

Tricobezoar gástrico: relato de caso e revisão

Gastric trichobezoar: case report and review

Aron Rodrigues de Moraes de Oliveira¹, Odil Garrido Campos de Andrade², Danielle Arabi Lopes¹, André Garrido Campos de Andrade³

RESUMO

O tricobezoar gástrico é uma afecção rara e é observada mais frequentemente em pacientes jovens do sexo feminino com distúrbio comportamental. Complicações graves são incomuns e de alta mortalidade sem tratamento. Inicialmente a sintomatologia é inespecífica e insidiosa, dificultando o diagnóstico, o que muitas vezes só é feito através de achado incidental em estudos endoscópicos e radiológicos, ou quando as complicações levam o doente ao atendimento hospitalar. O caso relatado é de um paciente do sexo masculino, sem antecedente psiquiátrico relatado em atendimento inicial, que iniciou quadro de náuseas e vômitos e evoluiu com abdome agudo obstrutivo devido a complicações do tricobezoar gástrico e apresentou boa evolução após abordagem cirúrgica e estabilização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Palavras-chave: Bezoar; Tricobezoar; Abdome agudo.

¹ Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília, Distrito Federal, Brasil.

² Clínica Médica pelo Hospital Universitário de Brasília (HUB), Brasília, Distrito Federal, Brasil.

³ Universidade Católica de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Editor Associado Responsável:

Dr. Claudemiro Quireze Jr.
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.
Goiânia/GO, Brasil.

Autor Correspondente:

Aron Rodrigues de Moraes de Oliveira
Hospital Alvorada, Brasília, Distrito Federal.
E-mail: aronmoraes1@gmail.com

Conflito de Interesse:

Os autores declaram não ter conflitos de interesse.

Comitê de Ética:

Número do Parecer - 5.888.651
(CAAE: 65673822.0.0000.5553)

Fontes apoiadoras:

Não houve fontes apoiadoras.

Recebido em: 21 Janeiro 2024.

Aprovado em: 3 Março 2024.

Data de Publicação: 19 Novembro 2024.

DOI: 10.5935/2238-3182.2024e34406

ABSTRACT

Gastric trichobezoar is a rare condition and is more frequently observed in young female patients with behavioral disorders. Severe complications are uncommon but carry a high mortality rate if left untreated. Initially, the symptoms are nonspecific and insidious, making diagnosis challenging, often only being identified incidentally in endoscopic and radiological studies or when complications require hospitalization. The reported case is of a male patient with no reported psychiatric history, who presented initially with nausea and vomiting, progressing to an acute obstructive abdomen due to complications of gastric trichobezoar. The patient showed good recovery following surgical intervention and stabilization in the Intensive Care Unit.

Keywords: Bezoar; Trichobezoar; Acute abdomen.

INTRODUÇÃO

O sistema digestório humano, apesar de complexo, não é capaz de digerir algumas substâncias. Essas substâncias não digeridas podem se acumular no trato gastrointestinal, formando corpos estranhos chamados bezoares gástricos¹.

A classificação desses compostos depende da substância que os forma, sendo denominados fitobezoares os compostos de matéria vegetal, farmacobezoares compostos de medicamentos, enquanto os tricobezoares consistem em emaranhados de cabelo². A incidência de bezoar é considerada rara. Provavelmente os casos relatados em literatura não refletem a real incidência dessa condição, variando entre 0,068% a 4,8%³. A maioria dos pacientes com tricobezoar são mulheres jovens, na faixa dos 20 anos, com algum distúrbio psiquiátrico, como tricotilomania (distúrbio caracterizado por arrancar fios de cabelo) e tricofagia (transtorno em que o paciente ingere fios do seu próprio cabelo)^{1,4}.

Apesar da baixa incidência dos tricobezoares, a taxa de mortalidade pode chegar a 30% sem tratamento, com maior probabilidade de ser por hemorragia gastrointestinal ou abdome agudo perfurativo⁵.

Sua formação não necessariamente está relacionada à disfunção ou velocidade de esvaziamento gástrico. E, após formado, seu crescimento ocorre com o acúmulo de alimentos, o que facilita a colonização bacteriana³.

