

# TRICOBEOAR GÁSTRICO

## REPORTE DE UN CASO

Carolina Vilela\*, María del Carmen Pérez\*.

DOI: 10.64177/revimagenol202528131

### RESUMEN

Un bezoar gástrico es una acumulación de masas no digeribles en el estómago<sup>(1)</sup>.

La incidencia de bezoares en la población general está en torno al 1 %<sup>(2)</sup>.

Se presenta el caso de una paciente de 36 años que consulta por una tumoración epigástrica pétreo e indolora, se le realizó una tomografía computada, una ecografía, seguidas de una fibrogastroendoscopia planteando como diagnóstico final un **tricobezoar gástrico**, que se confirmó mediante una gastrostomía quirúrgica.

**Palabras clave:** Bezoares, Tomografía Computada Helicoidal, Ultrasonografía.

### ABSTRACT

A gastric bezoar is an accumulation of indigestible masses in the stomach<sup>(1)</sup>.

The incidence of bezoars in the general population is around 1%<sup>(2)</sup>.

We present the case of a 36-year-old female patient who consulted for a painless, hard epigastric mass. She underwent computed tomography, ultrasound, and subsequent endoscopic gastroscopy, leading to a final diagnosis of a gastric trichobezoar, which was confirmed by surgical gastrostomy.

**Key words:** Bezoars, Helical Computed Tomography, Ultrasonography.

## INTRODUCCIÓN

Un bezoar gástrico es una acumulación de masas no digeribles en el estómago.<sup>(1,5)</sup>

Cuando se producen por la ingestión de fibras y/o semillas de plantas se denominan fitobezoar y son los más frecuentes.<sup>(3)</sup>

Los tricobezoares gástricos son una forma rara de bezoar que se forma a partir de la ingestión de cabello humano, pelo artificial de muñeca, o pelo de animal, fibras de mantas o fibras de alfombras.

La mayoría de casos se observa en mujeres jóvenes con trastornos psiquiátricos, como depresión o retraso mental, asociados con tricotilomanía (necesidad compulsiva de arrancarse el pelo) y tricofagia (trastorno compulsivo de ingesta de pelo).<sup>(3,5,10)</sup>

Si bien no hay datos epidemiológicos de la incidencia de bezoar en Uruguay, la literatura internacional lo refiere en torno al 1%.

Los tricobezoares gastrointestinales pueden causar un espectro de manifestaciones clínicas que varían según la etapa de formación del tricobezoar, el tiempo de presencia y su ubicación en el tracto gastrointestinal. Durante la etapa inicial, pueden presentarse como anorexia, malestar general, dolor abdominal vago y cefaleas; debilidad y pérdida de peso.<sup>(4,11)</sup>

La anemia por deficiencia de hierro es un hallazgo común en las pruebas de laboratorio y puede ser consecuencia de una absorción gastrointestinal deficiente.<sup>(4)</sup>

Hacemos especial hincapié en la utilidad de la tomografía computarizada en el diagnóstico preoperatorio y en la detección de posibles complicaciones.<sup>(6)</sup>

En Uruguay, la literatura sobre tricobezoar es extremadamente limitada. Se identifica un único caso asistido en el país, publicado en 1970 en la Revista de Cirugía del Uruguay. Aunque en 2025 se reportó un nuevo caso en la misma revista, este no corresponde a una presentación ocurrida a nivel nacional. La escasa experiencia publicada localmente refuerza la relevancia de comunicar nuevos casos y destacar el papel de la imagenología en el diagnóstico precoz de esta entidad infrecuente.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente de sexo femenino, de 36 años con antecedentes personales de patología psiquiátrica, en seguimiento y tratamiento por depresión y alopecia nerviosa que es derivada al servicio de emergencia de Hospital de referencia por tumoración abdominal en epigastrio y síndrome funcional anémico. En Servicio de Emergencia se destaca de la anamnesis dolor abdominal inespecífico

\* Servicio de Imagenología del Hospital Pasteur.

