

# Presentación inusual de masa abdominal por tricobezoar gástrico en una lactante mayor. Reporte de caso

## *Unusual presentation of an abdominal mass due to a gastric trichobezoar in an older infant. A case report*

Pablo Schaerer<sup>1</sup>, Natalia Gamarra<sup>1</sup>, Martín Matoza<sup>1</sup>, Cesar Rivas<sup>1</sup>, Carla Espínola<sup>1</sup>, Kiichiro Matsumura<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Previsión Social, Hospital Central. Asunción, Paraguay.

### RESUMEN

**Introducción:** Se presenta el caso de una paciente femenina de 2 años que fue traída al servicio de urgencias pediátricas del Hospital Central del Instituto de Previsión Social por dolor abdominal de un mes de evolución, pérdida de peso y masa abdominal. La madre informó que la niña ingería su propio cabello, lo cual llevó a sospechar un tricobezoar. Tras un tratamiento inicial ineficaz para parasitosis, se realizó una tomografía que reveló la presencia de una masa inhomogénea en la cavidad gástrica, sugiriendo una obstrucción mecánica por tricobezoar. Se llevó a cabo una laparotomía exploradora y se extrajo el tricobezoar mediante gastrotomía. En el postoperatorio, la paciente fue tratada con antibióticos y se recuperó completamente. Fue dada de alta cinco días después con seguimiento psiquiátrico para abordar el hábito de ingestión de cabello. Este caso destaca la importancia de considerar el tricobezoar dentro del diagnóstico diferencial de masa abdominal incluso en edades poco habituales, a fin de evitar retrasos diagnósticos y complicaciones asociadas.

**Palabras clave:** Bezoar, tricobezoar gástrico, lactante, síndrome de Rapunzel.

### ABSTRACT

**Introduction:** We present the case of a 2-year-old female patient who was brought to the pediatric emergency department of the Central Hospital of the Social Security Institute (IPS) with a one-month history of abdominal pain, weight loss, and an abdominal mass. The mother reported that the child was ingesting her own hair, leading to suspicion of a trichobezoar. After initial ineffective treatment for parasitosis, a CT scan revealed an inhomogeneous mass in the gastric cavity, suggesting mechanical obstruction by a trichobezoar. An exploratory laparotomy was performed, and the trichobezoar was removed via gastrotomy. Postoperatively, the patient was treated with antibiotics and made a full recovery. She was discharged five days later with psychiatric follow-up to address the hair-ingestion habit. This case highlights the importance of considering trichobezoars in the differential diagnosis of abdominal masses, even at unusual ages, to avoid diagnostic delays and associated complications.

**Keywords:** Bezoar, gastric trichobezoar, infant, Rapunzel syndrome.

**Correspondencia:** Pablo Schaerer correo: psher2025@hotmail.com

**Financiamiento:** El estudio fue autofinanciado por la institución.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

**Editor responsable:** Leticia Ramírez Pastore<sup>✉</sup> Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Clínica Pediátrica, Medicina Interna. San Lorenzo, Paraguay.

**Recibido:** 12/06/2024 **Aprobado:** 22/03/2026

**DOI:** <https://doi.org/10.31698/ped.53012026012>

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

## INTRODUCCIÓN

Los tricobezoares gástricos se han documentado en múltiples ocasiones en la literatura médica, generalmente apareciendo como masas abdominales que pueden o no presentar signos de obstrucción intestinal<sup>(1)</sup>. Es razonable pensar que los niños con tricobezoar están más afectados por un problema psiquiátrico, que por una condición quirúrgica pediátrica. Las adolescentes son las más afectadas según la mayoría de los casos reportados. En casos poco frecuentes, los tricobezoares pueden causar perforación intestinal o presentarse como una “cola” de pelo que se extiende hasta el yeyuno y provoca una obstrucción intestinal, de ahí el nombre “Síndrome de Rapunzel”<sup>(2)</sup>. Aunque el término proviene de un cuento de hadas, también podría describirse como aterradora debido a las complicaciones que suelen acompañar a esta condición. En esta ocasión, reportamos un inusual caso presentado en una lactante mayor de 2 años.