O achado é, muitas vezes, incidental no exame de imagem, uma vez que o quadro pode ser subclínico por anos. Quando existem, seus sintomas aparecem subitamente e são pouco específicos, como dor abdominal, náuseas, vômitos, sensação de plenitude gástrica, anorexia, perda de peso. O quadro clínico pode evoluir para hemorragia digestiva se úlcera péptica concomitante ou necrose tecidual devido ao aumento da pressão local, sendo mais comuns em pacientes com abordagem cirúrgica abdominal prévia⁶. Mais raramente pode complicar com abdome agudo obstrutivo,

perfuração gastrointestinal, peritonite, pancreatite e intussuscepção intestinal⁷.

Como uma das complicações, pode ocorrer obstrução intestinal a qual é classificada quanto ao nível de obstrução (delgado ou cólon), grau de obstrução (completa ou incompleta) e comprometimento da circulação sanguínea na parede do órgão. Devido à obstrução, o tratamento é cirúrgico, visando à desobstrução. O método cirúrgico instituído varia de acordo com a gravidade. Cirurgias conservadoras são reservadas a casos de abdome agudo sem sofrimento vascular, como a cirurgia videolaparoscópica^{8,9}.

O tratamento é instituído de acordo com a gravidade do quadro¹⁰. Em casos complicados, o tratamento cirúrgico com laparotomia e retirada manual é o método de escolha. Quando há sintomas leves, há o método de dissolução química, que, se não responder ou se houver sintomas moderados a graves devido à extensão do bezoar, utiliza-se a via endoscópica para fragmentar e retirar o corpo estranho¹¹.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 16 anos, buscou o pronto-socorro (PS) acompanhado da mãe devido a quadro de diarreia sem muco ou sangue associado a náuseas e vômitos há 3 dias. Em primeira avaliação, não apresentava alteração de sinais vitais e mantinha a ingestão hídrica de forma habitual, sendo então liberado ao segmento domiciliar sob orientações.

O quadro diarreico cessou. No entanto houve piora progressiva do quadro de náuseas e vômitos, paciente evoluiu com piora do estado geral, sonolência, queda da própria altura, mas sem perda do nível de consciência e um episódio de vômito com cabelo um dia antes de retornar ao PS.

Foi admitido novamente no PS, 8 dias após ao início do quadro. Apresentava em grave estado geral, sonolento, Glasgow 14, glicemia capilar 51mg/dl, saturação periférica 72%, desidratado +++/4+, taquipneico com frequência respiratória de 28 insuflações por minuto sem sinais de

esforço respiratório, frequência cardíaca de 132 batimentos por minuto, abdome plano com ruídos hidroaéreos reduzidos, dor à palpação profunda em epigástrio sem sinais de irritação peritoneal.

Devido ao quadro de taquipneia e hipotensão, foi aberto protocolo de sepse, sendo realizado o esquema com antibiótico na primeira hora com ceftriaxona e metronidazol, com coleta de hemocultura e urocultura antes da administração da antibioticoterapia, instalado oxigenioterapia por via de cateter nasal, coletado exames laboratoriais e seguido com monitorização em leito de emergência.

Durante observação, evoluiu com piora do estado geral, vômito persistente e hipotensão (75x52mmHg), sendo necessário iniciar noradrenalina para alcançar estabilização hemodinâmica.

Paciente apresentou melhora do nível de consciência e não queixou de dor abdominal. Reavaliado o exame físico, permanecendo com abdome sem sinais de irritação peritoneal.

Na revisão de histórico patológico prévio, mãe relatou que o paciente realizou acompanhamento psicológico na infância devido à tricofagia dos 5 aos 8 anos de idade. Mas sem quadros anteriores de obstrução intestinal.



Figura 1. Tomografia de abdome com imagem sugestiva de tricobezoar gástrico com obstrução intestinal.

Fonte: Repositório próprio do autor.

Após estabilização inicial, realizou tomografia de crânio, tórax e abdome, seguido do direcionamento ao leito de UTI. A tomografia de abdome (Figura 1) evidenciou material sugestivo de tricobezoar em estômago e no jejuno, determinando obstrução intestinal. Para realizar o diagnóstico foi indicada a realização da endoscopia digestiva alta (EDA).

