

# Caso Clínico: Síndrome de Rapunzel.

German Lenin Fernández de Córdova Rubio<sup>1</sup>, Luis Gabriel Valverde Guerrero<sup>2</sup>, Gioconda Gabriela Narváez Ludeña<sup>3</sup>, Danilo Fernando Orellana Cobos<sup>3</sup>, Ana Paula Vélez Vintimilla<sup>3</sup>.

1. Departamento de Trauma y Emergencia. Hospital "Vicente Corral Moscoso". Cuenca – Ecuador.

2. Posgrado de Cirugía. Universidad de Cuenca. Cuenca – Ecuador.

3. Red Complementaria de Salud. Cuenca – Ecuador.

## CORRESPONDENCIA:

Danilo Fernando Orellana Cobos  
Correo Electrónico: dforellanac891@hotmail.com  
Dirección: Juan Jaramillo 4-10 y Vargas Machuca. Cuenca, Azuay – Ecuador.  
Código postal: EC010104  
Teléfono: [593] 072 839 579

Fecha de recepción: 03-03-2015.  
Fecha de aceptación: 10-01-2016.  
Fecha de publicación: 10-03-2016

## MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Fernández de Córdova G, Valverde L, Narváez G, Orellana D, Vélez A. Caso Clínico: Síndrome de Rapunzel. Rev Med HJCA 2016; 8(1): 78-81. <http://dx.doi.org/10.14410/2016.8.1.cc.13>

## ARTÍCULO ORIGINAL ACCESO ABIERTO



©2016 Fernández de Córdova et al.; Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution License" (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), el cual permite el uso no restringido, distribución y reproducción por cualquier medio, dando el crédito al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<https://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición personal del autor.

\* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la biblioteca virtual en salud (BVS) de la edición actualizada a mayo de 2015, el cual incluye los términos MESH de MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>).

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Rapunzel es una forma rara de tricobezoar gástrico que puede extenderse hasta el intestino delgado; provocando una variedad de manifestaciones clínicas que van desde dolor abdominal, hasta la oclusión o perforación del tracto gastro intestinal. Su incidencia es poco frecuente, presentando un predominio en mujeres que padecen de trastornos psico-somáticos de fondo, que conllevan a la enfermedad.

**CASO CLÍNICO:** Se describe el caso de una paciente de 21 años de edad sin antecedentes patológicos importantes que consultó por un cuadro de dolor abdominal localizado en mesogastrio, tipo cólico, con irradiación y focalización hacia fosa iliaca derecha que inició 24 horas antes de su ingreso; acompañado de hiporexia y malestar general.

**EVOLUCIÓN:** En los exámenes complementarios se evidenció leucocitosis y el ultrasonido abdominal mostró líquido interasa con distensión. Se realizó una laparotomía exploratoria con enterotomía, encontrándose un tricobezoar en íleon terminal y colon ascendente. Posteriormente la paciente presentó una evolución favorable y fue diagnosticada por Psiquiatría de tricotilomanía y tricofagia, no se presentaron complicaciones posteriores.

**CONCLUSIÓN:** Un diagnóstico temprano permite un tratamiento oportuno de patologías poco frecuentes, el seguimiento por el área psiquiátrica es importante para evitar posteriores recurrencias del cuadro.

**DESCRIPTORES DeCS:** TRASTORNOS MENTALES, CONDUCTA ALIMENTARIA, CABELLO, ABDOMEN AGUDO.

## ABSTRACT

Case Reports: Rapunzel's Syndrome.

**BACKGROUND:** Rapunzel's syndrome is a rare variant of gastric trichobezoar which may be extended towards small intestine; it causes a lot of clinical manifestations which cover abdominal pain or even occlusion or perforation of the digestive tube. Its incidence is very infrequent and predominates in women who are affected with undercurrent psychosomatic disorders which involve this disease.

**CASE REPORT:** This describes the case of a 21-years old female patient with no important medical precedents, who attended because of colic abdominal pain located in mesogastrium and irradiated to right iliac fosse which began 24 hours before the admission, she referred hiporexia and general malaise.

**EVOLUTION:** Complementary laboratory tests reported leukocytosis and abdominal ultrasonography showed distended intestine loops and fluid. Exploratory laparotomy and enterostomy were performed, the surgeon found a trichobezoar located from terminal ileum to ascending colon. Subsequently the patient had a favorable evolution and Psychiatry diagnosed her trichotillomania and trichophagia, there were no complications.

**CONCLUSION:** An early diagnosis allows an early treatment of infrequent pathologies, Psychiatry follow-up is important to avoid recurrence.