## CASO CLÍNICO

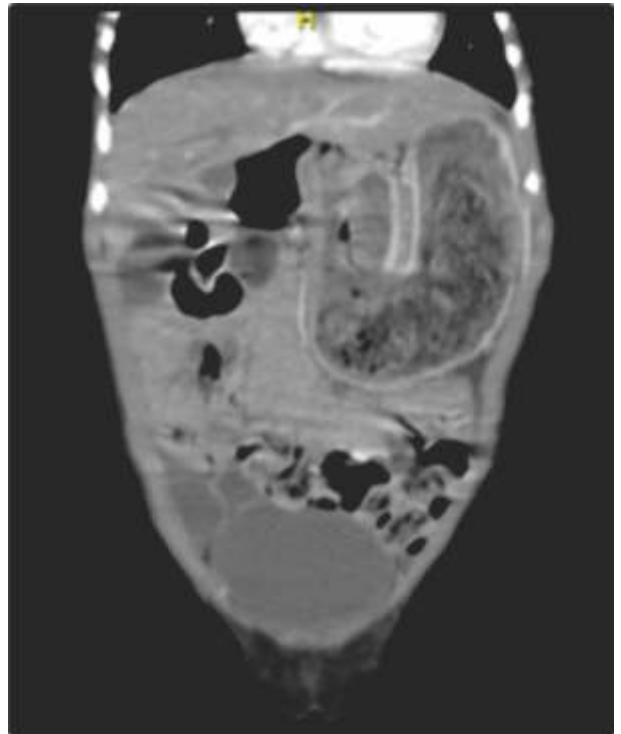
Paciente femenina de 2 años de edad que consultó en centro de salud de su comunidad por dolor abdominal tipo cólico de un mes de evolución, localizado en epigastrio, asociado a hiporexia y pérdida ponderal aproximada de 5 kg. Al ingreso presentó peso de 9,2 kg (Z score -2,3 DE para la edad según OMS), compatible con desnutrición moderada. La pérdida ponderal estimada fue clínicamente significativa (>30% del peso previo). No se evidenció compromiso del crecimiento lineal. La madre refirió palpación de masa abdominal y antecedente de tricofagia, con visualización ocasional de cabellos en heces.

Inicialmente recibió tratamiento sintomático y albendazol ante la sospecha de parasitosis, sin mejoría clínica, por lo que fue derivada a un centro de mayor complejidad.

Al examen físico se constató abdomen distendido, simétrico, sin circulación colateral visible, blando y depresible, con masa sólida bien delimitada palpable en epigastrio e hipocondrio izquierdo.

La tomografía computarizada contrastada evidenció una masa intragástrica heterogénea con patrón

característico de gas moteado, que ocupaba la totalidad de la cavidad gástrica y se extendía hasta la cuarta porción duodenal, hallazgo compatible con tricobezoar obstructivo (Figura 1).



**Figura 1.** Imagen tomográfica del tricobezoar con patrón en “gas moteado”

Se realizó laparotomía exploradora con gastrotomía anterior y extracción completa del bezoar, seguido de cierre gástrico en dos planos (Figura 2).



Figura 2. Gastrotomía para extracción del tricobezoar.



Figura 3. Tricobezoar con la típica "Cola de Rapunzel"

## DISCUSIÓN

Los tricobezoares constituyen una causa poco frecuente de masa abdominal en pediatría y su presentación suele asociarse a adolescentes con antecedentes claros de tricofilomanía o trastornos conductuales<sup>(1,3)</sup>. La aparición en una lactante mayor, como en el presente caso, representa una situación atípica que puede dificultar el reconocimiento precoz, ya que en este grupo etario la sospecha inicial suele orientarse hacia etiologías infecciosas, parasitarias o tumorales antes que hacia un trastorno de ingestión compulsiva.

En niños pequeños, la combinación de dolor abdominal crónico, pérdida ponderal y masa palpable genera un amplio espectro de diagnósticos diferenciales, entre ellos parasitosis intestinal, tumoraciones abdominales (como linfoma o tumor de Wilms), duplicaciones quísticas e invaginación intestinal. En nuestra paciente, el antecedente de tricofagia aportado por la madre resultó un dato

clave; sin embargo, no siempre este comportamiento es reconocido como clínicamente relevante, lo que puede conducir a tratamientos empíricos iniciales y retraso diagnóstico.

