

Una entidad rara con manifestaciones frecuentes: Bezoar Gástrico, reporte de caso en una adolescente.

A rare entity with frequent manifestations: Gastric Bezoar, case report in an adolescent.

Maria Alejandra Macz Coy⁽¹⁾, Sara Maria Luz Caal Macz⁽²⁾, Álvaro Josué Sontay Santa María⁽³⁾.

1. Departamento de Cirugía General, Hospital Regional de Cobán, Cobán, Guatemala. Médico y Cirujano, Universidad San Carlos de Guatemala,
2. Departamento de Cirugía General, Hospital Regional de Cobán, Cobán, Guatemala. Estudiante de medicina, sexto año, Universidad San Carlos de Guatemala.
3. Departamento de Cirugía General, Hospital Regional de Cobán, Cobán, Guatemala. Estudiante de medicina, sexto año, Universidad San Carlos de Guatemala.

Autor Corresponsal: Dra. Maria Alejandra Macz Coy, alejandra.mcoy@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36109/md5f7g14>

Aceptado: Agosto 2025

Resumen

Un bezoar es una concreción de material no digerible en el tracto gastrointestinal, comúnmente en el estómago, que puede causar obstrucción intestinal. Se presenta el caso de una adolescente de 15 años con dolor en hipocondrio izquierdo, vómitos verdosos y masa palpable. Se manejó inicialmente con antibióticos, antieméticos y restricción oral, pero evolucionó con distensión abdominal y vómitos fecaloideos. La tomografía evidenció obstrucción intestinal, por lo que se realizó laparotomía exploratoria, encontrándose 2 tricobezoares gástricos (17x13 cm y 17x9 cm), que fueron extraídos quirúrgicamente.

Palabras clave: *Bezoar, obstrucción intestinal, tricotilomanía, laparotomía*

Abstract

A bezoar is concretion of indigestible material in the gastrointestinal tract, most commonly in the stomach, which can cause intestinal obstruction. We report the case of a 15-year-old adolescent presenting with left hypochondrial pain, greenish vomiting and a palpable mass. Initial management included antibiotics, antiemetics, and oral intake restriction; however, the patient progressed to abdominal distension and fecal vomiting. Computed tomography revealed intestinal obstruction, prompting an exploratory laparotomy, during which two gastric trichobezoars (17 x 13 cm and 17 x 9 cm) were found and surgically removed.

Keywords: *Bezoar, intestinal obstruction, trichotillomania, laparotomy*

Introducción

El término “bezoar” proviene del vocablo árabe *badzher* que significa “antídoto”. Fueron ellos quienes describieron por primera vez acumulaciones calculosas en el tubo digestivo, tanto en humanos como en mamíferos rumiantes. Estos bezoares tendrían propiedades protectoras anti-envenenamientos y se usaban como amuletos protectores. En la medicina actual se reconoce que los bezoares en humanos consisten en la acumulación de material no digerible en el tracto intestinal, lo cual impide el paso del bolo alimenticio. Anatómicamente su ubicación más frecuente es el estómago, seguido del intestino delgado (también llamado síndrome de Rapunzel). ¹

Según su composición, se puede clasificar en cinco tipos: fitobezoares (compuestos por alimentos con base de celulosa), tricobezoares (formados por pelos y restos alimentarios), y con menor frecuencia, están los fármacobezoares, polibezoares y lactobezoares. ^{1,2}

Si bien la mayoría de los pacientes son asintomáticos, la acumulación en el tiempo puede ocasionar síntomas asociados a la obstrucción del tracto digestivo que van desde la oclusión parcial a total. Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes se encuentran: dolor abdominal sordo, anorexia, vómitos, pérdida de peso, masa palpable y obstrucción intestinal.

No existe un tratamiento específico para los bezoares; inicialmente se intentará la extracción endoscópica, siempre y cuando sea factible, junto con otras opciones clínicas. Sin embargo, el abordaje quirúrgico se convierte en una opción cuando los métodos terapéuticos anteriores fracasan. La elección del tratamiento está orientada a cada caso en particular del paciente; se deben tener en cuenta el material, tamaño y ubicación del bezoar, así como las características fisiológicas del paciente. Además del manejo quirúrgico, la intervención del equipo de psiquiatría es fundamental para prevenir la recurrencia de estos casos, la cual alcanza cifras de hasta el 20%, si no se controlan los factores de ansiedad. ³⁻⁵

Presentación de caso

Paciente femenina de 15 años, sin antecedentes quirúrgicos, que consulta al servicio de emergencias por cuadro de dolor en hipocondrio izquierdo de tres meses de evolución. El dolor se describe como de inicio gradual, con una intensidad de 9/10, asociado a vómitos verdosos en abundante cantidad. La paciente refiere antecedentes de emesis con contenido blanquecino hace aproximadamente un mes, así como la percepción de una masa palpable en hipocondrio izquierdo. Menciona diagnóstico previo de gastritis hace dos años, tratada de forma ambulatoria con inhibidores de bomba de protones.

