

HOSPITAL PEDIATRICO SUR DOCENTE, SANTIAGO DE CUBA

Oclusión de intestino delgado por tricobezoar*

Por los Dres.:

CLAUDIO PUENTE FONSECA** y MIRTHA VALDENEBRO GARCIA**

Puente Fonseca, C.; Valdenebro Garcia, M. *Oclusión de intestino delgado por tricobezoar*. Rev Cub Ped 51: 1, 1979.

Se hace una breve revisión sobre la historia, frecuencia, síntomas, signos, exámenes complementarios y complicaciones de los tricobezoares. Se expone el caso de una paciente de 14 años de edad, que en dos ocasiones fue intervenida quirúrgicamente en nuestro servicio, a causa de oclusiones del intestino delgado, debidas a sendos tricobezoares. También se realizan algunos comentarios sobre éstos.

INTRODUCCION

En nuestro medio es escasa la frecuencia de tricobezoares, y más aún al nivel del intestino delgado. Motivados por esto, exponemos en este trabajo el caso de una paciente de 14 años de edad, que en dos ocasiones fue intervenida quirúrgicamente a causa de oclusiones por tricobezoares en el intestino delgado.

Historia

*Nagel y Berger*¹ refieren que el primer informe sobre bezoares, se encuentra en una "Pharmacopoeia" que data del año 923 a.n.e. Por otra parte, *De Bakey y Ochsner*² exponen que el término bezoar se deriva de la palabra persa "Badzehr" (antídoto), pues la piedra bezoar se prescribía en la antigüedad como

un remedio eficaz contra todo tipo de venenos.

La primera descripción de los tricobezoares, realizada en el año 1799, se atribuye a *Baudamant*.³

Concepto y clasificación

Actualmente reciben el nombre de bezoares, las materias de diferente naturaleza que son retenidas en el estómago e intestino delgado, y que se clasifican en: a) tricobezoar (cuando están constituidas por pelos); b) fitobezoar (integradas por fibras de frutas y vegetales); c) tricofitobezoar (de naturaleza mixta); y d) concreciones.

Frecuencia

*Rodriguez Cuartero*⁴ afirma que entre todos los bezoares, el tricobezoar es el más frecuente (55%); criterio que se fundamenta en el trabajo de *De Bakey y Ochsner*,² quienes informaron que en una serie de 311 bezoares estudiados por ellos, 172 se hallaban constituidos por cúmulos de pelos.

* Trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional de Cirugía.

** Especialista de I grado en cirugía pediátrica. Hospital Pediátrico Sur Docente. Ave. 24 de Febrero No. 402, Santiago de Cuba.

Entre las últimas comunicaciones sobre cuerpos extraños en el tubo digestivo, se encuentran las de Farley,⁵ Mason,⁶ D'Souza y Davis,⁷ Mc Kechnie,⁸ Jaffe y Sasser,⁹ Edell y Wagner,¹⁰ Fried y colaboradores,¹¹ Weinerman y colaboradores¹² y Rodríguez Cuartero;⁴ pero en ninguna de ellas señalan casos de tricobezoares. En la mayoría se trataba de fitobezoares aparecidos posteriormente a la realización de una anastomosis gástrico-yeyunal.

Sin embargo, Fried y colaboradores¹¹ describen un caso de este tipo, donde se desarrollaron dos fitobezoares dentro del intestino delgado en el transcurso de un año, y que fueron extraídos quirúrgicamente.

Más recientemente aún, Vázquez y Amador,¹² en nuestro país, informan el caso de una paciente de 8 años de edad, portadora de un tricobezoar gástrico, la cual ingresó en un servicio pediátrico de nutrición por presentar diarreas crónicas.

Benson y colaboradores¹⁴ manifiestan que una gran parte de los cuerpos extraños en el tubo digestivo de los niños, incide entre los seis meses y tres años de edad; y que en los niños mayores (excepto los casos observados en instituciones para pacientes psiquiátricos), generalmente es accidental. Además de ello, afirman su concepto de que la oclusión del intestino delgado por un tricobezoar, es bastante rara.

Smoller y colaboradores¹⁵ plantean un caso de oclusión del intestino delgado en un niño de dos años de edad, causada por un tricobezoar.