No mesmo dia da admissão, foi submetido à EDA para decompressão gástrica com aspiração de 2000ml de estase com odor fecaloide no esôfago, sem possibilidade de entrada no estômago. Sendo necessária a realização de laparotomia exploradora para desobstrução que evidenciou tricobezoar que ocupava toda câmara gástrica com obstrução por segundo tricobezoar após 30 centímetros do ângulo de Treitz (Figura 2), alças de aspecto avermelhado e edemaciado com sufusão hemorrágica.

Optado por enterotomia e retirada de tricobezoar de 10 centímetros, abertura gástrica de 15 centímetros em sentido das fibras longitudinais com retirada de tricobezoar já em formato do órgão, medindo 20 centímetros aproximadamente. Após o procedimento cirúrgico, foi



Figura 2. Tricobezoaes retirados.

Fonte: Repositório próprio do autor.

readmitido na UTI respirando sob tubo orotraqueal em ventilação mecânica.

Seguiu com desmame ventilatório e extubação em 24 horas sem intercorrências. Realizou desmame de droga vasoativa tolerando sua retirada após 48 horas do início. A nutrição por via parenteral exclusiva iniciou após o desmame completo da noradrenalina. Foi iniciada dieta por dupla via com introdução da via oral 5 dias após o início da dieta parenteral, finalizado esquema antimicrobiano após 7 dias de administração, retirada nutrição parenteral após 24 horas do início da dieta oral, mantendo via oral exclusiva.

Paciente recebeu alta da UTI após melhora clínica, com seguimento em enfermaria, onde foi avaliado pela equipe de psiquiatria, que iniciou risperidona. Recebeu alta hospitalar 16 dias após sua admissão com seguimento ambulatorial com equipe de gastroenterologia e psiquiatria.

DISCUSSÃO

Bezoar é a impactação de material estranho tratado gastrointestinal (TGI), originado a partir da ingestão de diversas substâncias. O tricobezoar é a segunda variante mais comum dessa afecção¹²⁻¹⁷.

O primeiro relato de tricobezoar em humanos foi através de um achado incidental em uma necrópsia no ano de 1779 descrito por Baudamant, e a primeira cirurgia descrita de retirada de um tricobezoar foi no ano de 1883 pelo cirurgião Schonborn^{1,18,19}.

O tricobezoar é formado a partir da tricofagia, hábito de ingerir cabelo, que por vezes é acompanhado da tricotilomania, caracterizada pela compulsão de arrancar fios de cabelo^{20,21}.

Apesar de a primeira descrição da tricotilomania ser no ano de 1889, suas complicações receberam maior reconhecimento apenas no final do século XX, após ser classificada como um transtorno comportamental no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais^{22,23}.

A tricofagia ocorre em maior frequência na adolescência, mas não é exclusiva dessa faixa etária, podendo ocorrer em qualquer idade, além de possuir maior prevalência no sexo feminino e rara em homens jovens^{24,25}.

Suas complicações são diversas e geralmente associadas a outras comorbidades psiquiátricas como: depressão, transtornos de humor, fobia social ou transtornos ansiosos. Por vezes, o diagnóstico é feito na sala de emergência, devido a complicações por tricobezoar.²⁶

Segundo Zeraatian (2015)²⁷, tricobezoar gástrico é raro e o sucesso do tratamento depende do diagnóstico precoce e reconhecimento de complicações, como a obstrução intestinal, sua forma de apresentação mais comum. Em estágios iniciais, o tricobezoar confinado ao estômago gera pouco ou nenhum sintoma e são suspeitados quando há sintomas dispépticos (epigastralgia, náuseas e vômitos) associados ao antecedente conhecido de tricotilomania. Com o crescimento do tricobezoar, parte da calda distal pode se fragmentar, migrar e impactar o intestino delgado, causando sua obstrução^{28,29}.

Quando não reconhecidos, o hábito mantido de ingerir cabelo faz com que o tricobezoar aumente de peso e tamanho. Isso aumenta o risco de complicações graves, como úlcera gástrica, hemorragia digestiva, obstrução e perfuração no trato gastrointestinal, expondo o paciente a alto risco de óbito caso não seja identificado²⁹⁻³¹.

