



Tricobezoar: una causa poco frecuente de obstrucción intestinal

Trichobezoar: a rare cause of intestinal obstruction

Roberto Ramírez Molina¹ <https://orcid.org/0000-0002-6766-2979>

Felix Sergio Bandomo Alfonso¹ <https://orcid.org/0009-0007-2561-2993>

Denis Fernández Sánchez² <https://orcid.org/0000-0001-9488-502X>

Juan Leonardo Pacios Dorado^{3*} <https://orcid.org/0000-0003-1539-7904>

¹Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”, Departamento de Cirugía General. Ciego de Ávila, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”. Ciego de Ávila, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad “Calixto García”, La Habana, Cuba.

*Autor para correspondencia. Correo electrónico: jlpd2018@nauta.cu

RESUMEN

Introducción: Los bezoares son depósitos persistentes de material no digerible en el tubo digestivo. Son cuerpos extraños intestinales formados por la concreción de

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





restos de alimentos o material poco digerido (fibras vegetales, pelo, uñas). Por lo general, se localizan en el estómago, pero pueden migrar al intestino y ocasionar una obstrucción intestinal.

Objetivo: Presentar un caso de tricobezoar como causa poco frecuente de obstrucción intestinal.

Caso clínico: Paciente de 22 años de edad, sexo femenino, raza blanca, con antecedentes de hipotiroidismo, que producto del embarazo comenzó a ingerir pelos, uñas (tricofagia), (tricotilomania), semillas de anoncillo. Acudió por presentar dolor abdominal a tipo cólico, náuseas, vómitos, acidez, ansiedad, malestar general, pérdida de peso, tumoración en epigastrio, detención de heces y no expulsión de gases. En la tomografía axial computarizada se visualizó dilatación gástrica y duodenal hasta su tercera

ABSTRACT

Introduction: Bezoars are persistent deposits of undigested material in the digestive tract.

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

porción ocupada por masa heterogénea con aire en su interior y en su periferia. Se realizó laparotomía exploradora donde se observó el estómago dilatado y ocupado de manera total y se procedió a la gastrostomía que mostró un tricobezoar de 60 cm de largo x 18 cm de ancho.

Conclusiones: La obstrucción intestinal producida por tricobezoar es de presentación rara y constituye un reto diagnóstico. Con frecuencias se recoge el antecedente de trastornos psiquiátricos, ansiedad generalizada o pica. El tratamiento para eliminar el tricobezoar no se encuentra estandarizado; sin embargo, los métodos de elección son: por vía laparoscópica y la laparotomía exploradora.

Palabras clave: bezoares; dolor abdominal; obstrucción abdominal; tricotilomanía.

They are intestinal foreign bodies formed by the concretion of food remnants or poorly

Bajo licencia Creative Commons





digested material (plant fibers, hair, nails). They are usually located in the stomach, but can migrate to the intestine and cause an intestinal obstruction.

Objective: To present a case of trichobezoar as a rare cause of intestinal obstruction.

Case presentation: A 22-year-old female patient, white, with a history of hypothyroidism for 15 years, for which she receives treatment with levothyroxine, 1 tablet daily from Monday to Friday. Additionally, a history is noted that since the product of her pregnancy, she began ingesting hair, nails (trichophagia), (trichotillomania), and anoncillo seeds. She presents with cramping abdominal pain, nausea, vomiting, heartburn, anxiety, general malaise, weight loss, an epigastric mass, cessation of fecal matter, and no passage of gas. The computed

tomography scan showed gastric and duodenal dilation up to its third portion, occupied by a heterogeneous mass with air inside and around its periphery. An exploratory laparotomy was performed, revealing the completely dilated and filled stomach, and a gastrostomy was performed, which showed a trichobezoar measuring 60 cm long x 18 cm wide.

Conclusions: Intestinal obstruction caused by trichobezoars is rare and presents a diagnostic challenge. A history of psychiatric disorders, generalized anxiety, or pica is frequently observed. Treatment for trichobezoar removal is not standardized; however, the preferred methods are laparoscopy and exploratory laparotomy.

Keywords: bezoars; abdominal pain; intestinal obstruction; trichotillomania.