Autor de correspondencia  
Carolina Vilela  
carolinavilelasebben@gmail.com

Recibido: 9/12/2024  
Aceptado: 12/4/2025

de larga data, a nivel centro abdominal, de intensidad moderada acompañado de náuseas, anorexia y pérdida de peso. Al examen físico se destaca alopecia, palidez cutánea y mucosa, con lengua depapilada, en la esfera abdominal se palpa tumoración en epigastrio pétreo, indolora. De la paraclínica se destaca anemia ferropénica severa con Hb: 3.4 g/dl.

Con planteo diagnóstico desde el servicio de emergencia de probable patología neoplásica se le solicita una tomografía computada de tórax abdomen y pelvis con medio de contraste i/v. Se le realizó una tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis, la misma se realizó en fases sin medio de contraste, una fase arterial tardía a los 40 segundos y una fase venosa a los 70 segundos (Figura 1).

En esta tomografía podemos visualizar un estómago sobredistendido con paredes finas y regulares, con realce habitual tras la administración del medio de contraste. En el interior del estómago se observan tres imágenes intraluminales redondeadas, que miden 85 mm, 84 mm y 74 mm de diámetro mayor aproximadamente, de similares características imagenológicas entre ellas, que dan el aspecto de anillo o capas concéntricas con centro hipodenso en relación a densidad grasa y aire como se observa en la figura 1 b. Estas imágenes no realzan tras

la administración de medio de contraste intravenoso, lo cual junto con el aspecto en capas o anillo, es clave para establecer el diagnóstico.

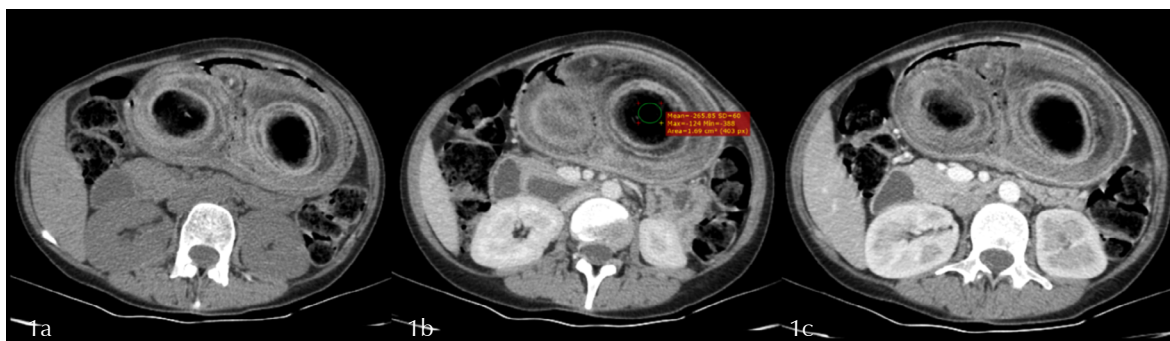
Esta sobredistensión del estómago produce compresión de la tercera porción del duodeno a nivel de la pinza aorto-mesentérica y distensión duodenal proximal (Figura 2). Del resto del estudio tomográfico no se encontraron otros hallazgos patológicos.

Por las características de las imágenes intragástricas descritas en la Tomografía y considerando la alopecia nerviosa como antecedente de la paciente, se plantean tres cuerpos extraños con la sospecha de tricobezoar.

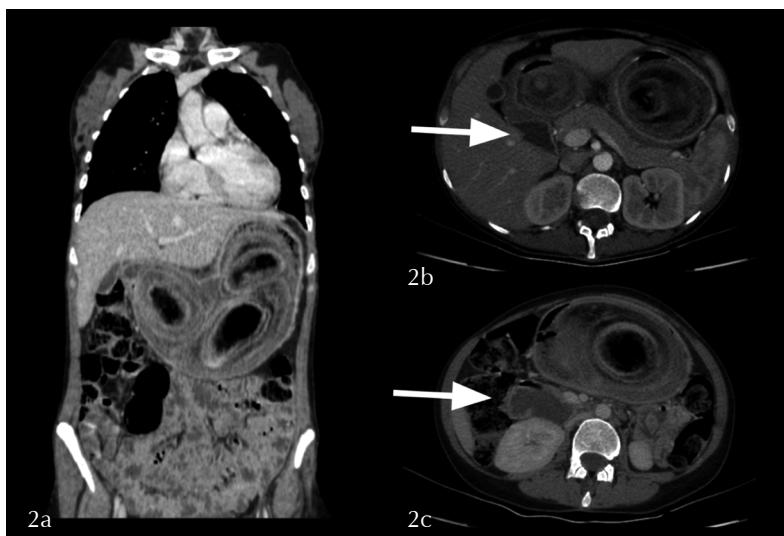
Se interroga a la paciente por la posibilidad de tricofagia, la misma niega el antecedente.

