

Tricobezoar gástrico: relato de um caso

Gastric trichobezoar: Case Report

Eurides Maria Maia Atallah Haun de Barros¹; Antônio Prates Caldeira²; Cláudio Henrique Rebelo Gomes³; Antônio Sérgio Barcala Jorge⁴

RESUMO

Os bezoares resultam da ingestão de materiais inorgânicos ou orgânicos não digeríveis que formam uma massa em trato gastrointestinal, normalmente no estômago. Os tricobezoares são formados a partir da ingestão de cabelos. São geralmente encontrados em adolescentes do sexo feminino, especialmente com depressão ou retardo mental. A remoção é obrigatória pelo risco de complicações potencialmente fatais. Este trabalho apresenta o caso de um grande tricobezoar gástrico em uma jovem de 14 anos. A paciente foi submetida à laparotomia, durante a qual uma sólida massa de cabelos foi completamente retirada por gastrotomia anterior. O período pós-operatório foi sem intercorrências e com o acompanhamento psiquiátrico adequado.

Palavras-chave: Bezoares; Tricobezoares; Dor Abdominal.

ABSTRACT

Bezoars result from the swallowing of inorganic or indigestible organic materials that form a mass in the gastrointestinal tract, usually in the stomach. Trichobezoars are formed by swallowed hair. They often are encountered in adolescent girls, especially in patients with depression or mental retardation. The removal of trichobezoars is mandatory because of the risk of potentially life-threatening complications. The authors present a case of a large gastric trichobezoar in a 14-year-old girl. The patient underwent laparotomy, during which a solid mass of hair was totally removed by an anterior gastrotomy. The postoperative period was uneventful. Subsequent psychiatric follow-up was conducted.

Key-words: Bezoars; Trichobezoars; Abdominal Pain.

INTRODUÇÃO

O termo bezoar é utilizado para designar o acúmulo de algumas substâncias ingeridas e não digeridas no estômago ou no intestino. Embora não seja de ocorrência freqüente, representa causa importante de dor abdominal. Quando não diagnosticado, pode resultar em complicações graves, com taxa de mortalidade de até 30%¹. Os bezoares são classificados segundo o material que os formam. Os principais são os fitobezoares, os tricobezoares, os litobezoares e os lactobezoares. O tricobezoar é resultante da ingestão de cabelo humano, cabelos de bonecas, pêlos de animais ou fibras de tapetes, sendo o tipo mais comum na faixa etária pediátrica com cerca de 90% dos casos ocorrendo em crianças e adolescentes do sexo feminino². O surgimento de tricobezoar está muitas vezes associado a transtornos psicológicos, como a tricotilomania, um impulso incontrolado de ar-

Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Endereço para correspondência:
Antônio Prates Caldeira
Rua Monte Pascoal, 225 – Ibituruna
Montes Claros (MG) – CEP: 39401-347
antonio.caldeira@unimontes.br

rancar-se o próprio cabelo e a tricofagia³. Também tem sido associado a retardo mental, enurese, pica, transtornos de personalidade, onicofagia, sucção do polegar e transtornos depressivos^{3,4}.

O diagnóstico de tricobezoar nem sempre é fácil.⁵ A rarefação capilar pode não ser significativa. Frequentemente, o paciente omite a tricofagia. Na verdade, o relato de tricotilomania e tricofagia é obtido em menos de 50% dos casos². Quadros de obstrução total ou parcial, acompanhados de dor epigástrica, especialmente se associados a episódios de vômitos com a presença de cabelos e secreção fecalóide são bastante sugestivos⁶. Outras manifestações que podem estar associadas são hiporrexia, saciedade precoce, perda de peso, hematêmese, diarreia ou constipação intestinal^{4,6}. O exame físico evidencia em até 70% dos casos a presença de massa móvel em região epigástrica, além de áreas de alopecia⁴.

O objetivo deste trabalho é o de apresentar o caso clínico de volumoso tricobezoar gástrico identificado em unidade do Programa de Saúde da Família e reforçar a importância de incluir tal entidade no diagnóstico diferencial das dores abdominais, mesmo para unidades de cuidado primário.