Recibido: 19/09/2025

Aceptado: 11/01/2026

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





INTRODUCCIÓN

Desde 1968 fue descrito por Vaughn el síndrome que denominó Rapunsel y lo describió como un tricobezoar que puede extenderse al intestino delgado, pero con mayor frecuencia suele encontrarse en el estómago. El 90 % de los casos son mujeres y el 80 % son menores de 30 años.⁽¹⁾ Se han usado distintos criterios por diferentes autores, los cuales lo han definido como tricobezoar gástrico con una cola que se extiende hasta la válvula ileocecal.⁽¹⁻³⁾ Otros como un tricobezoar con cola larga que se puede extender a yeyuno o al íleon; incluso lo definen como un tricobezoar de cualquier tamaño que se presenta como obstrucción intestinal. Por lo general, los pacientes presentan tricotilomanía que es el deseo irresistible de desprenderse el cabello; además de la tricofagia que es comerse el cabello. Todo esto propicia la formación del tricobezoar que suelen residir en el estómago.⁽³⁾ Pueden permanecer sin diagnóstico durante años y condicionan una complicación grave.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de tricobezoar como causa poco frecuente de obstrucción intestinal.

CASO CLÍNICO

Paciente de 22 años de edad, del sexo femenino, de raza blanca con antecedentes de hipotiroidismo hace 15 años para lo cual lleva tratamiento con levotiroxina 1 tableta al día de lunes a viernes. Durante el embarazo comenzó a ingerir pelos, uñas (tricofagia), (tricotilomanía) y semillas de anoncillo. Acude por presentar dolor abdominal a tipo cólico, que no cede con la administración de analgésicos, acompañado de náuseas, vómitos en número de 4, escasos en cantidad y de contenido amarillo bilioso, acidez, ansiedad, detención de heces fecales y no expulsión de gases. También refirió pérdida de 15 libras de peso. Como elemento positivo al examen físico se encontró

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons



tumoración en epigastrio. Por estos motivos se decide su ingreso hospitalario. Se solicitó tomografía axial computarizada de abdomen con contraste (figura 1).

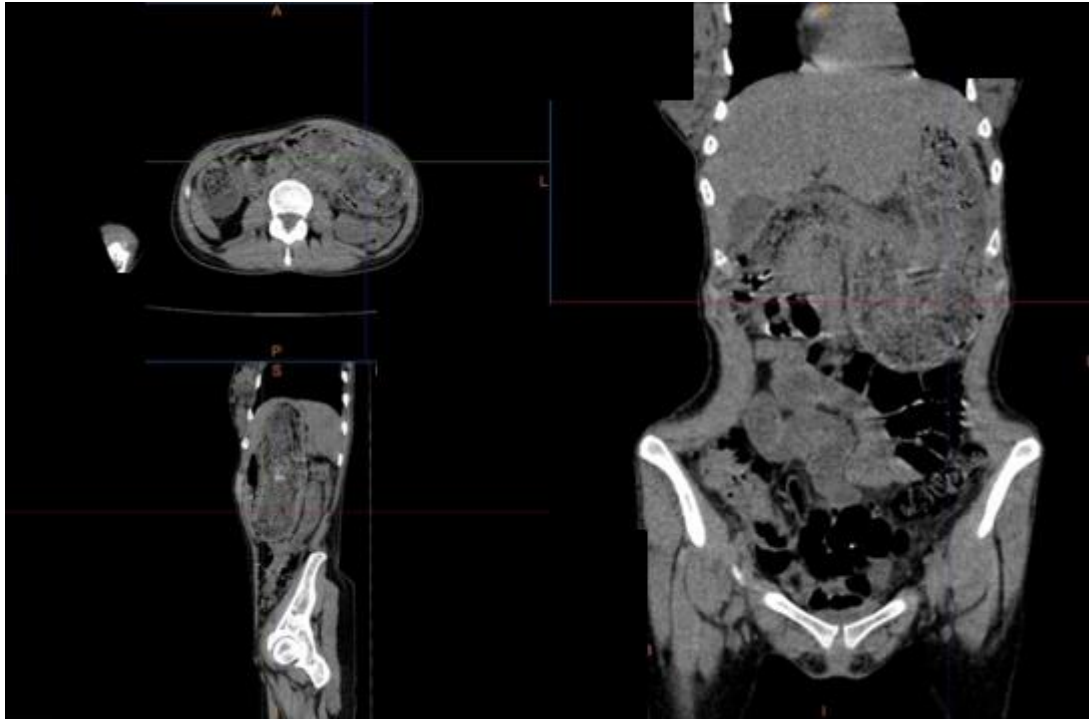


Fig. 1- En esta vista tri-axial se puede apreciar la ocupación de todo el estómago y la primera, segunda y tercera porción del duodeno