Posteriormente a la tomografía computada, se le realizó una ecografía de abdomen con transductor convexo de baja frecuencia (Figura 3), se realizó este estudio con fines académicos, para documentar los hallazgos por otra técnica de estudio. De la misma se destaca en proyección del epigastrio una imagen curvilínea hiperecogénica con gran cono de sombra posterior.

Los hallazgos en la ecografía apoyaron al diagnóstico de cuerpo extraño, tricobezoar.



**Figura 1**  
Tomografía computada en cortes axiales cráneo caudales en fase a) sin medio de contraste intravenoso, b) en fase venosa a los 70 segundos, donde se observa la región de interés (ROI) que muestra densidad de -265 UH c) en fase arterial tardía a los 40 segundos.



**Figura 2**  
Tomografía computada en corte coronales a) y cortes axiales b) y c), con las flechas se observa distensión de la primera y segunda porción del duodeno.

La paciente fue referida nuevamente al servicio de emergencia dónde se le realizó una fibrogastroendoscopia que confirma la presencia de tres ovillos de pelos que ocupan el fundus y el cuerpo gástrico, tanto la mucosa gástrica, como duodenal no presentaban alteraciones ( Figura 4).

Se planteó que el tratamiento era de sanción quirúrgica. Se realizó una gastrostomía por vía abierta, con una incisión mediana supraumbilical, donde logran la apertura del antro gástrico y objetivan la presencia de los 3 bloques de pelo, los cuales extraen , y le realizan una gastrorrafia longitudinal sin complicaciones. Se muestran imágenes de los 3 bloques de pelo extraídos luego del procedimiento ( Figura 5).

En la evolución la paciente fue ingresada en sala de internación, recibió tres volúmenes de glóbulos rojos. Posteriormente a la gastrostomía abierta que no tuvo complicaciones se le solicitó valoración por psiquiatría. En conclusión se presentó el caso de una paciente de sexo femenino con antecedentes psiquiátricos y de alopecia, que se presenta con distensión abdominal, anemia severa y masa palpable en epigastrio. Se realiza planteo imagenológico de tricobezoar que se confirma con endoscopia digestiva alta y se resuelve con cirugía abierta y extracción de 3 bolas de pelo, con evolución favorable.

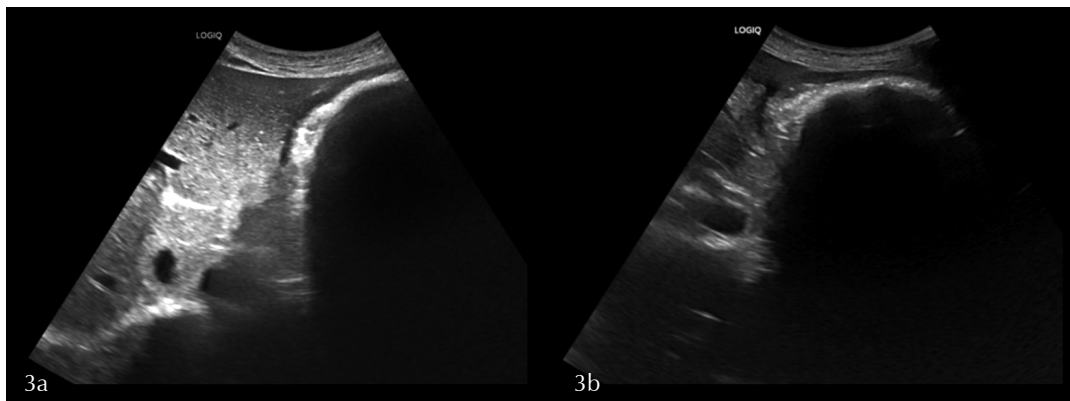
## DISCUSIÓN

El pelo humano es resistente a la digestión y al peristaltismo debido a su superficie lisa. Por lo tanto, se acumula entre los pliegues de la mucosa gástrica. Con el tiempo, la ingestión continua de pelo provoca su impactación junto con moco y restos de comida, lo que da lugar a la formación de un tricobezoar.<sup>(10)</sup>