Barnes¹⁶ refiere que los sitios donde se pueden detener los cuerpos extraños en el intestino delgado, son: estenosis congénitas, asa duodenal, ligamento de Treitz, y ocasionalmente la válvula ileocecal.

Síntomas del tricobezoar

El paciente puede padecer vagos dolores y sensación de pesadez abdominal, vómitos intermitentes y pérdida de peso. Rara vez la historia de tricofagia es

obtenida voluntariamente, aun dirigiendo el interrogatorio hacia esta finalidad.

Examen físico

Mediante él podemos encontrar un paciente pálido, desnutrido, con halitosis y excitable, o con trastornos emocionales. En ausencia de complicaciones, puede palparse una masa abdominal desplazable y dolorosa a la palpación.

Complementarios

Si radiográficamente no existe oclusión, el estudio contrastado del tubo digestivo mostrará un defecto de tamaño y forma variables. La endoscopia resulta muy valiosa en los casos de bezoares gástricos, ya que a veces pueden ser extraídos por este medio.⁸

Complicaciones

Entre éstas citaremos: obstrucción, hemorragia, ulceraciones, perforación y peritonitis.

Casuística

Paciente: M.R.G., de 14 años de edad, del sexo femenino y de la raza mestiza. HC: 95487. Fecha del primer ingreso: 15-8-75. Fecha del primer egreso: 27-8-75.

Resumen de la historia clínica: ingresa por dolor abdominal de tipo cólico irradiado hacia todo el abdomen, y acompañado de una temperatura de 39°C y abundancia de vómitos biliosos; estos últimos los sufre con 24 horas de anterioridad a su ingreso. Entre sus antecedentes se recogen tres episodios de dolores similares.

Antecedentes patológicos familiares: su madre no coopera con el interrogatorio, al parecer por un bajo coeficiente de inteligencia.

Antecedentes patológicos personales: sufrimiento fetal, cianosis al nacer y llanto demorado.

Escolaridad: sexto grado, aunque fue repitiendo de dos cursos.

Desarrollo psicomotor: sin antecedentes de retraso en este aspecto.

Examen físico al ingreso: peso: 35 kg, talla: 135 cm. Abdomen plano, contracturado antálgicamente, doloroso a la palpación y a la descompresión, sobre todo en hipogastrio. Presencia de ruidos hidroaéreos normales. Percusión dolorosa.

Tacto rectal: ampolla rectal vacía, y ausencia de tumores ginecológicos.

Evolución en sala: se le ingresa bajo impresión diagnóstica de una metroanexitis aguda; pero dos días más tarde persiste el dolor abdominal intenso y se reinician los vómitos, aunque no acompañados de fiebre. También existe el antecedente de retención de heces y gases, lo que conlleva a que se le indiquen urgentes

estudios radiográficos de abdomen simple, los cuales sugieren una oclusión intestinal mecánica. Debido a ello se interviene urgentemente, con el diagnóstico preoperatorio de oclusión intestinal por bridas congénitas (figura 1).

Acto quirúrgico: al practicar la laparotomía se encuentra una oclusión mecánica del ileon, a unos 60 cm de la válvula ileocecal, a causa de un tumor duro, pero desplazable en su interior, con prolongaciones que se acercan bastante hasta la mencionada válvula. La pared del ileon se abrió longitudinalmente y se halló que el tumor estaba constituido por un gran tricobezoar de 50 cm de largo, cuya extracción se llevó a cabo por ordeñamiento retrógrado. Este tricobezoar pesaba 400 g y medía 8 cm de diámetro en su porción más gruesa, que era la más proximal y la que producía la oclusión (figuras 2 y 3).

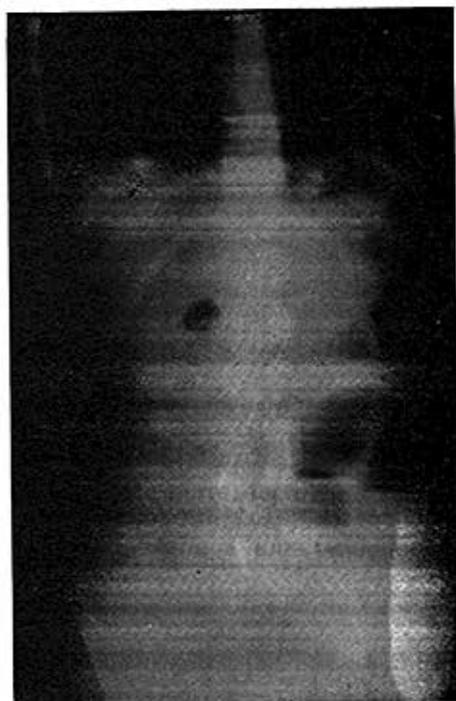


Figura 1. Estudio radiográfico simple del primer ingreso, mostrando un patrón de oclusión mecánica.