DESCRIÇÃO DO CASO

Trata-se de KNF, sexo feminino, 14 anos, com relato de dor abdominal intermitente, de forte intensidade, em cólica acompanhada de náuseas e vômitos ocasionais de conteúdo alimentar e bilioso. A paciente referia início dos sintomas há cerca de nove meses, com internação em sua fase inicial por seis dias, quando recebeu o diagnóstico de pancreatite. Havia relato de perda de peso de aproximadamente cinco quilos desde o início dos sintomas. A família também notificou queda de cabelo, observada nos últimos meses, fato que a paciente não relatou em sua entrevista. O contexto social destacava pais separados desde o nascimento e relacionamento ruim com o pai. A adolescente convivia com a tia e outros familiares desde o nascimento, pois a mãe apresentava doença crônica incapacitante e falecera há seis meses, cerca de três meses após a referida internação.

Ao exame físico, apresentava-se emagrecida, com ligeira palidez mucosa. Os sinais vitais mostravam-se estáveis. No couro cabeludo havia área de rarefação capilar em região biparietal. Esse sinal foi apontado pela família, pois a paciente procurava ocultar a área

de alopecia com mudanças no penteado. O abdome, plano e normotenso, evidenciava, à palpação, massa localizada em hipocôndrio esquerdo, que se estendia até a cicatriz umbilical e apresentava superfície e contorno regulares, consistência firme e indolor.

A propedêutica realizada não mostrou alterações significativas nos exames bioquímicos e hematológicos, exceto por discreto aumento da amilase sérica: 150 U/dl (VR= até 120 U/dl). A tomografia computadorizada mostrava acentuada distensão gástrica, com conteúdo heterogêneo, delimitado por halo de contraste oral preenchendo totalmente e emoldurando a cavidade gástrica. A tomografia, foi realizada com contraste oral radiopaco, o que permitiu identificar, além do aumento de volume, falhas de enchimento do estômago e aparente hipotonia com deformidade bulbar (Figura 1). A endoscopia digestiva alta evidenciou conteúdo gástrico ocupado quase completamente por uma massa disforme, tubular, constituída de enovelado de fios de cabelo.

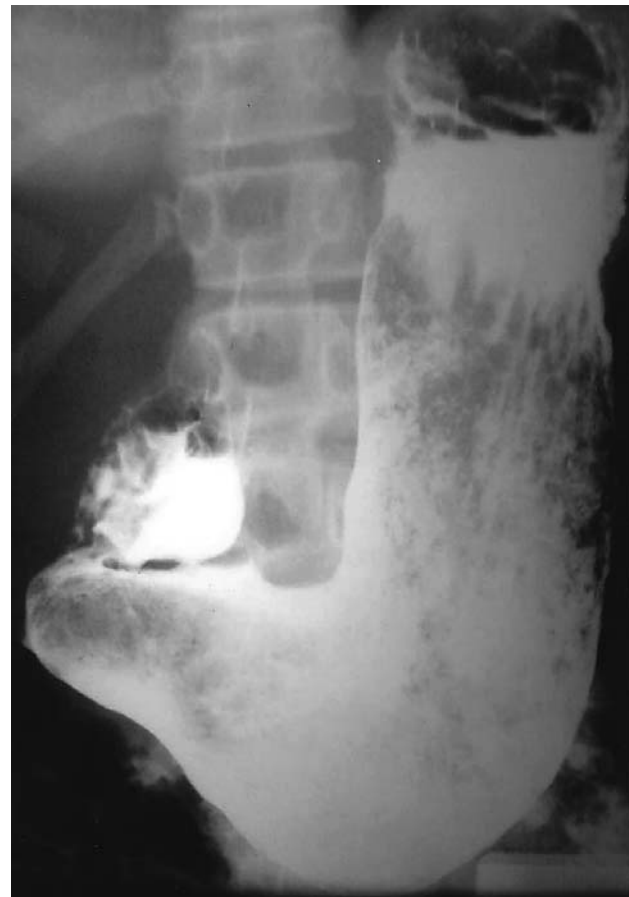


Figura 1 - Imagem do estômago com aparente hipotonia e deformidade bulbar e preenchido por volumosa massa heterogênea

Após avaliação pré-operatória de rotina, a paciente foi submetida à intervenção cirúrgica. Foi realizada laparotomia com acesso mediano supra-umbilical, gastrotomia de aproximadamente 10 cm em parede anterior, paralela à grande curvatura (Figura 2). Seguiu-se extração de volumoso corpo estranho, constituído por massa densa de enovelado de fios de cabelos, que moldava todo o fundo, o corpo e o antro gástrico (Figura 3). Foi feito fechamento em dois planos, com pontos separados. A dieta foi retomada 24 horas após a intervenção, com boa tolerância. A paciente evoluiu bem, sem intercorrências e recebeu alta hospitalar após 48 horas. No ambulatório, foi encaminhada para o serviço de saúde mental.