En la mayoría de los casos, el tricobezoar se encuentra confinado al estómago<sup>(10)</sup>, como fue el caso de nuestra paciente. Los tricobezoares se pueden localizar en el estómago, el intestino delgado, el colon y el recto.<sup>(7)</sup>

Algunos pacientes permanecen asintomáticos por meses o años y otros presentan síntomas que pueden ser insidiosos o dramáticamente agudos.<sup>(7)</sup>

Los tricobezoares usualmente se presentan con síntomas de saciedad precoz, hiporexia, náuseas y vómitos (64%), hematemesis (61%), pérdida de peso (38%) y diarrea o constipación (32%). Otros signos con los que se puede manifestar son halitosis por putrefacción del material en el estómago, masa móvil en el epigastrio (70%), pérdida de pelo (alopecia en parches o alopecia de cejas y pestañas), sangre oculta en heces y anemia ferropénica.<sup>(9)</sup>



**Figura 3**  
**Ecografía abdominal**  
que a nivel de epigastrio se observa imagen lineal hiperecogénica con gran cono de sombra posterior.



**Figura 4**  
**Fibrogastroendoscopia**  
en donde se observa a nivel del cuerpo gástrico ovillo de pelos.

**Figura 5**  
**Extracción de los tres bloques de pelo del estómago, sin complicaciones.**

En la forma de presentación se describe la triada clásica presentándose el dolor abdominal en el 37% de los pacientes, pérdida de peso en el 38% y el signo más común es la evidencia a la palpación de una masa abdominal en el 70% de los casos.<sup>(8)</sup>

En nuestra paciente la misma presentaba dolor abdominal inespecífico de larga data, con pérdida de peso y anorexia. Se destaca presenta la triada clásica sintomática con la masa abdominal palpable. Los tricobezoares ocurren en el 90 % de los casos en el sexo femenino, la mayoría en menores de 30 años.<sup>(7)</sup>

Con el interrogatorio y el examen físico de estos pacientes se pueden identificar los antecedentes de ingestión de cuerpos extraños, hábito de pica, tricofagia, tricotilomanía y alopecia regional<sup>(7,12)</sup>. Si bien nuestra paciente negó la tricofagia, el antecedente de alopecia nerviosa fue un dato fundamental para realizar el planteo.

Las pruebas de imagen en estos pacientes desempeñan un papel importante en la evaluación de las causas de la obstrucción intestinal y la localización de los bezoares.<sup>(1)</sup> Los hallazgos ecográficos incluyen: masas intraluminales con sombra acústica posterior y superficies ecogénicas lineales<sup>(1)</sup>. Este hallazgo es el resultado de la alta ecogenicidad que tiene el pelo y varias interfaces acústicas por los detritos de comida y aire dentro de la impactación del bezoar.<sup>(11)</sup>

En nuestro caso la ecografía apoyó el diagnóstico, viendo la imagen característica descrita previamente.

La tomografía computada debe considerarse la técnica de imagen de elección para confirmar el diagnóstico de bezoares gastrointestinales. Su uso permite a los radiólogos determinar el punto de obstrucción, identificar el bezoar como la causa subyacente y detectar la existencia de bezoares intestinales o gástricos adicionales<sup>(12)</sup>. La misma es superior para establecer el diagnóstico, localizar el sitio y la longitud de los bezoares que aparecen como masas intraluminales bien definidas de baja densidad, sin realce con el medio de contraste intravenoso, que contienen burbujas de aire dentro de la matriz<sup>(1)</sup>. La tomografía computada es esencial para el diagnóstico ya que nos permite localizar y caracterizar estas imágenes, así como descartar diagnósticos diferenciales, al observar las paredes del estómago que están finas, sin engrosamientos, ni áreas de realce patológicos que nos hagan sospechar de otras entidades.

