

TRICOBEOZAR COMPLICADO COM RETROPNEUMOPERITONEO: RELATO DE CASO¹

TRICHOBEZOAR COMPLICATED WITH RETROPNEUMOPERITONEUM: CASE REPORT

Germana Lima de VASCONCELOS² e José Acúrcio Gomes Cavaleiro de MACEDO³

RESUMO

Objetivo: relatar o caso de uma criança que se apresentou com quadro clínico de dor abdominal a esclarecer e chamar a atenção para a possibilidade do diagnóstico precoce de bezoar. **Relato de caso:** criança, 09 anos, com quadro de dor epigástrica intensa e massa palpável no abdome. Foi submetida a exames complementares que levantaram a possibilidade de semi-oclusão e corpo estranho. Submetida à laparotomia exploradora para retirada de tricobezoar gastro-duodenal; evoluiu sem intercorrências e teve alta para acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** fica evidente a importância do diagnóstico precoce de bezoar, face às complicações que podem advir desta condição, e da abordagem multidisciplinar, para o completo restabelecimento do paciente.

DESCRITORES: bezoar, tricobezoar, retropneumoperitônio, laparotomia.

INTRODUÇÃO

A ingestão de substâncias incomuns, não digeríveis pelo trato gastrointestinal, leva ao seu acúmulo e formação espontânea de corpos estranhos, sendo genericamente chamados de bezoares^{1,2,3}.

Esses podem ser formados pelos mais diversos tipos de substâncias, sendo os mais comuns os fitobezoares, que contêm fibras ou sementes vegetais, e os tricobezoares compostos por cabelos ou pêlos. Outras substâncias também são descritas na literatura: lactobezoares (leite e fórmulas lácteas), litobezoares (cimento, areia e pedras), siderobezoar (objetos metálicos)^{4,5}.

Os primeiros relatos de bezoares são de períodos antes da era cristã, onde eram frequentemente encontrados nas vias digestivas de ruminantes, sendo envoltos em um misticismo característico da época^{3,6}.

Atualmente, sabe-se de sua importância clínica por ocasionarem várias complicações gastrointestinais: obstruções, intussuscepções, perfurações, sangramentos, icterícia obstrutiva, entre outros^{2,7}.

OBJETIVO

Relatar o caso de uma criança que se apresentou com quadro de dor epigástrica a esclarecer e chamar a atenção para a possibilidade do diagnóstico de bezoar, face às complicações que podem advir desta condição.

RELATO DE CASO

ASC, 09 anos, feminino, admitida na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará com queixa de dor epigástrica intensa, associada a episódios de vômitos.

Ao exame físico apresentava-se com comprometimento do estado geral, palidez cutâneo-mucosa, desidratação, abdome distendido e doloroso à palpação superficial e profunda, com massa de consistência endurecida no hipogástrio e hipocôndrio direito.

Foi submetida a exames complementares, que evidenciaram:

- Ultrassonografia abdominal total: pequena quantidade de líquido livre intra-abdominal, com formação ecogênica intra-alças, associado a acentuação do peristaltismo intestinal (semi-oclusão?).
- Seriografia esôfago-estômago-duodeno: acentuada falha de enchimento ao nível do corpo e antro-piloro, com extensão para duodeno (corpo estranho?).

¹ Trabalho realizado na Fundação Santa casa de Misericórdia do Pará, Belém, Pará, Brasil.

² Medica residente do 3º ano de Radiologia e Diagnóstico por Imagem da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

³ Médico Radiologista da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, professor da Universidade Estadual do Pará (UEPA)

- Tomografia computadorizada do abdome: espessamento difuso e concêntrico, das paredes do duodeno, associado a conteúdo gástrico heterogêneo e retropneumoperitônio.

Realizou-se laparotomia exploradora para retirada de tricobezoar gastro-duodenal, com gastro e duodenorrafia.

Paciente evoluiu bem na enfermaria recebendo alta hospitalar no 8º dia pós-operatório, sendo encaminhada aos ambulatórios de pediatria e psicologia da instituição.



Figura 1: Seriografia esôfago-estômago-duodeno (SEED), que evidencia falha de enchimento ao nível do corpo e antro-píloro, com extensão para duodeno.