Figura 2. El primer tricobezoar extraído.



Figura 3. Aquí se muestra la porción más gruesa del tricobezoar seccionada en dos, para observar mejor su constitución.

El intestino se descomprime mediante aspiración con sonda, y la ileotomía se cierra transversalmente en dos planos. Cuando se revisa el resto de la cavidad y no se encuentra ninguna otra alteración, ésta se vuelve a unir por planos.

La paciente evoluciona favorablemente y sin complicaciones, además de ser vista en la sala por el servicio de psiquiatría infantil.

Finalmente se le indica un estudio psicométrico, y recibe el alta con la entrega de un turno para la consulta de psicología.

Conclusiones de la valoración psicométrica: "test de Kent: C.I. de 64, lo que la sitúa dentro de la categoría de oligofrénica ligera".

"Test de Bender: Distorsión en una sola figura y en ángulos, así como dificultad en ángulos y paralelos (lo consideramos ligeramente anormal)".

"Creemos que el nivel de inteligencia obtenido por la paciente en el test de Kent, no corresponde exactamente al real; ya que los índices característicos en el de Bender, no son suficientes para indicar que se trata de una oligofrénica; además de ello, la figura humana en cuestión, tampoco responde a las particularidades de la oligofrenia como tal, por lo cual consideramos que actualmente su rendimiento se halla alterado por trastornos psíquicos aparentemente de tipo psicótico, y que son proyectados en el test de *match-over*, donde encontramos índices de una ligera deficiencia psíquica muy desorganizada, infantilidad, sentimientos de desorganización corporal, marcados rasgos paranoides y agresividad de naturaleza morbosa. Por tanto, nos atrevemos a aventurar que su inteligencia corresponde al nivel de frontera a normal baja, y sugerimos que sea tratada por la especialidad de psiquiatría, e incluso, de ser necesario, debe remitirse a la de psicología para someterla a pruebas especiales".

La paciente fue citada para las consultas de cirugía y de psiquiatría, pero no concurrió a ninguna. La madre alegó posteriormente, como causa justificante, la "falta de tiempo".

El día 8 de diciembre del año 1975, se presentan con ella al servicio de urgencias de nuestro hospital, por manifestar dolores abdominales acompañados de vómitos. Se le realizaron estudios radiográficos de abdomen simple, con resultados normales. Acudió otras dos veces con los mismos síntomas e igual cuadro radiográfico.

El día 17 se le repiten dichos estudios, que también resultan normales, y se le ingresa para un análisis más profundo.

Al ingresarla, el abdomen era plano, blando y depresible, aunque en la fosa ilíaca derecha había una zona indurada y dolorosa, a la derecha de la cicatriz quirúrgica, sin que se pudiera precisar la presencia o no de tumor.

Desde el ingreso desaparecieron el dolor y los vómitos; pero tres días más tarde presentó un cuadro clínico y radiográfico de oclusión intestinal.

Producto de ese cuadro, se interviene de urgencia y se encuentra una oclusión mecánica del yeyuno, debido a un tricobezoar de 15x7 cm, causante de una perforación puntiforme del intestino. Se ejecuta enterotomía y extracción del tricobezoar, y se sutura el intestino en dos planos. Luego se revisa el resto de la cavidad abdominal, y al observarse normal, se cierra por planos la pared del abdomen (figura 4).

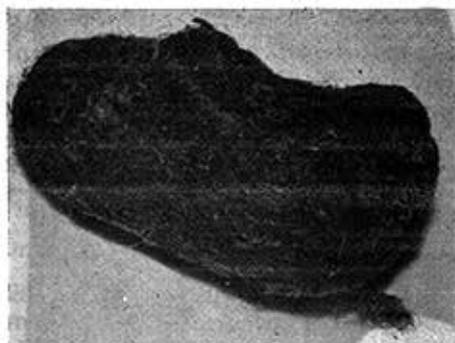


Figura 4. El segundo tricobezoar extraído.