A endoscopia digestiva alta (EDA) é o exame de escolha para o diagnóstico de bezoar gástrico devido à sua capacidade de visualizar e identificar o componente do corpo estranho e, em casos selecionados, instalar medidas de tratamento através da fragmentação mecânica e retirada do corpo estranho ou administração direta de enzimas líticas que possam dissolver o componente identificado^{1,4,19}.

Quando optado pelo tratamento conservador, o sucesso dependerá do tamanho e tempo de formação do tricobezoar. Na maior parte dos casos, o tratamento menos invasivo com EDA é inviável devido ao tamanho e rigidez do corpo estranho²⁹.

Para tricobezoaes volumosos e associados a complicações, a abordagem cirúrgica via gastrostomia ou enterotomia é o método de eleição. A depender das complicações, pode ser necessária a ressecção do intestino no local afetado. Após a retirada do corpo estranho, o tratamento busca evitar a recidiva do quadro através de abordagem multidisciplinar com equipes de psiquiatria, psicologia e gastroenterologia^{7,14,19,20}.

A cirurgia laparoscópica, também conhecida como cirurgia minimamente invasiva, é um método inovador de abordagem cirúrgica que utiliza pequenas incisões e câmeras para realizar procedimentos internos. Essa técnica oferece diversas vantagens em comparação com as abordagens tradicionais, como a cirurgia aberta. O procedimento é realizado através de pequenas incisões, o que reduz significativamente o trauma nos tecidos. Os pacientes submetidos a cirurgias laparoscópicas muitas vezes experimentam uma recuperação mais rápida com menos dor pós-operatória e cicatrizes menores. A visualização clara proporcionada pelas câmeras minimiza o risco de hemorragias. Embora a cirurgia laparoscópica seja considerada uma abordagem minimamente invasiva com várias vantagens, existem algumas situações em que ela pode ser contraindicada ou apresentar riscos específicos. Em situações de abdome agudo obstrutivo com sofrimento vascular e comprometimento hemodinâmico, a cirurgia laparoscópica pode não ser a melhor escolha devido à necessidade de uma avaliação e intervenção rápidas, bem como à complexidade do manuseio de complicações vasculares. A decisão entre abordagens cirúrgicas deve ser feita com base na avaliação clínica específica de cada paciente, considerando a gravidade da condição e os riscos associados a cada procedimento^{8,9}.

O caso relatado trata-se de um paciente do sexo masculino, em que os familiares não informaram na emergência o histórico prévio de tricofagia, o qual nunca fora tratado. O quadro inicial de obstrução intestinal parcial é passível de confundimento, diarreia associada a vômitos é uma queixa comum no pronto-socorro. Quando não há alteração de sinal vital e o paciente consegue se hidratar,

possui conduta expectante com sintomáticos e medidas de hidratação. Gastroenterite não invasiva e intoxicação alimentar são quadros comuns de apresentação semelhante, não levando à investigação mais aprofundada em casos leves. Tendo em vista que o paciente se apresentava estável na primeira ida ao departamento de emergência, não foram realizados exames de imagem.

No retorno ao departamento de emergência, apresentou quadro grave e evoluiu com abdome agudo perfurativo associado a choque séptico e distúrbio hidroeletrólítico, complicações graves de alta morbimortalidade e mau prognóstico. O quadro associa duas situações graves com alta chance de desfecho desfavorável caso não seja identificado e tratado a tempo. O quadro abdominal se intensificou e evoluiu com comprometimento sistêmico, sendo assim houve necessidade de avaliação do abdome através da TC. Na emergência, exames de imagem auxiliam no diagnóstico de patologias abdominais, sendo indicados para paciente com queixa de dor abdominal, alteração do hábito intestinal, náuseas e vômitos.

Após diagnóstico estabelecido, necessitou de abordagem cirúrgica de urgência, ventilação mecânica e droga vasoativa para estabilização clínica. O quadro evoluiu de forma satisfatória às medidas instituídas e houve alta hospitalar 16 dias após a admissão, sem apresentar qualquer sequela.

