

3. Molina C, Serrano C. Angioedema por déficit de C1-inhibidor. *J Immunol Clin* 2000; 15: 148-159.
4. Pappalardo E, Cicardi M, Duponchel C, Carugati A, Choquet S, Agostoni A et al. Frequent de novo mutations and exon deletions in the C1-inhibitor gene of patients with angioedema. *J Allerg Clin Immunol* 2000; 106: 1147-1154.
5. Bork K, Siedlecki K, Bosch S, Schopf R, Kreuz W. Asphyxiation by laryngeal edema in patients with hereditary angioedema. *Mayo Clin Proc* 2000; 75: 349-354.
6. Czarnetzki M. *Urticaria*. Berlín: Springer, 1986; 53-54.
7. Frank M, Gelfand A, Atkinson P. Hereditary angioedema: the clinical syndrome and its management. *Ann Intern Med* 1996; 84: 580-593.

Tricobezoar: un problema psicológico

(*An Esp Pediatr* 2001; 55: 383-384)

Sr. Editor:

La tricotilomanía o impulso incontrolado de arrancarse el propio cabello es una conocida alteración psicológica que puede llevar a la aparición de bezoar gástrico. El término "bezoar" deriva de la palabra árabe *badzebr* o de la persa *panzher*, que significan ambas antídoto¹. El primer caso fue publicado por Baudaman en 1779 y la primera intervención fue descrita en 1883 por Schonbern². El bezoar es una masa compacta que puede tener fibras, pelos, trozos de piel, semillas, hojas, raíces o tallos de plantas, aunque los más frecuentes están constituidos por pelos y restos de frutas o vegetales. Puede afectar sólo al estómago o extenderse a lo largo del intestino (síndrome de Rapunzel)³. Suelen causar obstrucciones intestinales y en ocasiones perforaciones del mismo. Estos pacientes suelen presentar una alteración psicológica que determina la tricofagia⁴. Otros síndromes o enfermedades que se manifiestan con alteraciones de la personalidad, como la colitis ulcerosa⁵, asocian también esta enfermedad con mayor frecuencia que en la población normal.

Se comunica el caso de una niña 11 años, diagnosticada a los 10 años de colitis ulcerosa, en tratamiento con corticoides y salazopirina. Al llegar a nuestro centro presentaba un cuadro de anorexia y vómitos ocasionales en los últimos meses, que se habían hecho continuos en los 3 días previos al ingreso. En la exploración se apreciaba una masa abdominal epigástrica, dolorosa, de consistencia dura y móvil. Se realizaron TDS y tomografía computarizada (TC) abdominal que mostraron un defecto de repleción gástrico (fig. 1). Una endoscopia digestiva alta reveló un tricobezoar que ocupaba prácticamente toda la cavidad gástrica, formando un molde de ésta, que era imposible extraer por esta vía. Tras valorar el estado psicológico de la paciente se constató su tendencia a la ingesta de pelos del cuero cabelludo. La larga melena de la niña había hecho que los defectos pasaran desapercibidos. La extracción del tricobezoar se realizó a través de una amplia gastrostomía anterior (fig. 2). La evolución posterior fue satisfactoria y pasó a control por parte del servicio de psicopediatría.



Figura 1. TDS que muestra defectos de repleción gástrica.



Figura 2. Extracción del tricobezoar mediante gastrostomía anterior.

Si bien no es muy frecuente, el tricobezoar es una de las posibles causas de obstrucción intestinal en los niños. Los síntomas son más manifiestos cuando éste se extiende a lo largo del intestino y en este caso recibe el nombre de síndrome de Rapunzel⁶. El paciente característico es una mujer joven adolescente (90% son mujeres y el 80% tienen menos de 30 años)⁴, con anorexia, pérdida de peso, dolor abdominal de repetición e historia de tricotilomanía que suele constatarse tras establecer el diagnóstico. Suelen ser pacientes con trastornos psicológicos o personalidad límite⁷; es evidente que en procesos como la colitis ulcerosa en los que se asocia a su vez una personalidad patológica⁸ pueda presentarse este cuadro de bezoar gástrico por tricofagia.

Las manifestaciones clínicas son dolor abdominal, vómitos y cuadros suboclusivos y al ir aumentando la ingesta de pelos la obstrucción se hace más patente. En ocasiones se producen cuadros de perforación intestinal, sangrado, invaginaciones, apendicitis e incluso ictericia obstructiva⁷. El diagnóstico se sospecha si existe tricotofagia evidente, en caso contrario se establece habitualmente tras TDS, TC abdominal y endoscopia digestiva alta. El tratamiento suele ser quirúrgico ya que es difícil la extracción endoscópica. Durante la cirugía debe comprobarse su posible extensión a lo largo del intestino delgado.

Pero lo más importante es el control psicológico posterior, con una adecuada terapia que evite la recaída en la ingesta de pelos u otros materiales que pueden formar un bezoar. Aunque la incidencia de este cuadro es escasa, debe considerarse ante todo paciente con síntomas compatibles y que además presente alteraciones de la personalidad o algún otro trastorno que las desencadene.

B. Velasco Sánchez y R.M.^a Paredes Esteban

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Ciudad de Jaén.

Correspondencia: Dr. B. Velasco Sánchez.
Servicio de Cirugía Infantil. Hospital Ciudad de Jaén.
Avda. del Ejército Español, 10. 23007 Jaén.
Correo electrónico: basilio.velasco@teleline.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Balik E, Ulman I, Taneli C, Demircan M. The Rapunzel syndrome: A case report and review of the literature. *Eur J Pediatr Surg* 1993; 3: 171-173.
2. Sharma V, Sharma ID. Intestinal trichobezoar with perforation in a child. *J Pediatr Surg* 1992; 27: 518-519.
3. Vaughan ED, Sawyer JL, Scott HW. The Rapunzel syndrome: an unusual complication of intestinal bezoar. *Surgery* 1968; 63: 339-343.
4. Doski JJ, Priebe CJ Jr, Smith T, Chumas JC. Duodenal trichobezoar caused by compression of the superior mesenteric artery. *J Pediatr Surg* 1995; 30: 1598-1599.
5. Robertson DA, Ray J, Diamond I, Edwards JG. Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 1989; 30: 623-626.
6. Uroz Tristán J, García Urgellés X, Melián Pérez-Marín S. Síndrome de Rapunzel. Aportación de un nuevo caso. *Cir Pediatr* 1996; 9: 40-41.
7. Seker B, Dilek ON, Karaayvaz M. Trichobezoars as a cause of gastrointestinal obstruction: the Rapunzel syndrome. *Acta Gastroenterol Belg* 1996; 59: 166-167.
8. Drossman DA, Leserman J, Mitchell CM, Li ZM, Zagami EA, Patrick DL. Health status and health care use in persons with inflammatory bowel disease. A national sample. *Dig Dis Sci* 1991; 36: 1746-1755.