Al examen físico, se encuentra hemodinámicamente estable: presión arterial 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca 86 lpm, frecuencia respiratoria 21 rpm, temperatura 37.3 °C

y saturación de oxígeno 98% y peso de 70 kg. Se observa paciente orientada en tiempo, espacio y persona; pupilas isocóricas y fotorreactivas; cuello móvil y simétrico; campos pulmonares con buena entrada de aire bilateral y murmullo vesicular conservado. Ruidos cardíacos rítmicos y sincrónicos. Abdomen distendido, con circunferencia abdominal de 76 cm, ruidos gastrointestinales presentes, timpánico y masa palpable en hipocondrio izquierdo, dolorosa. Extremidades simétricas, móviles, sin lesiones evidentes.

Ante estos hallazgos, se decide, su ingreso para estudio del caso, iniciando antibioticoterapia empírica, antieméticos y fluidoterapia intravenosa, con restricción de la vía oral. Los estudios de laboratorio iniciales mostraron: leucocitosis $26.79 \times 10^9/L$ con neutrofilia del 90.2%, hemoglobina 17.5 g/dL, hematocrito 52.9%, plaquetas $692 \times 10^9/L$. En los gases arteriales con pH 7.39, pCO_2 42 mmHg, HCO_3 23 mmol/L y lactato 2.1 mmol/L. La ecografía abdominal inicial no evidenció hallazgos patológicos.

Al día siguiente, la paciente presentó deterioro clínico, con aumento de la distensión abdominal, alcanzando una circunferencia abdominal de 83 cm y vómitos fecaloideos. Se colocaron sonda nasogástrica y sonda Foley. En laboratorios preoperatorios persistía leucocitosis $22.00 \times 10^9/dL$ con neutrofilia del 86%, proteína C reactiva ultrasensible 12.48 mg/dL y BUN de 27 mg/dL.

Ante el empeoramiento clínico, caracterizado por dolor abdominal difuso a la palpación superficial y profunda, así como signos de irritación peritoneal, se decide realizar una intervención quirúrgica. Durante la laparotomía exploratoria, a través de una incisión supraparaumbilical, se identificó obstrucción de la luz de la cámara gástrica y a 90 cm del ángulo de Treitz en yeyuno como se muestra en la **Figura 1**. Se extrajeron de dos bezoares: uno de 17x3 cm y otro de 17x9 cm, ambos conformados principalmente por material piloso, compatible con tricobezoar. (**Figura 2**)

Figura 1. Intraoperatorio durante laparotomía exploratoria. Se observa obstrucción de la luz gástrica (izquierda) y masa intraluminal a nivel del yeyuno (derecho), compatible con tricobezoar.

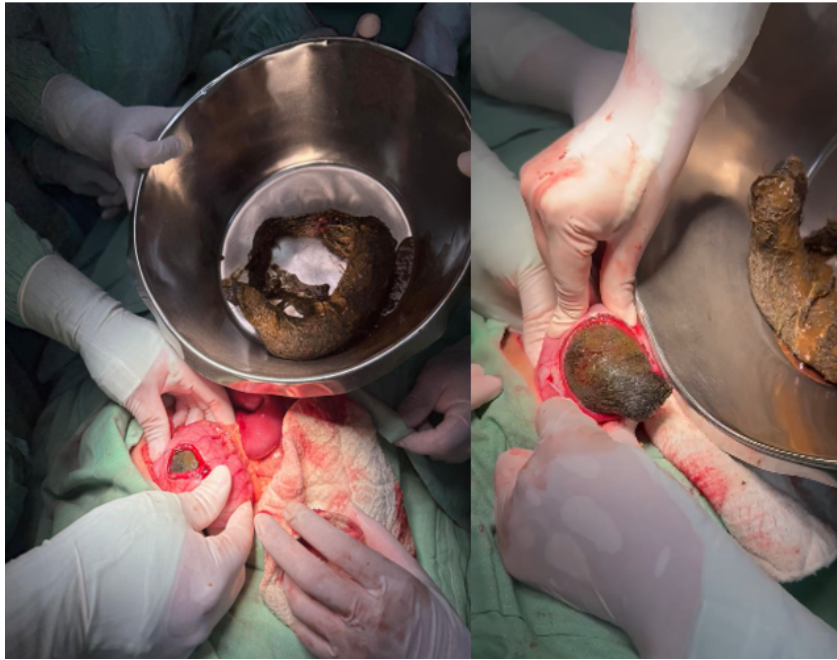


Figura 2. Tricobezoares gástricos extraídos quirúrgicamente. Se evidencian dos masas conformadas principalmente por material piloso, con dimensiones de 17x13 cm y 17 x 9 cm, respectivamente



Posteriormente, durante la entrevista ampliada, un familiar refirió que la paciente presentaba el hábito de tricotilomanía y tricotofagia, manifestado por la ingesta frecuente de su propio cabello, dato que no había sido comunicado previamente.

La evolución posquirúrgica fue favorable, con resolución del cuadro obstructivo, disminución de circunferencia abdominal a 66 cm, reducción del peso a 68 kg y adecuada recuperación clínica.