CONCLUSÃO

Entender mais sobre o tricobezoar ajuda os profissionais de saúde a lidarem com esses pacientes da melhor forma e a identificar a condição em estágio precoce, reduzindo a incidência de complicações graves que possuem alta morbimortalidade se não identificadas^{29,30,32,33}.

O tricobezoar gástrico deve estar no leque de diagnósticos diferenciais ao se deparar com paciente apresentando queixas relacionadas ao trato gastrointestinal associado a antecedente de alteração psiquiátrica.

A observação da associação entre tricobezoar gástrico e alterações comportamentais valoriza a necessidade da abordagem multidisciplinar para conter agravamentos e prevenir recorrências, reforçando o cuidado psiquiátrico e psicológico que deve ser instituído. Ressalta-se que o paciente deve ser avaliado de maneira integral e individualizada, considerando seus aspectos biopsicossociais.

Foram respeitadas as prerrogativas éticas de pesquisas com seres humanos que constam na Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde. O participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com autorização de cessão de imagens.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceptualização, Investigação, Metodologia, Visualização & Escrita – análise e edição: Aron Rodrigues de Moraes de Oliveira. *Administração do Projeto, Supervisão & Escrita – rascunho original:* Odil Garrido Campos de Andrade; André Garrido Campos de Andrade; Danielle Arabi Lopes.

COPYRIGHT

Copyright© 2023 Oliveira et al. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença *Creative Commons* Atribuição 4.0 Licença Internacional que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

REFERÊNCIAS

1. Isberner RK, Couto CAS, Scolaro BL, Pereira GB, Oliveira R. Tricobezoar gástrico gigante: relato de caso e revisão da literatura. *Radiol Bras*. 2010;43(1):63-5.
2. Ruiz HD, Palermo M, Ritondale O, Pest E, Pest P, Villafañe V, et al. Tricobezoes gastroduodenales: una causa poco frecuente de obstrucción del tracto de salida. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2005;35(1):24-7.
3. Pires HFM, Santos AR, Furtado WS. Tricobezoar gástrico: relato de 3 casos clínicos. *Braz J Develop*. 2020;6(12):97403-14.
4. Ibuowo AA, Saad A, Okonkwo T. Giant gastric trichobezoar in a young female. *Int J Surg*. 2008;6(6):e4-6.
5. Phillips MR, Zaheer S, Drugas GT. Gastric trichobezoar: case report and literature review. *Mayo Clin Proc*. 1998;73(7):653-6.
6. Tapia SB, Paravicini LJ, Tapia AET. Tricobezoar gástrico y gastroduodenal en pediatría. Reporte de 2 casos e implicaciones quirúrgicas. *Rev Fac Med UNAM*. 2022;65(4):24-9.
7. Contreras-Parada L, Figueroa-Quinónez J, Rueda-Mendoza S. Presentación de un caso de tricobezoar en el Hospital Erasmo Meoz de la ciudad de San José de Cúcuta (Colombia). *Salud Uninorte*. 2004;18:46-50.
8. Vidal MAN. Obstrução intestinal: causas e condutas. *Rev Bras Coloproctol*. 2005;25(4):332-8.
9. Pinotti HW, Cecconello I, Rodrigues JJG, Gama AH, Machadi MCC, Saad WA, et al. Obstrução Intestinal. *Tratado de Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo*. Vol. 2. São Paulo: Ed. Atheneu; 2017.
10. Iwamuro M, Okada H, Matsueda K, Inaba T, Kusumoto C, Imagawa A, et al. Review of the diagnosis and management of gastrointestinal bezoars. *World J Gastrointest Endosc*. 2015;7(4):336-45.
11. Mao Y, Qiu H, Liu Q, Lu Z, Fan K, Huang Y, et al. Endoscopic lithotripsy for gastric bezoars by Nd: YAG laser-ignited mini-explosive technique. *Lasers Med Sci*. 2014;29(3):1237-40.
12. Shah D, Desai AB. Isolated ileal bezoar causing small bowel obstruction. *BMJ Case Rep*. 2012;2012:bcr0120125656, 2012.
13. Hussain A, Geddoa E, Abood M, Alazzawy MT. Trichobezoar causing small-bowel obstruction. *South African Med J*. 2007;97(5):343-4.
14. Barbosa AL, Bromberg SH, Amorim FC, Gonçalves JE, Godoy AC. Obstrução intestinal por tricobezoar: relato de caso e revisão da literatura. *Rev Bras Coloproctol*. 1998;18(3):190-3.
15. Faria AP, Silva IZ, Santos A, Avilla SGA, Silveira AE. Síndrome de Rapunzel-relato de caso: tricobezoar como causa de perfuração intestinal. *J Pediatr (Rio J)*. 2000;76(1):83-6.