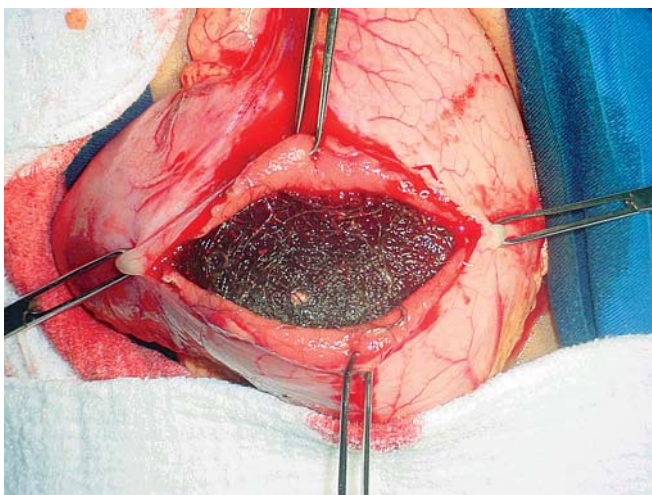


Figura 2 - Abertura do corpo gástrico evidenciando volumosa massa densa de fios escuros enovelados



Figura 3 - Volumoso tricobezoar que moldava todo o estômago

DISCUSSÃO

Originados principalmente da ingestão de cabelos, os tricobezoares geralmente se formam de modo lento e gradual e preferencialmente no estômago. Ocasionalmente se estendem até as porções iniciais do intestino delgado, originando um quadro descrito pela primeira vez em 1968 como “síndrome de Rapunzel”⁷. Acredita-se que o muco gástrico tenha papel importante no processo de desnaturação protéica dos cabelos, conferindo-lhes cor escura, independentemente da sua tonalidade original e facilitando a sua aderência à parede do estômago. Uma vez ingeridos e parcialmente retidos nas paredes da mucosa gástrica, os fios de cabelos evoluem para um processo de entrelaçamento que facilita a retenção de alimentos e aumentam mais ainda o volume da massa intragástrica⁵. Alguns autores sugerem que a tricofagia isoladamente não seria suficiente para desencadear quadro clínico com intensa sintomatologia e apontam que outros fatores poderiam estar envolvidos, tais como o comprimento dos fios de cabelos ingeridos, a quantidade, redução do peristaltismo, alterações próprias da mucosa gástrica e a quantidade de gorduras na dieta².

Na apresentação clínica do tricobezoar, a intensidade dos sintomas está associada ao volume do bezoar, à elasticidade do estômago e ao surgimento de complicações⁵. As queixas mais freqüentemente descritas pela literatura são: dor abdominal, náuseas, vômitos e perda de peso⁴. O exame clínico identifica quase sempre massa abdominal endurecida e área de alopecia mais ou menos extensa^{3,5}.

Todavia, o histórico clínico do tricobezoar nem sempre é característico. Ocasionalmente, o diagnóstico exige habilidade do profissional e alto grau de suspeição. O caso apresentado destaca a importância de se incluírem os bezoares entre os diagnósticos diferenciais de dor abdominal, particularmente em crianças e adolescentes do sexo feminino, inseridas em um contexto sociofamiliar facilitador de conflitos psicológicos. Na história clínica da paciente havia relato de internação na fase inicial dos sintomas de dor cerca de nove meses antes do diagnóstico de tricobezoar. Os autores tiveram acesso ao prontuário e à propedêutica realizada na ocasião. À internação, ela apresentava dor abdominal de forte intensidade e vômitos e o

exame clínico descrito revelava palidez e desidratação, com abdome tenso. Não havia descrição de massas palpáveis.