Se visualizó marcada dilatación gástrica y duodenal hasta su tercera porción, ocupada por masa heterogénea a predominio hiperdensa con aire en su interior y en su periferia. La pared gástrica estaba engrosada. Se observó compresión de órganos del retro peritoneo, con mayor densidad en cuadrante izquierdo. Se decidió su intervención quirúrgica. Se realizó laparotomía exploradora donde se observó el estómago dilatado, engrosado y ocupado de manera total y se procedió a la

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons



gastrostomía en la cara anterior (figura 2) que mostró un tricobezoar de 60 cm de largo x 18 cm de ancho, con un peso de 3500 gramos (figura 3).

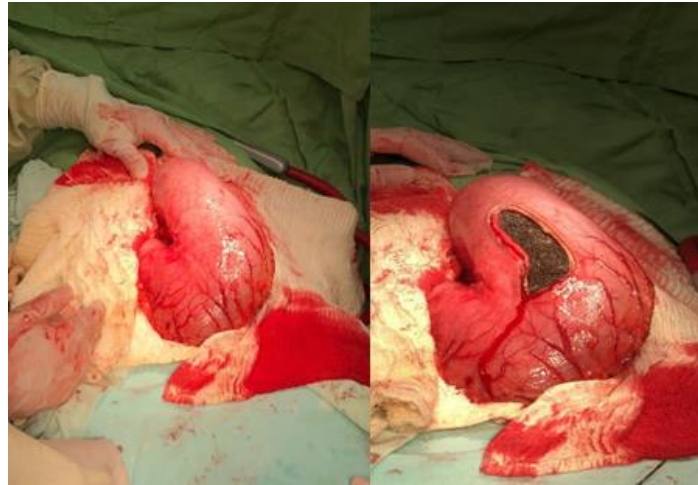


Fig. 2- Marcada dilatación gástrica y apertura del estómago para extraer el cuerpo extraño



Fig. 3- Pieza quirúrgica (tricobezoar)

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





Se procede a la revisión de la cavidad abdominal y no se encuentran complicaciones. La paciente en recuperación es trasladada a la unidad de cuidados intermedios del Hospital “Antonio Luaces Iraola”. Con adecuada evolución posquirúrgica, se da alta médica al 5to día, con seguimiento por consulta externa e interconsulta del caso con psiquiatría para el manejo de enfermedades asociadas.

Ética y consentimiento

Confidencialidad de los datos: los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de la paciente, así como su derecho a la privacidad y consentimiento informado de la paciente y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder de los autores.

COMENTARIOS

La obstrucción intestinal producida por un tricobezoar no es frecuente. Por lo general ocurre en pacientes del sexo femenino en un 90 %, con edad menor de 30 años en una proporción del 80 %. Se recoge el antecedente previo de trastornos psiquiátricos, como ansiedad generalizada o de padecimiento como la pica. Los síntomas capitales en estos pacientes son la tricotilomanía y tricotofagia, lo cual provoca fallo de la peristalsis gástrica para eliminar el cabello del estómago. Esta enfermedad puede cursar de forma asintomática o tener una sintomatología florida de dolor abdominal, náuseas, vómitos, pérdida de peso, detención de heces fecales y no expulsión de gases.
(4)

En el examen físico se observa a una paciente desnutrida, con presencia de tumoración en la región de epigastrio, móvil, bien definida, en ocasiones lateralizada hacia hipocondrio izquierdo, pero sin complicaciones. Se plantea que el tricobezoar puede causar complicaciones como: obstrucción de

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>
revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





la salida gástrica en un 26 %, hemorragia gastrointestinal en un 10 %, ictericia, obstrucción intestinal, pancreatitis aguda, perforación, peritonitis, invaginación intestinal, deshidratación. ⁽⁵⁾ La tomografía axial computarizada abdominal con contraste es esencial para realizar el diagnóstico y descartar otras enfermedades que semejan este cuadro clínico, como los tumores gástricos. ⁽⁶⁾