**KEYWORDS:** MENTAL DISORDERS, FEEDING BEHAVIOR, HAIR, ABDOMEN, ACUTE.

## INTRODUCCIÓN

Los bezoares son acúmulos de material indigerible en el tracto digestivo. El término “bezoar” deriva de las palabras “badzahr” del árabe y “beluzaar” del hebreo, que significan “antídoto”. Hasta el siglo XVIII, se consideraban sagradas a las “piedras” que se encontraban en el interior del estómago o intestinos de los animales, atribuyéndoles poderes curativos y mágicos [1].

De acuerdo a su estructura tenemos: fitobezoares (compuestos de vegetales y fruta), lactobezoares (restos de lácteos), farmacobezoares y tricobezoares, formados de cabello ingerido (en personas con trastornos psiquiátricos principalmente) [2]; estos últimos, en el 90% de los casos, se presentan en mujeres, mayoritariamente en menores de 30 años [3].

La presentación grave de un tricobezoar, es el síndrome de Rapunzel, caracterizado por la extensión del bezoar desde el estómago hasta el duodeno e intestino delgado (el cuerpo del bezoar se ancla al estómago, y la cola se extiende hacia el intestino) [4].

## CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 21 años de edad, residente y procedente de Tarqui (área rural), soltera, con instrucción primaria, ocupación ama de casa, sin antecedentes patológicos personales; con historia de dos meses de evolución de dolor abdominal inespecífico y sensación de plenitud que no interfiere con sus labores diarias.

Consultó por un cuadro de dolor abdominal localizado en mesogastrio, tipo cólico, con irradiación y focalización hacia fosa iliaca derecha que inició 24 horas antes de su ingreso; acompañado de hiporexia y malestar general.

El examen físico reveló: tensión arterial: 120/90mmHg, frecuencia cardiaca: 90 por minuto, frecuencia respiratoria: 22 por minuto, temperatura: 36.5° C (axilar), estado nutricional: regular, piel: hidratada, con ligera palidez; impresionó aliento fecaloide.

Abdomen: tenso, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha (con signos apendiculares positivos: Blumberg, Mc Burney, obturador, Dumphy y psoas). Ruidos intestinales disminuidos en frecuencia.

### Exámenes complementarios:

Biometría: Hematocrito 46%, hemoglobina 15.4 mg/dl, leucocitos 18000 (Segmentados 79%).

Perfil de coagulación, hepático y renal: normal.

Ultrasonido abdominal: líquido interasa en moderada cantidad en fosas iliacas e hipogastrio. Asas intestinales con contenido en su interior, aperistálticas.

## EVOLUCIÓN

Se planteó como diagnóstico inicial, abdomen agudo inflamatorio secundario por apendicitis aguda complicada, programándose una laparotomía exploratoria. Al realizar el procedimiento, se encontró una masa intraluminal compresible a nivel colónico, blanda y acompañada de discreta dilatación de asas intestinales (Imagen 1).

El diagnóstico fue un tricobezoar a nivel de ileon terminal y colon ascendente, para lo cual se realizó enterotomía y extracción (Imagen 2). El procedimiento quirúrgico no tuvo complicaciones y la recuperación fue favorable. Posteriormente se realizó una valoración

psiquiátrica, que estableció el diagnóstico de retraso mental leve más tricotilomanía y tricofagia.

Al quinto día del postoperatorio, la paciente se encontró asintomática con evolución favorable; siendo prescrita el alta del servicio y controles subsecuentes por consulta externa de Cirugía General y Psiquiatría.

Imagen 1. Cólón dilatado, moldeado por una masa intraluminal.



Imagen 2. Extracción y extensión completa de tricobezoar.



## DISCUSIÓN

El presente reporte es el primer caso de síndrome de Rapunzel, documentado en nuestra localidad. El nombre rememora el cuento infantil creado por los hermanos Grimm en 1812, acerca de Rapunzel; el primer caso reportado se remonta al año 1968, descrito por Vaughan et al [5]. Desde aquel año hasta la actualidad se han reportado tan solo 30 casos en la literatura mundial [6].

El síndrome de Rapunzel es la forma de presentación más grave del tricobezoar, dado por la presencia de cabello en el intestino delgado, colon derecho o ambos; lo que conlleva a obstrucción intestinal alta o baja [7]. Debido a la diferencia de presiones entre el borde mesentérico fijo en comparación con el del borde antimesentérico móvil, se produce un efecto de acordeón que puede provocar necrosis isquémica y perforación del intestino delgado [8]. La tasa de mortalidad por las complicaciones alcanza el 30% [9].

La etiología del tricobezoar está asociada con alteraciones psiquiátricas como la ansiedad crónica o el retardo mental, que provocan la ingesta compulsiva de pelos (tricofagia), con las consecuencias ya descritas [10]. De los pacientes con tricotilomanía, alrededor del 30% padecen también tricofagia y, de estos, solo el 1% necesitará remoción quirúrgica [11]. Previamente a las manifestaciones clínicas, pueden transcurrir hasta 15 años desde el inicio de la tricofagia hasta la aparición de los primeros síntomas secundarios a la misma; no obstante, existen casos que jamás desarrollan bezoares. Las complicaciones abarcan desde el desarrollo de úlceras en el tubo digestivo, hasta la perforación, obstrucción e intususcepción intestinal [12].

De 131 casos analizados de tricobezoar, el 87.7% presentó una masa abdominal palpable, el 70.2% dolor abdominal, el 64.9% náusea y vómito, el 38.1% astenia y pérdida de peso, el 32% constipación y diarrea y, el 6.1% hematemesis. En cuanto a los hallazgos de laboratorio, en el 62% de los pacientes existió disminución de los valores de hemoglobina [13].

La tríada clínica característica del síndrome es: tricobezoar con una cola, extensión de esta cola por lo menos hasta el yeyuno y síntomas obstructivos [14]. El diagnóstico no es fácil debido a que el paciente niega u oculta su tricofagia o tricotilomanía, dificultando su sospecha clínica. Los métodos diagnósticos incluyen la ecografía, tomografía computarizada con medios de contraste y la endoscopia digestiva; siendo este último el método de elección [15].

El objetivo del tratamiento es la extracción del bezoar, la misma que puede ser endoscópica o quirúrgica, considerándose el abordaje laparoscópico como el gold standard en relación con su rapidez y eficacia [16]; luego de la remoción, es necesario continuar con un seguimiento psiquiátrico estricto y adecuado para prevenir futuras recurrencias (presentes hasta en el 20% de los casos) [14].

## CONCLUSIÓN

A pesar de ser una entidad poco común y causante de dolor abdominal, es necesario realizar un análisis minucioso del paciente y su entorno para evitar descartar aquellas etiologías que por su rareza, no deben ser excluidas del diagnóstico diferencial.

## CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

GF: Manejo clínico quirúrgico y análisis crítico del artículo. LV, GN, DO, AV: Recolección de la información, revisión bibliográfica y redacción del manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

## INFORMACIÓN DEL AUTOR

- German Lenin Fernández de Córdova Rubio. Doctor en Medicina y Cirugía especialista en Cirugía General y Laparoscopia. Departamento de Trauma y Emergencia. Hospital "Vicente Corral Moscoso". Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5877-7870>
- Luis Gabriel Valverde Guerrero. Médico residente de posgrado de Cirugía General. Universidad de Cuenca. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4426-1942>
- Gioconda Gabriela Narváez Ludeña. Médica General. Libre ejercicio profesional. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9176-6471>
- Danilo Fernando Orellana Cobos. Médico General. Libre ejercicio profesional. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6269-5512>
- Ana Paula Vélez Vintimilla. Médica General. Libre ejercicio profesional. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6342-6074>

## ABREVIATURAS

mmHg: milímetros de mercurio; C: centígrados; mg/dl: miligramos por decilitro.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los autores solicitaron el consentimiento por escrito del paciente para la publicación del caso y sus imágenes.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no reportan ningún conflicto de intereses.

## CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Fernández de Córdova G, Valverde L, Narváez G, Orellana D, Vélez A. Caso Clínico: Síndrome de Rapunzel. Rev Med HJCA 2016; 8(1): 78-81. <http://dx.doi.org/10.14410/2016.8.1.cc.13>

## PUBLONS

 <https://publons.com/review/322814/>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fragoso T, Luaces E, Díaz T. Bezoares. Rev Cubana Pediatr [revista en línea] 2002 [citado 12 Abril 2014] Vol 74, Num 1. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol74\\_1\\_02/PED10102.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol74_1_02/PED10102.pdf)
2. Márquez J, Roldán S, López D, Onieva F, Jiménez J, Leal A. Bezoar por ingestión de cuerpos extraños metálicos. Revista Cirugía y Cirujanos Vol 79, Num 5. Septiembre, 2011. México.
3. Anzieta J, Felmer O, Gabrielli M, Venturelli F, Sánchez G, Torrijos C. Obstrucción inestinal causada por Tricobezoar: Síndrome de Rapunzel. Rev méd Chile [revista en línea] 2008 Ago [citado 12 Abril 2014]. Vol 136, Num 8; 1027-30. Chile.
4. Álvarez J, Álvarez E, Clint J, Sauret J. Hallazgos radiológicos en el síndrome de Rapunzel (tricobezoar). Revista SEMERGEN. Vol 35, Num 7. Año 2009. España.
5. Jaramillo Y. Tricotilomanía, tricofagia y el Síndrome de Rapunzel. Rev Acta méd Costarric [revista en línea] 2007 Ene [citado 12 Abril 2014] Vol 49 Num 1; 4-5. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022007000100001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022007000100001&script=sci_arttext)
6. Shavinder M, Kulkarni C, Rao C. Razpunzel syndrome – A case report. Med Jour Arm Forc India [revista en línea] 2012 [citado 11 Abril 2014] Pag 249 – 251. Disponible en: <http://medind.nic.in/maa/t12/i3/maat12i3p249.pdf>
7. Walter H, Vilchez W, Rivera J, Curioso W. Síndrome de Rapunzel: reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Gastroenterol [revista en línea] 2002 [citado 12 Abril 2014]. Vol 22 Num 2. Perú. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/gastro/vol\\_22n2/sindrome\\_rapunzel.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/gastro/vol_22n2/sindrome_rapunzel.htm)
8. Andino W, Arias D, Vázquez N, Benavides S. Tricobezoar gástrico: a propósito de un caso. Rev Cuba Cirugía [revista en línea] 2008 [citado 2014 Feb 25] Vol 47 Num 4. Cuba. Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=281223008011>
9. Hernández F, Guerrero H, Reyes C, Belmonte C. Fitobezoar como causa de oclusión intestinal. Presentación de un caso. Rev Gastroenterol México [revista en línea] 2010 [citado el 12 Abril 2014]. Vol 75 Num 03; 348-52. México. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/fitobezoar-como-causa-occlusion-intestinal-/articulo/13156077/>
10. Dávila D, Conti T, Moreno Y, Lobo O, May H, Valero R, et al. Tricobezoar gástrico e intestinal en adolescente femenina de 15 años: a propósito de un caso clínico IVSS. Col Med Estado Táchira. 2009 Mar;18(1):39-42.
11. Tovar L, Ramírez N. Síndrome de Rapunzel)tricobezoar gástrico con extensión a duodeno y yeyuno): a propósito de un caso. Gen [revista en línea] 2010 Mar [citado el 12 Abril 2014] Vol 64 Num 01; 42-45. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-35032010000100011](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032010000100011)
12. Ojeda L, Labaut N, Gorina del Cristo R, Hernández P. Tricobezoar gástrico y síndrome de rapunzel en una adolescente [documento en línea]. Año 2010 [citado el 12 Abril 2014]. Cuba. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/v14n7\\_10/san14710.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/v14n7_10/san14710.htm)
13. Krishuanand C, Chanchalani R, Dhruv K. Rapunzel Syndrome: Trichobezoar in 13 Years old Girl. Journal of Health an Allied Sciences [revista en línea] 2013 Jun [citado el 12 Abril 2014] Vol 12 Num 1. India. Disponible en: [:http://www.ojhas.org/issue45/2013-1-4.html](http://www.ojhas.org/issue45/2013-1-4.html)
14. Germani M, Beltrá R, Hernandez C. Síndrome de Rapunzel: tratamiento laparoscópico. Rev An Pediatr [revista en línea] 2013 [citado el 12 Abril 2014] Vol 30 Num 20. España. Disponible en: <http://www.elsevier.es/eop/S1695-4033%2813%2900165-3.pdf>
15. Sánchez G, Bohle J, Cárcamo C, Massri D. Tricobezoar Gástrico. Caso clínico y revisión de la literatura. Cuad Cir Valdivia [revista en línea] 2006 [citado el 12 Abril 2014] Vol 20 Num 01. Chile. Disponible en: [http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-28642006000100008&script=sci\\_arttext](http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-28642006000100008&script=sci_arttext)
16. Yau K, Siu W, Law B, Cheung H, Ha J, Li M. Laparoscopic Approach compared with conventional Open Approach for Bezoar – Induced Small – Bowel Obstruction. Arch Surg [revista en línea] 2005 Oct [citado 12 Abril 2014] Vol 140 Num 10; 972-97. China. Disponible en: <http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=509029>