Clínicamente, los bezoares pueden manifestarse con dolor abdominal inespecífico, náuseas, vómitos y masa palpable, y en un porcentaje menor ocasionar sangrado digestivo (6%) u obstrucción o perforación intestinal (10%)<sup>(4)</sup>. Cuando el tricobezoar gástrico se extiende al intestino delgado se denomina síndrome de Rapunzel, descrito por primera vez por Vaughan et al. en 1968<sup>(5)</sup>. En el caso presentado, la extensión duodenal confirmó esta variante poco frecuente.

Desde el punto de vista diagnóstico, la tomografía computarizada resulta particularmente útil para confirmar la naturaleza intraluminal gástrica de la masa y delimitar su extensión, mostrando típicamente un patrón de gas moteado en su interior<sup>(6)</sup>. Este hallazgo facilita la diferenciación frente a neoplasias o lesiones quísticas, entidades que suelen

considerarse inicialmente en pacientes de corta edad.

En cuanto al tratamiento, si bien se han descrito abordajes laparoscópicos exitosos en pediatría<sup>(7-9)</sup>, la laparotomía continúa siendo una técnica segura y eficaz, especialmente en bezoares voluminosos o con extensión distal, al permitir extracción completa y revisión sistemática del tracto gastrointestinal<sup>(6,7)</sup>. En nuestro caso, la magnitud del bezoar y su prolongación duodenal fundamentaron la elección de este abordaje.

Más allá de la resolución quirúrgica, el aspecto central de este reporte radica en la edad de presentación. La aparición de tricobezoar en una lactante mayor amplía el espectro etario descrito y pone de relieve la necesidad de mantener un alto índice de sospecha clínica incluso en edades no habituales<sup>(3,7)</sup>. La identifi-

cación temprana evita complicaciones potencialmente graves y resalta la importancia del abordaje interdisciplinario, incluyendo evaluación en salud mental para intervenir sobre la conducta subyacente y disminuir el riesgo de recurrencia.

### Aspectos éticos

Se cuenta con consentimiento informado y comité de ética aprobado.

## CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

**Pablo Schaerer, Natalia Gamarra, Martin Matoza, Cesar Rivas:** concibieron la idea, elaboración del trabajo, búsqueda bibliográfica.

**Kiichiro Matsumura y Carla Espínola:** Orientación y revisión final.

## REFERENCIAS

1. Williams RS. The fascinating history of bezoars. *Med J Aust.* 1986;145(11-12):613-4.
2. Soria Alcívar M, Betancourt Ruiz M, Moyon Gusñay M, Chavez Almeida J, Abarca Rendón F, Robles-Medrand C. Síndrome de Rapunzel gigante con complicación atípica: reporte de caso. *Rev Gastroenterol Peru [Internet].* 2019 [citado 2024 mar 10];39(1):74-7. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292019000100011](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292019000100011)
3. Castrillón Peña E, Espinosa Moreno M, Barrios Torres M, Forero Niño E. Tricobezoar gastroduodenal en la edad escolar: caso clínico. *Arch Argent Pediatr.* 2019;117(3). doi: 10.5546/aap.2019.e284
4. Ahmad Z, Sharma A, Ahmed M, Vatti V. Trichobezoar causing gastric perforation: a case report. *Iran J Med Sci.* 2016;41(1):67-70.
5. Vaughan ED, Sawyers JL, Scott HW. The Rapunzel syndrome: an unusual complication of intestinal bezoar. *Surgery.* 1968;63(2):339-43.
6. Al-Osail EM, Zakary NY, Abdelhadi Y. Best management modality of trichobezoar: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2018;53:458-460. doi: 10.1016/j.ijscr.2018.11.030.
7. 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.
8. Dorn HF, Gillick JL, Stringel G. Laparoscopic intragastric removal of giant trichobezoar. *JLS.* 2010 Apr-Jun;14(2):259-62. doi: 10.4293/108680810X12785289144520.
9. Cintolo J, Telem DA, Divino CM, Chin EH, Midulla P. Laparoscopic removal of a large gastric trichobezoar in a 4-year-old girl. *JLS.* 2009 Oct-Dec;13(4):608-11. doi: 10.4293/108680809X12589999538110.