Discusión

Los tricobezoares son una entidad poco frecuente en la práctica clínica, con predilección por adolescentes y mujeres jóvenes con antecedentes de tricotilomanía o tricotofagia. La mayoría de los reportes describen bezoares únicos localizados en la cavidad gástrica ⁶. Sin embargo, en el presente caso se documentó la coexistencia de dos tricobezoares de gran tamaño, lo cual constituye un hallazgo excepcional, tanto por el número como por las dimensiones.

La paciente presentó un cuadro clínico típico de evolución insidiosa, caracterizado por dolor abdominal crónico, vómitos recurrentes y percepción de masa abdominal, que finalmente regresó a una obstrucción intestinal aguda. Este patrón se ha descrito en la literatura como una de las principales dificultades diagnósticas, ya que los síntomas iniciales suelen confundirse con gastritis o dispepsia funcional, lo que retrasa la identificación de la patología ⁷.

En este caso, la ecografía abdominal inicial no mostró hallazgos relevantes, lo que coincide con publicaciones que señalan su baja sensibilidad para la detección de bezoares. Por el contrario, la tomografía computarizada abdominal resulta clave para evidenciar la obstrucción intestinal y orientar la necesidad de intervención quirúrgica, confirmando su papel como método diagnóstico de elección en estos pacientes. ⁸

El tratamiento quirúrgico mediante laparotomía exploratoria con gastrostomía y enterotomía es la opción indicada, dado el gran tamaño de los tricobezoares y la obstrucción intestinal asociada. Aunque en casos seleccionados se han descrito intentos de extracción endoscópica o laparoscópica, la literatura coincide en que estas técnicas presentan limitaciones importantes cuando los bezoares superan los 10 cm o se encuentran fragmentados. ⁶

Un aspecto crítico es la omisión inicial del antecedente de tricotofagia, recabado únicamente tras la intervención quirúrgica. La falta de un interrogatorio dirigido y ausencia de una evaluación multidisciplinaria puede retrasar la detección de factores psiquiátricos subyacentes y favorecer la recurrencia [6,8]. Diversos estudios han reportado tasas de recurrencia de hasta un 20% cuando no se aborda el componente conductual subyacente. ⁸ Por ello, la resolución quirúrgica debe complementarse con un

seguimiento psicológico y psiquiátrico estrecho, que permita tratar la tricotilomanía y prevenir la reaparición del cuadro.⁹

Este caso resalta la importancia de considerar el tricobezoar como diagnóstico diferencial en adolescentes con dolor abdominal crónico, vómitos recurrentes y masa palpable. Asimismo, pone en evidencia la necesidad de un abordaje multidisciplinario que incluya no solo la resolución quirúrgica del cuadro obstructivo, sino también la detección y tratamiento de los factores psiquiátricos asociados, con el fin de evitar recurrencias y mejorar el pronóstico a largo plazo.

Referencias bibliográficas

1. Von Mühlenbrock PC, Mezzano PG. Bezoar gástrico, una aproximación al manejo. *Gastroenterol Latinoam*. 2020;31(1):7-8. doi:10.46613/gastrolat202001-08.
2. Bombón Caizaluisa MF, Rosero Moncayo Y. Bezoar gastrointestinal: revisión sistemática de la literatura. *Medicinas UTA*. 2022;6(4):16-24. doi:10.31243/mdc.uta.v6i4.182.
3. Albostani A, Kfelati F, Alsaadi W, Faraman RA, Farman A. Small bowel obstruction due to a meat bolus bezoar: the second case report in literature. *Ann Med Surg (Lond)*. 2024;86(2):1139-1143. doi:10.1097/MS9.0000000000001633
4. Sacco MA, Gualtieri S, Princi A, et al. Rapunzel Syndrome: clinical, diagnostic and forensic aspects in related deaths—a review of the literature. *J Clin Med*. 2024;13(23):7464. doi:10.3390/jcm13237464
5. Muhtaroglu A, Yiğit M, Demir H, et al. Evaluation of the location, number and diameter of bezoars in patients with a history of previous gastrointestinal surgery. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2023;49(1):1783-1789. doi:10.1007/s00068-023-02220-0
6. Gorter RR, Kneepkens CM, Mattens EC, Aronson DC, Heij HA. Management of trichobezoar: case report and literature review. *Pediatr Surg Int*. 2010;26(5):457-463. doi:10.1007/s00383-010-2570-0
7. Habib M, Amjad MB, Abbas M, Chaudhary MA. Gastric trichobezoars in paediatric population- A series of six cases and literature review. *Ann Med Surg (Lond)* [Internet]. 2022;84(104906):104906. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104906>
8. Jalil S, Azhar M, ElKadi TTH, AlFaifi K, Hamidi SA, Saiady MA, et al. Paediatric gastrointestinal trichobezoar—an uncommon entity: a case series with recent literature review. *Ann Pediatr Surg* [Internet]. 2023;19(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s43159-023-00256-w>