

METALOBEOZOAR INTESTINAL: RELATO DE CASO¹

METALOBEOZOAR BOWEL: CASE REPORT

Márcia Lorena Ferreira de ANDRADE², Prisco de Paiva Bezerra SEGUNDO³, Thiago Afonso Carvalho Celestino TEIXEIRA⁴ e Rosemary Ferreira de ANDRADE⁵

RESUMO

Objetivo: relatar um caso de metalobezoar intestinal. **Relato de caso:** paciente de 18 anos atendido no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Emergências de Macapá-AP, com quadro de dor abdominal, vômitos e febre. Radiografia simples de abdome apresentando imagem radiopaca em quadrante inferior direito. **Considerações Finais:** confirmado diagnóstico de metalobezoar após abordagem cirúrgica por laparotomia exploratória, salientando a necessidade de, diante de um abdome agudo inflamatório, sempre ter em mente as causas comuns de sua ocorrência, mas também orientar a propedêutica e o diagnóstico diferencial para causas incomuns.

DESCRITORES: bezoar, abdome agudo, metalobezoar.

INTRODUÇÃO

Antes da era Cristã, os bezoares eram considerados antídotos e talismãs que curavam ou protegiam quem os possuía.¹ Atualmente sabe-se que são formados devido a ingestão de substâncias não digeríveis, ficando acumuladas no estômago e/ou intestino delgado, podendo evoluir para complicações.² Os fitobezoares (formados por fibras ou sementes vegetais) e os tricobezoares (compostos de cabelos ou pêlos) são os tipos mais comuns. No entanto, outras substâncias também podem ser encontradas como fibras de tapete, lã, plástico, areia, pedras e metais, conhecidos como metalobezoares.³

As descrições na literatura de bezoares formados exclusivamente por objetos metálicos são raras.⁴ O quadro clínico dos casos são geralmente inespecíficos e podem evoluir para complicações antes mesmo de diagnosticados, aumentando a morbidade. Por serem raras as descrições de metalobezoares, objetiva-se neste artigo atentar clínicos e cirurgiões para esta suspeita

diagnóstica, por vezes pouco lembrada no cotidiano.

OBJETIVO

Relatar um caso de metalobezoar intestinal.

MÉTODO

Os dados contidos no caso clínico foram obtidos através de entrevista, registro fotográfico e revisão do prontuário, após autorização prévia do paciente.

RELATO DE CASO

Anamnese

Paciente do gênero masculino, 18 anos, procedente de Macapá (AP) procurou o pronto atendimento do Hospital de Emergência com queixa de dor abdominal em região epigástrica, vômitos, febre, eliminação de fezes presentes. Refere que a dor abdominal iniciou há 3 dias e

¹ CeTrabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Emergência em Macapá-AP.

² Residente de Cirurgia Geral da Universidade Federal do Amapá (Unifap).

³ Cirurgião Geral e preceptor da Residência Médica de Cirurgia Geral no Hospital de Emergências Macapá-AP.

⁴ Professor do Curso de Medicina na Unifap e médico preceptor da Residência Médica de Cirurgia Geral da Unifap.

⁵ Doutora em Ciências da área de Desenvolvimento Socio-ambiental e Professora do Curso de Enfermagem da Unifap.

melhorava após episódios de vômitos e uso de analgésicos, porém evoluiu com aumento da intensidade da dor há 24 horas e iniciou episódios de febre, não aferida. Paciente estava no 5º pós-operatório de apendicectomia, realizada no mesmo Serviço, por apendicite grau I, e havia recebido alta 2 dias após a cirurgia.

Quando questionado sobre o tempo de evolução da dor abdominal, referiu que vinha apresentando dores menos intensas a aproximadamente quatro meses sem outras queixas associadas. Nega doenças crônicas, uso de medicamentos contínuos e antecedentes de doenças psiquiátricas.

Realizado entrevista com familiar que referiu que após separação dos pais, há 4 anos, o paciente apresentou alteração comportamental, iniciando uso de álcool e drogas ilícitas (maconha) em grande quantidade e atitudes violentas, se envolvendo há 1 ano e meio em assalto a mão armada, ficando preso por 9 dias.

De acordo com relato, o paciente parou o uso de drogas e álcool há cinco meses e começou a trabalhar como técnico de informática em uma loja de conserto desses aparelhos neste mesmo período. Paciente negou ingestão de objetos estranhos mesmo após diagnóstico, confirmando posteriormente após insistência. Durante coleta da anamnese paciente de difícil manejo, notavelmente ocultando informações de sua história pregressa.

Exame físico e laboratorial

Na admissão abdome flácido, normotenso, doloroso a palpação profunda em fossa ilíaca direita e flanco direito. Sem sinais de irritação peritoneal. Ferida operatória limpa, seca, sem sinais flogísticos. Hemograma apresentando leucocitose (13mil).

Exame radiológico

Radiografia simples de abdome evidenciando imagem radiopaca em quadrante inferior a direita.

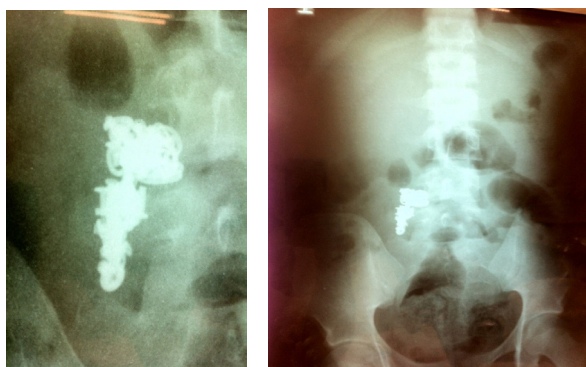


Figura 1 – Radiografia simples de abdome mostrando objeto radiopaco, em maior aumento à direita.