A propedêutica laboratorial realizada durante a internação mostrava níveis séricos de amilase bastante elevados (500 UI/dl) e a tomografia de abdome mostrava “discreta hepatoesplenomegalia” e “discreto aumento do volume do pâncreas”. Não foi identificada distensão gástrica ou qualquer imagem sugestiva de bezoar no exame tomográfico. É difícil definir se a paciente apresentava-se ou não, na ocasião da internação hospitalar, em uma fase inicial de formação do tricobezoar. Nos estágios iniciais os sintomas não permitem diagnóstico de forma fácil (nem pela clínica, nem pelos exames realizados). É possível, inclusive, que, em fase de formação do tricobezoar, fragmentos de cabelos tenham desencadeado a pancreatite.

Essa situação não é inédita. Shawis *et al.* (1984) descreveram um caso de pancreatite associada a tricobezoar gástrico em uma menina paquistanesa⁸. Atribuíram o fato à irritação e obstrução da ampola de Vater pela cauda do tricobezoar. Também é possível que ela tenha desenvolvido o evento após o episódio de internação, quando sofreu a perda da mãe. Realmente, os familiares somente observaram a “queda de cabelo” a partir dessa ocorrência e a tricotilomania e tricofagia, embora possam estar presentes em adolescentes sem distúrbios mentais, estão geralmente associadas a problemas psicológicos³.

A literatura disponível não apresenta com precisão o tempo de formação dos bezoares. Kanetaka *et al.* (2003) descrevem o caso de um adolescente de 11 anos cuja mãe somente percebera a tricofagia nos últimos quatro meses antecedentes ao diagnóstico e que não apresentava massa abdominal palpável, mas que a propedêutica revelou tratar-se de um volumoso tricobezoar⁹. Spadella *et al.*⁶ referenciam um caso cuja queixa de dor abdominal tinha duração de dois meses apenas e há descrições de tricobezoares volumosos em crianças de apenas três anos de idade¹⁰.

O presente caso foi identificado em uma Unidade Básica do Programa de Saúde da Família. Os autores acreditam que a descrição permitirá a outros profissionais que trabalham com cuidados primários a possibilidade de diagnóstico precoce para situações semelhantes, especialmente porque, após o surgimento das complicações, a mor-

bimortalidade aumenta consideravelmente para a afecção. Salienta-se, ainda, a necessidade de atendimento continuado ao paciente, em particular por um profissional da área da saúde mental, de modo a realizar um atendimento efetivamente integral, evitando-se possíveis recidivas.

REFERÊNCIAS

1. Williams RS. The fascinating history of bezoars. *Aust Med J* 1986; 145: 613-4.
2. Lee J. Bezoars and foreign bodies of the stomach. *Gastrointest Endosc* 1996; 6: 605-19.
3. Velasco-Sanches B, Paredes-Estean RM. Tricobezoar: un problema psicológico. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 383-4.
4. Bollini R, Curci V, Perdoni M, Marti C, Dominguez R, Otero L *et al.* Bezoares. Experiencia em 10 años. *Rev Cir Infant* 2001; 11: 217-21.
5. Parrili JC, Gómez TA, Rincón N, Berrios C. Tricobezoar: Diagnóstico Inusual. Reporte de 3 casos. *GEN* 1995; 49: 157-60.
6. Spadella CT, Saad-Hossne R, Saad LHC. Tricobezoar gástrico: relato de caso e revisão da literatura. *Acta Cir Bras* 1998; 13: 110-5.
7. Vaughan ED, Sawyers JL, Scott, HW. The Rapunzel syndrome. An unusual complication of intestinal bezoar. *Surgery* 1968; 63: 339-43.
8. Shawis RN, Doig CM. Gastric trichobezoar associated with transient pancreatitis. *Arch Dis Child* 1984 Oct; 59(10): 994-5.
9. Kanetaka K, Azuma T, Ito S, Matsuo S, Yamaguchi S, Shirono K, *et al.* Two-channel method for Retrieval of Gastric Trichobezoar: Report of a case. *J Pediatr Surg* 2003; 38:E7.
10. Aguilar-Arauz M, Rodríguez-Gutiérrez F, Hernández-Mena C. Síndrome de Rapunzel. Reporte de un caso. *Acta Méd Costarric* 2003; 45: 80-3.