En relación con el tratamiento para eliminar el tricobezoar no se encuentra estandarizado e incluye disolución química, remoción endoscópica, procinéticos adyuvantes y tratamiento quirúrgico por vía convencional o abierta, o por vía laparoscópica. En una revisión actualizada se demuestra que la laparotomía exploradora tiene un éxito de 99 % y con menor probabilidad de complicaciones quirúrgica, ⁽⁷⁾ en comparación con la cirugía laparoscópica cuyo índice de éxito se sitúa en un 75 %. Es importante evaluar el estado hemodinámico del paciente y la gravedad del cuadro clínico. Con un paciente portador de un tricobezoar que este localizado en el estómago y que es de gran tamaño, como el descrito en este caso, se realiza laparotomía exploradora abierta y el beneficio para el paciente es mayor.

Además de la resolución quirúrgica, resulta imprescindible considerar el abordaje psiquiátrico y psicológico como parte de un enfoque multidisciplinario. La tricotilomanía y la tricofagia constituyen trastornos subyacentes que favorecen la recurrencia si no se atienden de manera integral. De acuerdo con algunos estudios se recomienda la intervención combinada de Psiquiatría y Psicología, incluyendo terapia cognitivo-conductual, técnicas de control de impulsos y, en casos seleccionados, apoyo farmacológico. Este abordaje conjunto permite reducir el riesgo de nuevos episodios y mejorar la calidad de vida del paciente, subrayando la importancia de un seguimiento estrecho y coordinado entre Cirugía, Gastroenterología y salud mental. ^(8, 9, 10)

La obstrucción intestinal producida por un tricobezoar no es frecuente, por lo general ocurre en pacientes del sexo femenino en un 90 %, con edad menor de 30 años en una proporción del 80 %.

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





Se recoge el antecedente previo de trastornos psiquiátricos, como ansiedad generalizada o de padecimiento como la pica. Los síntomas capitales en estos pacientes son la tricotilomania y tricofagia, lo cual provoca fallo de la peristalsis gástrica para eliminar el cabello del estómago. Esta enfermedad puede cursar de forma asintomática o tener una sintomatología florida de dolor abdominal, náuseas, vómitos, pérdida de peso, detención de heces fecales y no expulsión de gases. En el examen físico se observa a una paciente desnutrida, con presencia de tumoración en la región de epigastrio, móvil, bien definida, en ocasiones lateralizada hacia hipocondrio izquierdo, pero sin complicaciones. Se plantea que el tricobezoar puede causar complicaciones como: obstrucción de la salida gástrica en un 26 %, hemorragia gastrointestinal en un 10 %, ictericia, obstrucción intestinal, pancreatitis aguda, perforación, peritonitis, invaginación intestinal y deshidratación. ^(11, 12)

Las opciones terapéuticas incluyen disolución química, remoción endoscópica, procinéticos adyuvantes y tratamiento quirúrgico por vía convencional o abierta, o por vía laparoscópica. Aunque la laparotomía exploradora es el método con mayor índice de éxito y menor probabilidad de complicaciones en casos de tricobezoaes voluminosos, la literatura reciente señala otras alternativas terapéuticas como el empleo de técnicas endoscópicas avanzadas, que incluye la cirugía endoscópica cooperativa, y el uso de enzimas proteolíticas en casos seleccionados. Lo anterior puede resultar beneficioso en pacientes con masas de menor tamaño o en quienes se busca evitar procedimientos invasivos. La elección del abordaje debe individualizarse según el estado clínico del enfermo, el tamaño del tricobezoar y la disponibilidad de recursos especializados. ^(13, 14)

La obstrucción intestinal producida por tricobezoar es de presentación rara y constituye un reto diagnóstico. Con frecuencias se recoge el antecedente de trastornos psiquiátricos, ansiedad