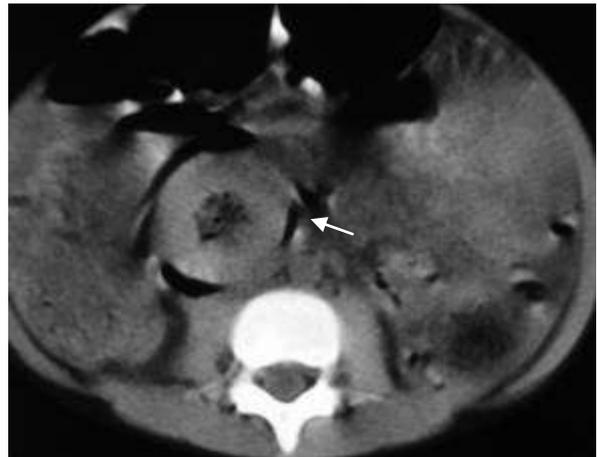


Figura 2: Tomografia computadorizada do abdome mostra espessamento difuso e concêntrico das paredes duodenais, com retropneumoperitônio (seta).



Figura 3: retirada de peça cirúrgica, mostrando tricobezoar gastro-duodenal.

DISCUSSÃO

A palavra bezoar deriva do árabe *badzeh* ou do persa *padzahn*, significando antídoto. Os primeiros relatos são do século 12 AC, porém coube a Baudamant, em 1779, a primeira descrição como achado ocasional na necropsia de um paciente portador de tricobezoar^{1,3,8}.

Os fitobezoes são o tipo mais encontrado, ocorrendo frequentemente em mulheres com menos de 20 anos, sendo que mais de 90% são observados em crianças e adolescentes, com perfil psicológico marcado por transtornos mentais e distúrbios do comportamento^{5,9,10}.

A formação do corpo estranho se dá a partir da ingestão de cabelos ou pêlos do próprio paciente, que se acumulam nas dobras da mucosa gástrica, misturando-se com muco². A partir daí, o

bolo alimentar, mistura-se com a formação de pêlos, levando ao aumento do corpo estranho, que adquire gradativamente o formato do tubo digestivo e ocupa todo o seu espaço^{3,4,11}.

O aumento progressivo do bezoar gástrico pode levar à expansão, por continuidade, através do intestino delgado, dando origem à rara síndrome de Rapunzel, descrita em 1968 por Vaughan e col, e estando relacionado ao aparecimento de complicações, como perfuração, sangramento e obstrução, que ocorrem na medida em que o peristaltismo intestinal leva a aumento na pressão exercida sob a parede intestinal, que se torna fragilizada, ficando susceptível a tais alterações^{4,7}.

A apresentação clínica é inespecífica e insidiosa, com aumento gradual da sintomatologia de acordo com a evolução do quadro¹. Suas manifestações têm íntima relação com a localização, tamanho e complicações associadas. Dessa forma, podem causar anorexia, dor abdominal, náuseas, vômitos, perda de peso, plenitude pós-prandial e sintomas relacionados à suboclusão ou má-absorção intestinais, como constipação e diarreia^{5,7}.

Ao exame clínico, massa palpável, de consistência endurecida no epigástrico é o achado mais comum. Associa-se ao quadro, palidez cutâneo-mucosa e alopecia focal^{1,4}.

Com relação aos exames para auxílio diagnóstico, a ultrassonografia abdominal e a seriografia contrastada esôfago-estômago-duodeno são de grande valia e estabelecem o

diagnóstico, muito embora possam falhar na determinação da origem do bezoar^{5,8}. A presença de formação heterogênea, de localização epigástrica, apresentando falha de enchimento após administração de contraste via oral na seriografia é a regra. A tomografia computadorizada encontra-se reservada para esclarecimento de possíveis complicações³.

O tratamento dos bezoares pode ser conservador ou cirúrgico. O primeiro consiste em retirar o corpo estranho por fragmentação endoscópica. No que tange à intervenção cirúrgica, a gastrostomia com a extração do bezoar é o tratamento de eleição.

Porém, deve-se salientar a associação do acompanhamento psicológico, através da realização de psicoterapia, para uma melhor abordagem do fator causador, a tricofagia, e assim determinar uma melhor qualidade de vida e prevenção de possíveis recidivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica evidente a importância do diagnóstico precoce de bezoar, face às complicações que podem advir a partir desta condição, e da abordagem multidisciplinar, para o completo restabelecimento do paciente, diminuindo o índice de recidivas do quadro.

