

## IMÁGENES EN PEDIATRÍA

# Tricobezoar gigante sin clínica obstructiva Giant trichobezoar with no clinical signs of obstruction



S. Ruiz González<sup>a,\*</sup>, P. Ros Pérez<sup>a</sup>, M.L. Cilleruelo Pascual<sup>a</sup> y J. Murcia Zorita<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

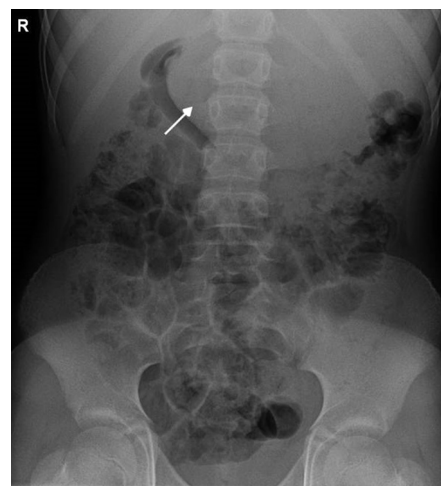
Disponible en Internet el 23 de diciembre de 2015

Niña de 9 años que consulta por dolor abdominal intermitente de un mes de evolución y diarrea las últimas 48 h. No asocia fiebre, vómitos, pérdida de peso ni disminución del apetito. En la exploración se objetiva un estado nutricional normal, un pelo ralo y corto (fig. 1), y se palpa una masa epigástrica de 5 × 10 cm, dura, no dolorosa ni móvil y sin signos de peritonismo. Con la sospecha de

tricobezoar se realiza una anamnesis dirigida, y la paciente reconoce tricotilomanía y tricofagia<sup>1,2</sup> de 18 meses de evolución, en relación con problemas familiares y cambio de colegio, habiendo precisado en varias ocasiones cortes de pelo para igualar asimetrías. El hemograma, la bioquímica y la proteína C reactiva fueron normales. La ecografía y la radiografía de abdomen apoyaron el diagnóstico de sospecha, evidenciando un material denso que ocupaba la mayor parte de la luz gástrica (fig. 2). Dado el tamaño de la masa se desestimó el tratamiento conservador<sup>1</sup>. Se realizó



**Figura 1** Puede apreciarse la disminución en cantidad y en longitud del pelo de la paciente.



**Figura 2** Radiografía abdominal anteroposterior en la que puede objetivarse una masa que ocupa casi la totalidad de la luz gástrica.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [sararuizgonzalez@gmail.com](mailto:sararuizgonzalez@gmail.com)  
(S. Ruiz González).



**Figura 3** A) Obsérvese la pieza quirúrgica ocupando casi la totalidad de la cámara gástrica. B) Tricobezoar de 18 × 12 cm.

laparotomía media y gastrostomía, extrayéndose un gran tricobezoar que ocupaba casi totalmente la cavidad gástrica (fig. 3), sin afectación del píloro<sup>3</sup>. Ha presentado buena evolución, actualmente en seguimiento por psiquiatría.

### Bibliografía

1. Park SE, Ahn JY, Jung HY, Na S, Park SJ, Lim H, et al. Clinical outcomes associated with treatment modalities for gastrointestinal bezoars. *Gut Liver*. 2014;8:400–7.
2. Sousa MC, Alves N, Herédia V. Gastric trichobezoar in a pediatric patient. *Acta Med Port*. 2014;27:665.
3. Gaillard M, Tranchart H. Images in clinical medicine. Trichobezoar. *N Engl J Med*. 2015;372:e8.