16. Gonuguntla V, Joshi D-D. Rapunzel syndrome: a comprehensive review of an unusual case of trichobezoar. *Clin Med Res*. 2009;7(3):99-102.
17. Jatal SN, Jamadar NP, Jadhav B, Siddiqui S, Ingle SB. Extremely unusual case of gastrointestinal trichobezoar. *World J Clin Cases*. 2015;3(5):466-9.
18. Spadella CT, Saad-Hossne R, Saad LHC. Tricobezoar gástrico: relato de caso e revisão da literatura. *Acta Cir Bras*. 1998;13(2):110-5.
19. Silveira HJV, Coelho-Junior JA, Gestic MA, Chaim EA, Andreollo NA. Tricobezoar gigante: relato de caso e revisão da literatura. *ABCD. Arq Bras Cir Dig*. 2012;25(2):135-6.
20. Lima MCP, Trench ÉV, Rodrigues LL, Dantas LAS, Lovadini GB, Torres AR. Tricotilomania: dificuldades diagnósticas e relato de dois casos. *Rev Paul Pediatr*. 2010;28(1):104-8.
21. Salaam K, Carr J, Greal H, Sholevar E, Baron D. Untreated trichotillomania and trichophagia: surgical emergency in a teenage girl. *Psychosomatics*. 2005;46(4):362-6.
22. Czerwińska K, Bekiesińska-Figatowska M, Brzewski M, Gogolewski M, Wolski M. Trichobezoar, rapunzel syndrome, tricho-plaster bezoar—a report of three cases. *Pol J Radiol*. 2015;80:241-6.
23. Duke DC, Keeley ML, Geffken GR, Storch EA. Trichotillomania: a current review. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(2):181-93.
24. Coelho JCU. *Aparelho digestivo: clínica e cirurgia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2006.
25. Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE. Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *J Clin Psychiatry*. 1991;52(10):415-7.
26. Cisoń H, Kus A, Popowicz E, Szyca M, Reich A. Trichotillomania and trichophagia: modern diagnostic and therapeutic methods. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2018;8(3):389-98.
27. Zeraatian S, Ameri S, Tabesh H, Kamalzadeh N. Uncommon presentation of gastric trichobezoar: A case report. *Iran J Public Health*. 2015;44(7):1008-11.
28. Palanivelu C, Rangarajan M, Senthilkumar R, Madankumar MV. Trichobezoars in the stomach and ileum and their laparoscopy-assisted removal: a bizarre case. *Singapore Med J*. 2007;48(2):e37-9.
29. Gorter RR, Kneepkens CMF, Mattens ECJL, Aronson DC, Heij HA. Management of trichobezoar: case report and literature review. *Pediatr Surg Int*. 2010;26(5):457-63.
30. Avissar E, Goldberg M, Lernau O. Bezoar-induced ulceration and perforation of the upper gastrointestinal tract in mentally retarded patients. *Pediatr Surg Int*. 1994;9(4):279-80.
31. Wadlington WB, Rose M, Holcomb Jr GW. Complications of trichobezoars: a 30-year experience. *South Med J*. 1992;85(10):1020-2.
32. Gayer G, Jonas T, Apter S, Zissin R, Katz M, Katz R, et al. Bezoars in the stomach and small bowel - CT appearance. *Clin Radiol*. 1999;54(4):228-32.
33. Barros EMMAH, Caldeira AP, Gomes CHR, Jorge ASB. Tricobezoar gástrico: relato de um caso. *Rev Med Minas Gerais*. 2007;17(1/2):60-3.