SUMMARY

TRICHOBEZOAR COMPLICATED WITH RETROPNEUMOPERITONEUM: A CASE REPORT

Germana Lima de VASCONCELOS e José Acúrcio Gomes Cavaleiro de MACEDO

Objective: report a case of a child who presented clinical symptoms of abdominal pain, and draw attention to the possibility of early diagnosis of bezoar. **Case report:** child, 09 years, with signs of severe epigastric pain and palpable mass in the abdomen. Underwent additional tests that raised the possibility of semi-occlusion and foreign body. Subjected to laparotomy for removal of gastro-duodenal trichobezoar, progressed uneventfully and was discharged for outpatient monitoring. **Conclusion:** It is clearly the importance of early diagnosis of bezoar, given the complications that may arise from this condition, and the multidisciplinary approach to the patient full recovery.

KEY WORDS: bezoar, trichobezoar, retropneumoperitoneum, laparotomy.

REFERÊNCIAS

1. Faria, AP; Silva, IZ; Santos, A; Avilla, SGA; Silveira, AE. Síndrome de Rapunzel – relato de caso: tricobezoar como causa de perfuração intestinal. *J. Pediatr.* 2000; 76(1):83-6.
2. Francischi, FB; Espada, PC; Gonçalves, AC; Costa, CD; Fróes, AM; Yagi, RK. Obstrução intestinal e tricobezoar: relato de caso recidivante. *Arq. Ciênc. Saúde.* 2008; 15(2):90-2.
3. Lahan, AY; Teles, HP; Martinez, CAR; Priolli, DG; Waisberg, J. Siderobezoar gástrico em doente psiquiátrico. *Arq. Med.* 2004; 29(1):63-6.
4. Spadella, CT; Saad-Hossne, R; Saad, LHC. Tricobezoar gástrico: relato de caso e revisão da literatura. *Acta. Cir. Bras.* 1998; 13(2).
5. Dimatos, SC; Souza, JÁ; Dimatos, OC; Araújo, EJ; Dimatos, DC; Pereima, MJL. Tricobezoar na infância: relato de três casos e revisão da literatura. *Arq. Catarin. Med.* 2009; 38(2).
6. Khattala, K; Boujraf, S; Rami, M; Elmadi, A; Afifi, A; Sbai, H; Harandou, M; Bouabdallah, Y. Trichobezoar with small bowel obstruction in children: two cases report. *Afr. J. Ped. Surg.* 2008; 5(1): 48-51.
7. Anzieta, J; Felmer, O; Gabrielli, M; Venturelli, F; Sánchez, G; Torrijos, C. Obstrucción intestinal causada por tricobezoar: síndrome de rapunzel. *Rev. méd. Chile.* 2008; 136(8).
8. Ramos, R; Herrera, M; Hervias, D; Duarte, P; Vicente, C; Casteleiro, C. Oclusão intestinal por bezoar resolvida com coca-cola®. *J. Port. Gastreterol.* 2007; 14:153-4.
9. Köbrich, S; Larraín, A; Lembach, H; Leslie, A; Millán, F; Rostion, CG. Síndrome de retención gástrica por tricobezoar: reporte de caso clínico. *Rev. Ped. Elec. [en línea].* 2006; 3(1).
10. Jesus, LE; Novelli, RJM. Tricobezoares. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2005; 32(3).
11. Bartolomucci, AC; Marotta, A; Santos, EM. Tricobezoar gastro-duodeno-jejunal: abordagem videolaparoscópica. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2004; 31(3).
12. Pace, AM; Fearn, C. Trichobezoar in a 13 year old male: a case report and review of literature. *Malta Medical Journal.* 2003; 15(1).

Endereço para correspondência:

Germana Lima de Vasconcelos

Rua Gilberto Studart 1540 ap. 902 – Cocó – CEP: 60.192-095 – Fortaleza-Ceará

Telefone: (91) 8207.4218 / (85) 8808.1030 / (85) 9938.1086

e-mail: germanavasconcelos@yahoo.com.br

germanavasconcelos79@hotmail.com

Recebido em 11.01.2011 – Aprovado em 23.03.2012