En resonancia magnética (RM) se han descrito casos en los que el bezoar se muestra como una masa ovoide, confluyente, de baja señal en secuencias con información T1 y T2. Estas zonas de baja señal representan burbujas de aire retenidas entre las capas del bezoar.<sup>(11)</sup>

La endoscopia puede utilizarse como método diagnóstico, ya que permite diferenciar el tricobezoar de otros tipos de bezoares, los cuales pueden extraerse de forma segura mediante esta técnica.<sup>(10)</sup>

La endoscopia confirma la presencia del cuerpo extraño, y permite el diagnóstico de enfermedades predisponentes y lesiones secundarias de la mucosa, así como su extracción<sup>(7)</sup>. En nuestro caso la endoscopia tuvo un rol fundamental al confirmar la presencia de pelo a nivel del estómago y es de suma importancia ver la integridad de las mucosas de los órganos afectados, ya que como complicaciones se puede ver una úlcera por irritación de la mucosa, en este caso la paciente presentaba sus mucosas tanto gástricas como duodenales, íntegras.

Con respecto a las complicaciones de los bezoares, pueden ser mecánicas o traumáticas. Entre las primeras se encuentran la obstrucción y el íleo, y entre las traumáticas la ulceración, la hemorragia, la perforación y la peritonitis. La obstrucción intestinal baja se presenta cuando fragmentos del tricobezoar pasan el píloro y se detienen en algún segmento del intestino. Se pueden producir obstrucciones intestinales por la extensión de fibras de cabellos desde el bezoar gástrico al duodeno, o incluso hacia el colon transversal<sup>(9)</sup>. Cuando su material se aloja en el estómago y su extremo distal llega hasta el intestino delgado o hasta el colon derecho acompañado de oclusión intestinal, se produce el síndrome de Rapunzel.<sup>(7)</sup>

En este caso el efecto de masa del estómago sobre la pinza aorta mesentérica generó distensión del duodeno proximal. Otra de las complicaciones fue la anemia severa, de origen multifactorial.

En cuanto al tratamiento depende del tamaño y la composición del bezoar, y su objetivo es removerlo y prevenir su recurrencia, que puede presentarse en 20% de los casos según algunos reportes. La laparotomía es el método de elección por medio del cual se realiza gastrostomía y extracción de la masa.<sup>(11)</sup> Los bezoares pequeños pueden extraerse con ayuda de la endoscopia pero la solución quirúrgica es la elección cuando el bezoar es grande y compacto.<sup>(7)</sup>

Debido a su tasa de éxito del 100%, la tasa de complicaciones relativamente baja, la poca complejidad del procedimiento y la posibilidad de examinar minuciosamente todo el tracto gastrointestinal en busca de lesiones satélite en un corto período de tiempo, la laparotomía sigue considerándose el tratamiento de elección en nuestro centro.<sup>(10)</sup>

Como en nuestra paciente la endoscopia fue diagnóstica pero no terapéutica dado el tamaño del tricobezoar, se optó por el tratamiento quirúrgico de gastrostomía por vía abierta y la extracción de los bloques de pelo, los cuales no tuvieron complicaciones.

El control neuropsiquiátrico adecuado debe ir de la mano para un adecuado tratamiento<sup>(7)</sup>. La valoración psiquiátrica es esencial para el soporte del paciente y la prevención de recaídas.<sup>(11)</sup>

## CONCLUSIÓN

El tricobezoar constituye una causa infrecuente de masa abdominal, estrechamente relacionada con la tricofagia y, en la mayoría de los casos, con antecedentes de trastornos psiquiátricos; más frecuente en adolescentes del sexo femenino.

El diagnóstico por imagen desempeña un papel esencial en la identificación temprana y en la planificación terapéutica. La ecografía abdominal suele ser el primer estudio disponible, como hallazgos se observan una línea intragástrica hiperecogénica con sombra acústica posterior, hallazgo que orienta la sospecha diagnóstica. La tomografía computada, por su parte, es el método de elección para la caracterización permitiendo determinar la extensión de la lesión, su densidad característica de material piloso compactado y la presencia de complicaciones como obstrucción, perforación o ulceración.

