Gastroenterología*. Tomo I, 1969.

Recibido el trabajo: julio 8, 1974.