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





generalizada o pica. El tratamiento para eliminar el tricobezoar no se encuentra estandarizado; sin embargo, los métodos de elección son: por vía laparoscópica y la laparotomía exploradora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sulaiman Ambusaidi FM, Al-Yaqoubi M. Gastric bezoar. Int J Pediatr Adolesc Med [Internet]. 2020 [acceso: 22/01/2024]; 7(4): 199–200. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33319020/>
2. Martínez Valenzuela N, Hossein S, Hira D, Salas Izquierdo CC. El largo camino de la tricotilomania al síndrome de Rapunzel. Rev Cubana Cir [Internet]. 2022 [acceso: 22/01/2024]; 61(2): e1257. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932022000200013&script=sci_arttext
3. Kurosu T, Tanabe S, Hasegawa R, Yano T, Wada T, Ishido K, et al. A giant trichobezoar extracted by laparoscopic and endoscopic cooperative surgery (LECS). Endosc Int Open [Internet]. 2018 [acceso: 22/01/2024];6(12): 1413–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30505935/>
4. Harikrishnan S, Perumal S, Sachanandani K, Thiruvarul M, Sugumar C, Sathyanesan J, et al. A Modified Laparoscopic Technique for the Removal of Nonfragmentable Giant Gastric Trichobezoar. Niger J Surg Off Publ Niger Surg Res Soc [Internet]. 2020 [acceso: 22/01/2024];26(1):84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32165844/>
5. Hamid M, Chaoui Y, Mountasser M, Sabbah F, Raiss M, Hrorra A, et al. Giant gastric trichobezoar in a young female with Rapunzel syndrome: case report. Pan Afr Med J [Internet]. 2017 [acceso: 22/01/2024];27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29187921/>
<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>
revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





6. Villalabeitia Ateca I, Alonso Calderón E, Alonso Carnicero P, Errazti Olartekoetxea G. Giant gastric trichobezoar in an adolescent patient. *Cir Esp* [Internet]. Ene 2021 [acceso: 22/01/2024];99(1):65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32216953/>

7. Kwon HJ, Park J. Treatment of large gastric trichobezoar in children: Two case reports and literature review. *Med (United States)* [Internet]. 2023 [acceso: 22/01/2024];21;102(16):33589. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10118359/>

8. Peñafiel-Palacios CN, Cañar-Cely BA, Ordoñez-Sánchez IE, Briones-Morales VE. Alteraciones psiquiátricas relacionadas con tricobezoar gástrico. Reporte de caso. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río* [Internet]. 2024 [acceso: 11/01/2026];28(1): e6497-e6497. Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6497>

9. Tonin KDS, Szczerbowski CR, Liskoski GH, Sedoski JV, Marques JS, Silva MPRD, et al. Tricobezoar gástrico e Síndrome de Rapunzel. *Acervo Científico* [Internet]. 2025 [acceso: 11/01/2026]; 25: e20310. Disponible en: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/20310>

10. Forero Amézquita S, Atuesta Escobar S, Prieto Soler C, Celis LG. Tricobezoar gástrico: manifestación tardía de un trastorno de la conducta en la infancia. *Acta Pediatr Mex* [Internet]. 2025 [acceso: 11/01/2026];46(1):97-102. Disponible en: <https://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/2821>

11 Arias GV. De la fábula a la realidad médica: El Síndrome de Rapunzel en la práctica clínica. *Revista Científica Estudiantil de Cienfuegos Inmedsur* [Internet]. 2026 [acceso: 11/01/2026];9(2026):434. Disponible en: <http://www.inmedsur.cfg.sld.cu/index.php/inmedsur/article/view/434>

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>
revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





12. Blanco Vargas J, Hernandez Sandoval E, Avilez Arias J, Esquer García M. Gastrointestinal obstruction due to Rapunzel's Syndrome: Laparoscopic Approach. A Case Report. Cir Andal [Internet]. 2024 [acceso: 11/01/2026];35(4):449-51. Disponible en: <https://www.asacirujanos.com/revista/2024/35/4/15>
13. Sánchez Galindo B, Sánchez Galindo FJ. Obstrucción intestinal por bezoar asociado a consumo de cocaína: A propósito de un caso. Cirugía Andaluza [Internet]. 2023 [acceso: 11/01/2026];34(1):60-2. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8905138>
14. Cabezas RV. Tricotilomanía en dermatología: un enfoque integral. Actualización en hallazgos dermatoscópicos, tratamiento y comunicación de un caso clínico representativo. Dermatología Revista Mexicana [Internet]. 2025 [acceso: 11/01/2026];69(6). Disponible en: <https://www.revisionporpares.com/index.php/Derma/article/view/10838>

Conflictos de intereses

Los autores no refieren conflictos de intereses.

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons

