



# UNIVERSIDAD VERACRUZANA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL DE RIO BLANCO, VER.

## OCCLUSION INTESTINAL POR SINDROME DE RAPUNZEL

### T E S I S

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:

**CIRUGIA GENERAL**

PRESENTA:

*DR. DAVID ANGEL OTAMENDI GALAN*

ASESORES:

*DRA. PERLA MARISOL RAMOS DIAZ  
DR. ROGELIO SANCHEZ SORIANO*

RIO BLANCO, VER.


ENERO, 2008


# AUTORIZACION DE IMPRESIÓN


Habiendo revisado y valorado minuciosamente el trabajo de tesis que lleva por nombre:

## “OCLUSION INTESTINAL POR SINDROME DE RAPUNZEL”

Se determina, que cumple con los requisitos pertinentes para su aprobación e impresión.

  
DR. HUGO ZARATE AMEZCUA  
Director General HRRB

  
DR. ROGELIO SANCHEZ SORIANO  
Profesor titular del curso de Cirugia General

  
DR. ALEJANDRO PIMENTEL DOMINGUEZ  
Jefe de Enseñanza e Investigación

  
DRA. PERLA MARISOL RAMOS DIAZ  
Asesora

A Dios por darme la oportunidad de vivir y de lograr los objetivos que me he trazado durante mi vida.

A mis padres David y Yolanda por su cariño, comprensión y apoyo durante toda mi vida.

A mi esposa Gaby por ser el amor de mi vida y mi inspiración.

A mis hermanos José Manuel y Juan Pablo por estar siempre ahí cuando lo necesite.

A mis maestros Dr. Sánchez, Dr. Hernández Cancino, Dr. Franco, Dr. Remes , Dr. Herrera, Dr. Rocha, Dr. Aguilar, Dr. Balanzario, Dr. Castillo y Dr. Domínguez, por que todo que aprendí es gracias a ustedes, por su paciencia y por su cariño.

A mis compañeros Noe, Toño, Erick, Adolfo, Marco, Alexander, Rosalía, Enrique, Marco A. por su apoyo y enseñanzas durante esta travesía, y por su Amistad.

A Marisol porque sin ti nunca lo hubiera hecho y por tu sincera amistad.

A mi Hospital porque te considero mi segundo hogar.

**OCLUSION INTESITAL POR  
SINDROME DE RAPUNZEL**

**Dr. David Angel Otamendi Galán**

**ASESORES:**

**Dra. Perla Marisol Ramos Díaz**

**Dr. Rogelio Sánchez Soriano**

## INDICE

	PAG.
Objetivos .....	1
Introducción .....	1
Descripción del caso .....	2
Antecedentes heredofamiliares .....	2
Antecedentes personales no patológicos .....	3
Antecedentes personales patológicos .....	3
Resumen clínico .....	3
Revisión de la Literatura	
Definición .....	9
Situación a nivel mundial .....	9
Historia .....	10
Etiología del Tricobezoar .....	11
Signos y síntomas .....	12
Métodos diagnósticos .....	13
Tratamiento .....	14
Complicaciones .....	15
Discusión .....	15
Conclusiones .....	16
Bibliografía .....	17

# OCLUSION INTESTINAL POR SINDROME DE RAPUNZEL.

## REVISION DE LA LITERATURA Y REPORTE DE UN CASO.

### OBJETIVOS:

Descripción en forma retrospectiva de un caso clínico de muy baja prevalencia en la población atendida en el servicio de Cirugía General como lo es el SINDROME DE RAPUNZEL.

### INTRODUCCION:

Los bezoares (derivados de la palabra árabe *BADZEBR* o de la persa *PANZHER*, que significan ambas *ANTIDOTO*)(1) son una masa compacta de pelo (tricobezoar); fibras de coco (iniciobezoar); residuo de dátiles (bezoar oriental); fibras de nísperos verdes (diospirobezoar); papel (bezoar por papel) todos los anteriores con excepción del pelo dentro de la categoría de fitobezoares. Además de los Quimiobezoares (residuo de de drogas –halibezoar-; almidón –amilobezoar-; resinas –resinobezoar-; sustancias orgánicas –halobezoar-; sangre –hemobezoar-; leche –lactobezoar-(4); quimiobezoar por lacas y quimiobezoar por alquitrán y mixtos(2).

El Hospital Regional de Río Blanco es un hospital de segundo nivel que atiende a población abierta y a población del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) referida de DOS jurisdicciones sanitarias (aproximadamente 56 municipios). El número promedio anual de egresos del área de hospital del servicio de cirugía general es de 1920 pacientes, con 1800 eventos quirúrgicos al año. Todo lo anterior nos arroja una PREVALENCIA del Síndrome de Rapunzel del 0.05%.

## **DESCRIPCION DEL CASO**

Femenino de 17 años de edad que es traída por sus padres al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal intenso, en epigastrio y mesogastrio.

## **ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.**

Se le preguntaron antecedentes familiares de: Diabetes, hipertensión arterial, fímicos, oncológicos, cardiovasculares, psiquiátricos, y de los cuales no presentaba ninguno.

## ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Nació en la Ciudad de Orizaba, Ver. Reside en Mariano Escobedo, Ver. Ama de casa, casada, católica, de escolaridad primaria, con hábitos higienicodietéticos malos , vivienda protectora con todos los servicios básicos.

## ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Se le interrogó acerca de antecedentes quirúrgicos, traumáticos, transfusionales, diabéticos, hipertensión, discrásicos, oncológicos, hepáticos, fímicos.

## RESUMEN CLÍNICO

Inicio su padecimiento el día 31-07-06 con dolor abdominal urente, transictivo, localizado en epigastrio y mesogastrio, intenso, continuo, sin otro fenómeno que lo acompañase. Fue manejada en el servicio de urgencias y diagnosticada como enfermedad ácido péptica, tratada con ranitidina vía oral, con remisión parcial del dolor y egresada a su domicilio.

Posteriormente acude el día 02-08-07 por presentar el dolor con las mismas características , pero ahora acompañado de náuseas, vómito e intolerancia para la vía oral. Por lo que se ingresa al servicio de urgencias con diagnóstico de Probable Pancreatitis aguda. A su ingreso la paciente a la exploración física se encontraba,



conciente , orientada, con facies de dolor, en posición antálgica con ojos con pupilas isocóricas y normorrefléxicas, con narinas permeables, boca simétrica, con lengua y mucosa oral bien hidratadas, cuello cilíndrico, Tórax con ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, con frecuencia cardíaca de 64x' , Ruidos respiratorios con murmullo vesicular adecuado, sin presencia de estertores o sibilancias con una frecuencia de 16x' , el abdomen blando depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio y mesogastrio, peristalsis presente hipoactiva, no se palparon plastrones, signo de von blumberg ausente, no cicatrices, no datos de alarma peritoneal, genitales con tanner V, extremidades superiores e inferiores íntegras, sin edema, con llenado capilar distal de 2", sin compromiso neurovascular aparente. Los resultados de los exámenes de laboratorio fueron :

- **Biometría hemática**
  - Hemoglobina 10.5 g/dl.
  - Hematocrito 33%.
  - Leucocitos 9,600 Ul.
    - Linfocitos 8%
    - Monocitos 6%
    - Segmentados 72%
    - Eosinófilos 6%
    - Basófilos 1%
    - En Banda 7%
    -
- **Química sanguínea**
  - Glucosa 91 mg/dl.
  - Urea 22 mg/dl.
  - Creatinina 0.6 mg/dl.
- **Electrolitos séricos**
  - Sodio 140.0 mEq.
  - Potasio 4.29 mEq.

- Cloro 108.5 mEq.
- Calcio 9.7 mg/dl.
- 
- Enzimas pancreáticas
  - Amilasa 27 U/L.

La radiografía simple de abdomen mostraba imagen de masa ocupacional en cámara gástrica a nivel del fondo(a)(b). Se realiza serie gastroduodenal donde se aprecia llenado irregular en cámara gástrica e imagen sugestiva de tricobezoar.(c). La Tomografía Simple y Contrastada de Abdomen con defecto de llenado en cámara gástrica que corrobora la sospecha de tricobezoar (d)(e)

A su tercer día de estancia intrahospitalaria se decide realizar laparotomía exploradora con gastrostomía y extracción de tricobezoar más cierre primario de estomago. Teniendo como hallazgos: Tricobezoar gástrico-Duodeno-yeyunal (proximal) (f)(g)(h)(i)(j)(k)(l). Posteriormente reingresa al servicio de hospitalización de cirugía donde tiene una evolución satisfactoria, con inicio de la vía oral al tercer día con líquidos claros, con posterior progreso de la dieta hasta llegar a dieta normal. Se busca específicamente datos clínicos de tricotilomanía encontrando corroboración positiva como se muestra en las fotografías. (m)(n)(o). Se egresa de esta unidad con cita a la CE de cirugía para su control y valoración por parte del servicio de psicología.



(a) RADIOGRAFIA SIMPLE DE ABDOMEN.

Masa ocupacional en fondo gástrico



(b) PLACA SIMPLE DE ABDOMEN.

Masa ocupacional en fondo gástrico.



(c) SERIE GASTRODUODENAL.

Llenado irregular en cámara gástrica e imagen  
sugestiva de tricobezoar.



(d) TAC SIMPLE Y CONTRASTADA DE ABDOMEN.

Defecto de llenado en cámara gástrica con imagen  
sugestiva de tricobezoar.



(e) TAC SIMPLE Y CONTRASTADA DE ABDOMEN.

Defecto de llenado en cámara gástrica con imagen  
sugestiva de tricobezoar



(f) GASTROTOMIA CON PRESENCIA DE TRICOBEOZAR.



(g) EXTRACCION DE TRICOBEOZAR.



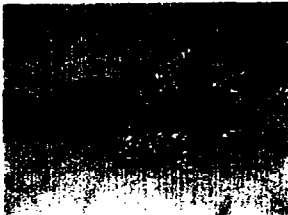
(h) TRICOBEOZAR



(i) TRICOBEOZOAR



(j) TRICOBEOZOAR



(k) TRICOBEOZOAR



(l) CAMARA GASTRICA VACIA DESPUES DE LA  
EXTRACCION DE TRICOBEOZOAR



(m) ASPECTO DE IMPLANTACION FRONTAL DE CABELLO EN LA  
PACIENTE CON TRICOTILOMANIA.



(n) ZONAS DE ALOPECIA SECUNDARIAS A LA TRICOTILOMANIA



(o) OTRO ASPECTO DE IMPLANTACION FRONTAL DE CABELLO.

## **REVISION DE LA LITERATURA**

### **DEFINICION.-**

Los bezoares son concreciones de cabello u otras sustancias que se forman en el estómago con el paso del tiempo y de acuerdo a la frecuencia de ingesta de la sustancia en cuestión.

### **SITUACION A NIVEL MUNDIAL.**

En lugares como España (5) y específicamente refiriéndonos al Síndrome de Rapunzel (tricobezoar con extensión intraluminal intestinal) no existen reportes en la

literatura de casos en adultos con complicaciones quirúrgicas (perforaciones gástricas, oclusión o suboclusión intestinal, perforación intestinal). Existe una revisión más extensa de reporte de casos en niños (6) en países como Francia donde predomina el síndrome oclusivo como presentación clínica. En algunos otros casos el hallazgo de un bezoar ha sido incidental como el caso reportado en Singapur de un hombre de 56 años de edad quien fue sometido a Tomografía Trifásica Computarizada del abdomen como parte de su chequeo para trasplante hepático(7). En algunas ocasiones la sintomatología es leve como en el caso reportado en el Reino Unido de una mujer joven, relativamente sana sin historia de cirugía gástrica quien acudió a los servicios de salud por sintomatología no específica abdominal. (8) Incluso existen reportes de obstrucciones de intestino delgado por tricobozoar en animales (gatos) en una revisión extensa realizada en Canadá. (9) El primer caso reportado del síndrome de Rapunzel en Cuba fue en el 2004 en una adolescente de 15 años, con antecedentes de psicosis infantil.(18)

## **HISTORIA**

La enfermedad fue descrita por primera vez por Sushruta en la India en el siglo XII a.C. Baudomant describió un tricobozoar en 1979, pero no fue sino hasta 1883 que se realizó el primer tratamiento quirúrgico por Schonborn. Bekey y Oschner, en

1939 recolectaron 303 casos en una amplia revisión de casos publicados y sólo 100 casos más fueron encontrados por Tondreau y Kirklin. (10) Vaighan y cols., en 1968, acuñaron el término de SINDROME DE RAPUNZEL para una manifestación poco común del tricobezoar, en este caso la masa se extiende desde estómago y duodeno a través de una gran porción de Intestino delgado (11)

## **ETIOLOGIA DEL TRICOBEOZAR**

La tricotilomanía es una entidad psicossomática intrigante en la cual existe un deseo irresistible de jalar el cabello de la cabeza; pestañas, cejas y otras partes del cuerpo. El proceso resulta en una liberación instantánea de presión, una sensación de libertad y seguridad. (12)

Para recibir diagnóstico de tricotilomanía, un individuo debe cumplir con los siguientes criterios:

- 1.- Tener un nivel aumentado de tensión inmediata antes de jalar el cabello o durante el intento de evitar jalárselo.
- 2.- Tener una sensación de liberación, placer, o gratificación durante el momento que se jala el cabello.



3.- El jalarse el cabello no se explica mejor por una condición médica u otro desorden mental.

4.- El distress significativo o deterioro en áreas ocupacionales, sociales u otras de la funcionalidad es experimentada como un resultado de jalar el cabello.(13)

La tricofagia que es la ingestión de estos cabellos es la causa de este padecimiento.

El desarrollo del tricobezoar consecutivo a la ingestión de cabello arrancado es una complicación en pocos casos. Subsecuentemente, puede causar síntomas asociados al tracto gastrointestinal culminando en obstrucción intestinal, perforación, pancreatitis y de ictericia obstructiva. (12)

## **SIGNOS Y SINTOMAS**

La clínica en el tricobezoar es variable e inespecífica. Pueden aparecer síntomas dispépticos incluso dolor abdominal agudo, náuseas y vómito, plenitud postprandial con intolerancia progresiva a los sólidos, anorexia, anemia y desnutrición. Suele existir alteración del hábito intestinal bien en forma de estreñimiento o diarrea.(22, 23) En la exploración física destaca la palidez cutánea, hilitosis y masa en epigastrio, dura, móvil, que a veces puede ser dolorosa. Sospecharemos la existencia de tricobezoar en pacientes que presenten la clínica anterior y alopecia.(14)

En el Síndrome de Rapunzel el paciente presenta cuadro clínico característico de obstrucción intestinal con la presencia de náuseas, vómito, imposibilidad para canalizar gases y evacuar, así como distensión abdominal a la exploración física. (15)

## **METODOS DIAGNOSTICOS**

En la biometría hemática es frecuente encontrar anemia normocítica normocrómica y una leucocitosis moderada. (16)

En la radiografía simple de abdomen el bezoar aparecerá como una masa heterogenea moteada que puede ser confundida con un estomago lleno de comida. La administración de material de contraste como el bario en una serie esofagogastroduodenal, identifica la presencia de masa intraluminal móvil apareciendo defectos de repleción. El Ultrasonido ha mostrado ser efectivo en el diagnóstico de los bezoares por arriba del 88% de los casos mostrando una limpia sombra acústica, la cual visualizara una masa solida. La Tomografía axial computada abdominal con contraste ha sido diagnóstica en el 97% de los bezoares , apareciendo como un defecto de llenado , flotando libremente en el estomago, y mostrando una imagen de masa intraluminal de anillos concéntricos de diferentes densidades con aire atrapado.(7,10,17,19,21). La endoscopia gastrointestinal alta también es el auxiliar

diagnóstico de elección para esta patología y donde observa de forma directa una masa intragástrica compuesta por cabello (17,19,20)

## **TRATAMIENTO**

El objetivo del tratamiento es la remoción del tricobezoar y prevención de la recurrencia que se dá en el 20% de los casos. La mortalidad asociada en el tratamiento quirúrgico del tricobezoar es del 5%. El tratamiento de todos los tricobezoaes es quirúrgico, mediante gastrotomía y en algunos casos, enterotomía por vía abdominal anterior. La gastrotomía debe ser longitudinal al eje mayor del estómago, lo suficientemente amplia como para provocar el parto del bezoar, observando el estado de la mucosa gástrica para que no queden fragmentos de pelo en los pliegues gástricos, en el intestino delgado y especialmente la válvula ileocecal, donde se acumulan y provocan oclusiones. La apertura gástrica se cerrará en dos planos, el tratamiento en el postoperatorio debe contemplar la desfuncionalización gástrica, dieta gastroprotectora al recuperar el tránsito intestinal, medicación antiácida y psicoterapia(7).

Ha sido descrita asimismo la remoción laparoscópica en tres casos(24,25,26), uno incluso en una mujer de 18 años, embarazada con buenos resultados. Sin embargo aún

no se cuenta con la experiencia con este tipo de procedimiento quirúrgico en ninguna unidad médica debido precisamente a la baja incidencia de casos de tricobezoar.

## **COMPLICACIONES**

Dentro de las complicaciones descritas no quirúrgicas están la desnutrición, anemia, y en las quirúrgicas se encuentran la perforación gástrica e intestinal (5,27,28), fístula enterocutánea(28), desequilibrio hidroelectrolítico por oclusión intestinal(14,15), úlcera gástrica traumática y síndrome de la arteria mesentérica superior, así como pancreatitis aguda(12).

## **DISCUSION**

En muchos casos clínicos como el que se presentó en este trabajo; el diagnóstico de tricobezoar es un diagnóstico de exclusión que no es sospechado de primer intención por la sintomatología abdominal vaga que presenta y por su muy baja prevalencia; y solamente cuando existe alguna complicación quirúrgica urgente como el síndrome oclusivo intestinal se diagnostica incidentalmente en el transoperatorio o durante el screening con estudios de gabinete. De lo anteriormente expuesto no encontramos en la literatura ningún reporte del porcentaje de congruencia clínica-diagnóstica. Cabe hacer notar que el diagnóstico de tricotilomanía se hizo

postquirúrgico a la exploración física dirigida y que la terapéutica integral se ofertó a esta paciente con valoraciones por psiquiatría en cuanto le fue factible desplazarse de la unidad hospitalaria donde fue atendido su cuadro oclusivo intestinal, completando de esta manera su atención con buenos resultados a posteriori.

## **CONCLUSIONES**

El tricobezoar es una entidad nosológica rara, de muy baja prevalencia en todo el mundo, existiendo pocos artículos bibliográficos de revisión y casi todos como reportes de caso.

No existe tampoco un artículo bibliográfico que hable de tamizaje a población general, por lo que el diagnóstico frecuentemente es dado sólo por la presencia de complicaciones quirúrgicas (Síndrome de Rapunzel).

La mortalidad reportada es del 5% pero directamente por las complicaciones quirúrgicas como perforación gástrica, perforación intestinal, fístula enterocutánea pero principalmente obstrucción intestinal.

El tratamiento complementario de la remoción quirúrgica del tricobezoar debe ser Invariablemente el tratamiento psiquiátrico para la tricotilomanía, ya que existe reporte del 20% de recidiva en los casos

## BIBLIOGRAFIA

(1) B. Velasco Sanchez y R.M. Paredes Esteban. TRICOBEOZOAR: UN PROBLEMA PSICOLOGICO. Carta al editor. Anales Españoles de Pediatría, Vol. 55, No. 4, 2001.

(2) David Loja, José Alvizuri, Maricel Vilca, Mario Sanchez. SINDROME DE RAPUNZEL: TRICOBEOZOAR GASTRODUODENAL. Anales de la Facultad de Medicina Vol. 64 no 1, 2003. Pág 72.

(3) David Loja, José Alvizuri, Maricel Vilca, Mario Sanchez. SINDROME DE RAPUNZEL: TRICOBEOZOAR GASTRODUODENAL. Anales de la Facultad de Medicina Vol. 64 no. 1, 2003. Pág 71.

(4) Heather H. Towery, MD. Raymond K. Chan, M.D.

LACTOBEOZOAR: A CASE REPORT. Clin Pediatr, 2004;43:577-578.

(5) Pérez E., GASTRIC PERFORATION DUE TO TRICHOBEZOAR IN AN ADULT (RAPUNZEL SYNDROME). Cir. Esp., 2005; 78(4): 268-270.

(6) Roche C., FIVE CASES OF TRICHOBEZOARS IN CHILDREN. Arch. Pediatr. 2005;12(11): 1608-12.

(7) Wai C.T. CLINICS IN DIAGNOSTIC IMAGING (104): GASTRIC TRICHOBEZOAR (OR HAIRBALL). Singapore Med. J. 2005; 46(7): 359-61

(8) Coulter, R. LARGE GASTRIC TRICHOBEZOAR IN A NORMAL HEALTHY WOMAN: CASE REPORT AND REVIEW OF PERTINENT LITERATURE. South Med. J 2005; 98(10): 1042-4

(9) Autarbush, S.M. OBSTRUCTION OF THE SMALL INTESTINE BY A TRICHOBEZOAR IN CATTLE: 15 cases (1992-2002). J. Am. Vet. Med. Assoc. 2006;229(10): 1627-30.

(10) Rodriguez, G. TRICHOBEZOAR: REPORTE DE UN CASO. Cirujano General. 2006;28:113-17.

(11) Beauregard-Ponce, G. TRICHOBEZOAR. Salud en Tabasco. Vol. 7 2001;1:372-374.

(12) Sehgal VN. TRICHOTILLOMANIA +/- trichobezoar: revisited. J Eur Acad Dermatol Venereol 2006, 20 (8):911-15

- (13) Woods, Dougl's W UNDERSTANDING AND TREATING TRICHOTILLOMANIA: WHAT WE KNOW AND WHAT WE DONT KNOW. *Psychiatr Clin N Am* 29(2006): 487-501
- (14) Correa, A. BEZOAR GASTRICO. *Cir Pediatr* 2001; 14:82-84
- (15) Naik, S. RAPUNZEL SYNDROME REVIEWED AND REDEFINED. *Dig. Surg.* 2007; 24(3): 157-61.
- (16) Kishan, A. BEZOARS *Endoscopy* 1998; 30: 25-28
- (17) Sharma,UK. EPIGASTRIC MASS IN A YOUNG GIRL: TRICHOBEZOAR. IMAGING DIAGNOSIS. *Nepal Med Coll J* 2006 ; 8:211-213.
- (18) Valdés, R. PRIMER CASO DE SINDROME DE RAPUNZEL EN CUBA. *Rev Esp pediatr* 2004; 60:1-2.
- (19) Bernal, R. TRICHOBEZAR: PRESENTATION OF THREE CASES, CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL PROFILE. *Rev Gastroenterol Mex* 2005; 70:67-72
- (20) Ortiz-Soto J. TRICOTEXTILO BEZOAR, SINDROME DE RAPUNZEL PRESENTACIÓN DE UN CASO. *Rev Mex Cir Pediatr* 2005; 12: 51-54.



- (21) Haque. A RAPUNZEL SYNDROME Gastrointestinal Endoscopy 2005;  
62(4):611
- (22) Thakur, B. GASTRIC TRICHOBEZOAR PRESENTING AS GASTRIC OUTLET  
OBSTRUCTION- A CASE REPORT. Nepal Med Coll J. 2007; 9(1): 67-9.
- (23) Corona-Cruz JF. INTESTINAL TRICHOBEZOAR AS A CAUSE OF SMALL  
BOWEL OBSTRUCTION. CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE. Gac  
Med Mex 2005; 141(5):417-9
- (24) Meyer-Rochow, G.Y. LAPAROSCOPIC REMOVAL OF A GASTRIC  
TRICHOBEZOAR IN A PREGNANT WOMAN. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech  
2007; 17(2): 129-32.
- (25) Shami, S.B. LAPAROSCOPIC REMOVAL OF A HUGE GASTRIC  
TRICHOBEZOAR IN A PATIENT WITH TRICHOTILOMANIA. Surg Laparosc Endosc  
Percutan Tech. 2007; 17(3): 197-200.
- (26) Palanivelu, C. TRICHOBEZOARS IN THE STOMACH AND ILEUM AND THEIR  
LAPAROSCOPY-ASSISTED REMOVAL: A BIZARRE CASE. Singapore Med J. 2007;  
48(2):e37

(27) Pérez, E. PERFORACION GASTRICA EN ADULTO POR TRICOBEOZAR  
(SINDROME DE RAPUNZEL) Cir Esp. 2005;78(4):268-70.

(28) Elhajj, I. ENTEROCUTANEOUS FISTULA COMPLICATING A DUODENAL  
BEZOAR: AN UNUSUAL PRESENTATION. Gastrointestinal Endoscopy  
2005;61(7):877-78.