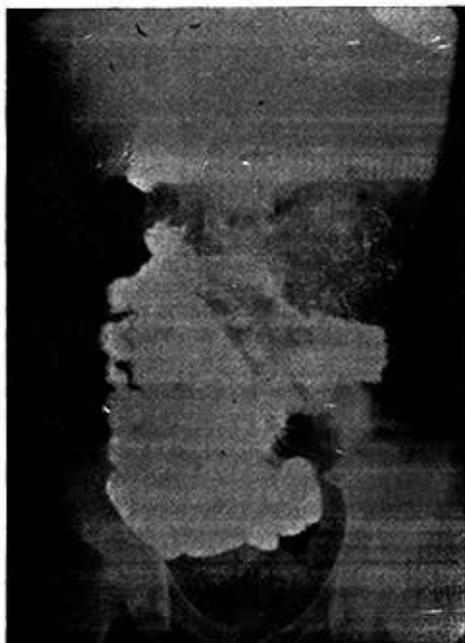


Figura 5. Estudio contrastado del tubo digestivo obtenido después de la segunda intervención, el cual es normal.

La paciente evoluciona favorablemente y sin complicaciones. En la sala es atendida por el servicio de psiquiatría, debido a sospechas de padecer trastornos de tipo psicótico-endógeno. Se le impone tratamiento con psicofármacos y recibe el alta de nuestro servicio con un turno destinado a la consulta de psiquiatría, después de haberse efectuado un estudio contrastado del tubo digestivo, que no evidenció anormalidad alguna (figura 5).

DISCUSION

*Rouleau y Mordet*¹⁷ emprenden un estudio psiquiátrico de una paciente de 17 años, operada por un tricobezoar gástrico, y exponen que en su caso la tricofagia pudiera ser "una impregnación oral incestuosa", y la tricotilomanía, un equivalente masturbatorio. En su investigación creen importante señalar que, en la paciente, los síntomas se presentaron simultáneamente a la pubertad; período en que los vellos pubianos y axilares aparecen sobre un cuerpo en transformación.

Por otra parte, también subrayan que la conducta ambivalente de la misma, pone de relieve una tendencia incestuosa.

Asimismo, *De Bakey y Ochsner*² plantean que de los 172 casos de tricobezoes informados por ellos, la mayoría se detectó en pacientes del sexo femenino, cuyas edades fluctuaban entre 10

a 30 años, y que en general se hallaban recluidas en instituciones mentales.

En la paciente informada por *Vázquez y Amador*¹² estaban presentes la tricofagia, la tricotilomanía y el retraso mental.

*Greenberg y Sarnet*¹⁸ informan 19 casos de tricotilomanía entre adolescentes de inteligencia normal dentro de la clase media de su país, en 5 de los cuales la tricofagia estaba presente.

Nosotros clasificaríamos a nuestra paciente en un grupo intermedio entre esos dos extremos, ya que aunque su inteligencia es de frontera a normal baja, y muestra evidentes trastornos psíquicos (cuya naturaleza no ha podido ser bien precisada), éstos no le impiden desarrollar una vida social y familiar normales; y lo que es aún más significativo, lograr una promoción escolar bastante aceptable en su caso.

Llama realmente la atención, la reiterada e inexplicable negativa de la paciente y de sus familiares, con respecto a admitir la tricofagia y la tricotilomanía; aunque también cabe destacar que ese hábito morboso de arrancarse el pelo o cabello, no es un hecho evidenciable ni objetivo en la misma, por cuanto no existen áreas de alopecia en su superficie corporal, a pesar del gran volumen de los tricobezoes extraídos.

SUMMARY

Puente Fonseca, C.; Valdenebro García, M. *Small intestine occlusion from a trichobezoar.* Rev Cuba Ped 51: 1, 1979.

A brief review of the history, frequency, symptoms, signs, complementary tests and complications from trichobezoars is made. A 14 year old female patient who underwent two surgical operations in our service for a small intestine occlusion from two respective trichobezoars is presented. Some commentaries on these concretions are made.