Aunque la endoscopia digestiva alta confirma el diagnóstico y puede tener un papel terapéutico limitado, el tratamiento definitivo continúa siendo la extracción quirúrgica, sobre todo por vía abierta la cual debe complementarse con abordaje psicológico o psiquiátrico para prevenir recurrencias.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Sulaiman Ambusaidi FM, Al-Yaqoubi M. Gastric bezoar. *Int J Pediatr Adolesc Med.* 2020 Dec;7(4):199-200. doi: 10.1016/j.ijpam.2020.05.002.
- 2- Silveira HJ, Coelho-Junior JA, Gestic MA, et al. Tricobezoar gigante: relato de caso e revisão da literatura [Giant trichobezoar: case report and literature review]. *Arq Bras Cir Dig.* 2012 Apr-Jun;25(2):135-6. doi: 10.1590/s0102-67202012000200016.
- 3- Alegre Saller, Valdemir José; Reis Dos Santos, Rafaela Maria; Da Silva Medeiros, Fernanda y Ferreti, Carlos Eduardo. Tricobezoar Gástrico Voluminoso. *Cir. Urug.* [online]. 2025, 9(1). <https://doi.org/10.31837/cir.urug/9.1.11>.
- 4- Koplewitz BZ, Daneman A, Fields S, et al. Case 29: gastric trichobezoar and subphrenic abscess. *Radiology.* 2000 Dec;217(3):739-42. doi:10.1148/radiology.217.3.r00dc25739.
- 5- Huaco Aranguri A, Orduña Carpio Rosa A, Ortiz Castro Carlos, et al. Tricobezoar gástrico: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev. gastroenterol. Perú* [Internet]. ; 42( 3 ): 193-198. doi.org/10.47892/rgp.2022.423.1343.
- 6- Santos-Sánchez JA, López González MA, de Castro García J, et al. Tricobezoar. Una causa rara de dolor abdominal con apariencia radiológica típica. *Semergen* [Internet]. 2006;32(8):402-5. doi.org/10.1016/s1138-3593(06)73302-0
- 7- Pinilla Rafael Orlando, Vicente Maribel Lisette, González Miguel, et al . Tricobezoar gástrico, revisión de la bibliografía y reporte de un caso. *Rdo. Colombia. cir.* [Internet]. Marzo de 2016; 31(1): 44-49. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-75822016000100006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822016000100006&lng=en).
- 8- Abril Lina A, Olivera M, Garrido J. TRICOBEOZAR. INFORME DE CASO. *rev.fac.med* [Internet]. Julio de 2016 ; 24(2): 74-80. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-52562016000200008&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562016000200008&lng=en). <https://doi.org/10.18359/rmed.2643> .
- 9- Álvarez Tutor J, Álvarez Tutor E, Clint JL, Sauret J. Hallazgos radiológicos en el síndrome de Rapunzel (tricobezoar). *Semergen* [Internet]. 2009;35(7):350-2. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1138-3593\(09\)72261-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1138-3593(09)72261-0).
- 10- Gorter RR, Kneepkens CM, Mattens EC, Aronson DC, Heij HA. Management of trichobezoar: case report and literature review. *Pediatr Surg Int.* 2010 May;26(5):457- 63. doi: 10.1007/s00383-010-2570-0.
- 11- Tomás Ripollés, Javier García-Aguayo, María-Jesús Martínez, et al. American Journal of Roentgenology. Volume 177, Issue 1July 2001Pages1-254 ARTICLE Gastrointestinal Bezoars Sonographic and CT Characteristics View article pageand Pedro Gil© American Roentgen Ray Society[https://doi.org/10.2214/ajr.177.1.1770065open\\_in\\_new](https://doi.org/10.2214/ajr.177.1.1770065open_in_new)Publisher
- 12- Ana María Henao, María Camila Medina et al. Gastric Trichobezoar: Case Report Tricobezoar gástrico: Presentación de caso. *Rev. Colomb. Radiol.* 2017; 28(3): 4499-501.