RÉSUMÉ

Puente Fonseca, C.; Valdenebro García, M. *Occlusion de l'intestin grêle par trichobézoard.* Rev Cub Ped 51: 1, 1979.

Une brève revue est faite sur l'histoire, la fréquence, les symptômes, les signes, les examens complémentaires et les complications des trichobézoards. On présente le cas d'une patiente âgée de 14 ans, laquelle a été intervenue chirurgicalement dans notre service à deux reprises, par des occlusions de l'intestin grêle dues à des trichobézoards. Quelques remarques sont faites à propos des trichobézoards.

РЕЗЮМЕ

Пуанте Фонсека, К.; Вальденебро Гарсия, М. Закупорка тонкой кишки, вызванная трикобозоаром. Rev Cub Ped 51: 1, 1979

Делается краткий обзор истории, частоте, симптомах, характеристиках, дополнительных анализов и осложнений, вызываемых трикобозоарами. Представляется случай с одной пациенткой 14 летнего возраста, которая дважды была хирургически прооперирована в нашем отделении по причине закупорки тонкой кишки вызванной в обоих случаях трикобозоарами. Также делается не которые комментарии об этих трикобозоарах.

BIBLIOGRAFIA

1. Nagel, G.W.; Berger, J.J. Phytobezoars occluding the small intestine following subtotal gastrectomy. Am J Surg 99: 318-19, Mar, 1960.
2. De Bakey, M.; A. Ochsner, A. Bezoars and concretions. A comprehensive review of the literature with an analysis of 303 collected cases and a presentation of 8 additional cases. Surg 4: 934-63, 1938; Ibid, 5: 132-60, 1939.
3. Baudamant, W.W. Mémoire sur des cheveux trouvés dans l'estomach, et dans l'intestin grele. J D Med 52: 507, 1779.
4. Rodriguez Cuartero, A. y otros. Bezoares: comentarios sobre dos casos. Rev Esp Enferm Apar Dig 38: 739-48, 6, 15 Nov, 72.
5. Farley, D. Foreign bodies in the stomach. Br Med J 5: 364, 1 066, 26 oct. 1963.
6. Mason, L.B. Migration of surgical sponge into small intestine. JAMA 205: 938-39, 23 Sep, 1968.
7. D'Souza, C.R.; Davis, R.G. Management of ingested foreign bodies. Canad J Surg 13: 59-61, 1 Jan, 1970.
8. Mc Kechnie, J.C. Gastroscopic removal of a phytobezoar. Gastroenterol 62: 1 047-51, 5, May, 1972.
9. Jaffe, B.M.; Sesser, W.F. Management of gastric persimmon bezoars. Am J Surg 114: 962-65, 6, Dic, 67.
10. Edell, S.; Wagner, D.K. Duodenal stenosis contributing to bezoar formation. Clin Pediatr 10: 543-45, 9, Sep, 71.
11. Fried, E. et al. Small bowell obstruction secondary tobezoars after gastrojejunostomy. Am J Gastroenterol 58: 77-81, 1, Jul, 1972.
12. Vázquez, B.; Amador, M. Alopecia y tumoración epigástrica. Rev Cub Ped 45: 685-689, nov-dic, 1974.
13. Weinerman, R. et al. Ball-valve obstruction of terminal ileum of long duration by a rare phytobezoar. JAMA 199: 274-76, 4, Jan, 1967.
14. Benson, C.D. y otros. Cirugía infantil. 2: pp. 769-775. Salvat Editores S.A., Barcelona, 1967.
15. Smoller, S. et al. Trichobezoar cause of intestinal obstruction in a 2½ year-old-child. JAMA Dis Child 82: 439, 1951
16. Barnes, W.A. Management of foreign bodies in the alimentary tract. Am J Surg 107: 422-28, 3, Mar, 1964.
17. Rouleau, Y.; Mordret, C. Quelques aspects psychiatriques d'un cas de trichophagie. Laval Med 37: 779-83, 7, Sep, 1966.
18. Groonberg, H.R.; Sarnar, C.A. Trichotillomania: symptom and syndrome. Arch Gen Psychiat 12: 482-490, 1965.

Recibido: febrero 12, 1978.

Aprobado: agosto 10, 1978.