Tratamento e evolução

Paciente encaminhado ao bloco cirúrgico oito horas após sua entrada no hospital, realizando laparotomia com incisão mediana supratransinfraumbilical. Após localização de corpo estranho em intestino delgado a aproximadamente 10 cm da válvula ileocecal realizado enterotomia para retirada de corpo estranho e posterior enterorrafia, procedimento cirúrgico realizado sem intercorrências. Após limpeza e separação dos objetos metálicos notou-se presença de 50 parafusos com diversos tamanhos, 1 bateria, 3 ímãs e 11 pequenos pedaços de material metálico.



Figura 2 – Metalobezoar após individualização das peças

Após procedimento cirúrgico paciente evoluiu bem clinicamente recebendo alta hospitalar após 5 dias, em bom estado geral, funções de eliminação presentes, aceitando bem a dieta oferecida e sem queixas. Familiares foram orientados sobre necessidade de acompanhamento psicológico do caso para evitar recidiva.

DISCUSSÃO

O termo bezoar tem origem árabe “bad- zehr” ou persa “pad- zehr” e significa antídoto, sendo descrito desde o século 12 a.C. Possuíam valor inestimável, estando listados na farmacopeia de Londres, até meados do século 18, como remédio para curar todos os males e pragas. Com o desenvolvimento da Medicina esses mitos foram sendo abolidos gradativamente, atualmente apresentando, além do seu aspecto bizarro, significado apenas para a clínica cirúrgica.³

Essa baixa incidência é ainda mais acentuada pela pequena soma de registros na literatura e ainda pelos casos não diagnosticados devido ao quadro clínico inespecífico e muitas vezes de resolução espontânea. No entanto, podem evoluir para complicações e doenças digestivas como obstruções, intussuscepções, sangramentos, perfurações, enteropatias, pancreatites, apendicites, icterícia obstrutiva

entre outras.⁵ Mostrando a importância de cogitar este diagnóstico diferencial devido as complicações que produzem, que podem ser acarretadas, principalmente, em decorrência de um diagnóstico tardio, aumentando a morbidade dos casos.¹

O quadro clínico é geralmente inespecífico, insidioso e gradual, às vezes intermitente e com estreita relação sintomática com a localização.³ Muitas vezes são assintomáticos, no entanto a grande maioria dos pacientes portadores de bezoar relatam vago desconforto epigástrico (80%).⁶ Podendo evoluir para vômitos, anorexia, perda de peso. Obstrução intestinal, hemorragia digestiva e perfuração de víscera oca são formas mais raras de apresentação.⁴

No caso em questão o paciente apresentava dor epigástrica e em fossa ilíaca a direita, somado a leucocitose, o que poderia confundir o diagnóstico na primeira internação, sendo considerado um quadro de apendicite e ter sido tratado como tal. No entanto o paciente mesmo após a cirurgia manteve o quadro de queixas álgicas após a alta, retornando ao pronto atendimento no quinto dia pós operatório. Como o diagnóstico principal na faixa etária já havia sido excluído, paciente apendicetomizado, optou-se por realizar rotina radiológica que não foi solicitada na primeira internação visto que o quadro clínico e o exame físico apresentado eram altamente sugestivos de apendicite. Se a radiografia abdominal tivesse sido realizada seria evidenciado o corpo estranho. No entanto, a hipótese mais provável no caso foi a apendicite como complicação do metalobezoar, visto que no intraoperatório o apêndice estava hiperemiado e edemaciado.

Pequenos objetos e arredondados, tais como moedas, botões, podem após ingeridos passar sem complicações pelo trato digestivo sendo eliminados espontaneamente. No entanto, a suspeita de ingestão de discos de baterias ou baterias alcalinas deve ser cuidadosamente avaliada, já que estes objetos podem causar intoxicação por metal pesado após sua corrosão no tubo digestivo.⁷ No caso, mesmo o paciente tendo ingerido uma bateria, a mesma ainda não apresentava sinais de corrosão.

Suspeita ou relato de ingestão de objetos longos, finos e/ou pontiagudos como espinha de peixe, osso de galinha, grampo de cabelo, palito de dente e pregos também merecem atenção especial, pois podem impactar no tubo digestivo ou mesmo perfurá-lo.⁷

O exame ultrassonográfico do abdome e o raio X contrastado do abdome podem ser úteis no diagnóstico dos diferentes tipos de bezoares.³ No caso em questão,

somente a radiografia simples do abdome foi utilizada, evidenciando imagem radiopaca compatível com objeto de grande densidade, sugerindo diagnóstico de corpo estranho que somente foi confirmado como metalobezoar após intervenção cirúrgica.

O caso apresentado é curioso pela quantidade e variedade de objetos metálicos contidos no bezoar, apenas possível pela recorrente ingestão compulsiva adota pelo paciente e que apresentou uma formação singular devido à ingestão de ímãs que foram responsáveis por agrupar todos os pequenos objetos metálicos em um só, dificultando o diagnóstico, no entanto, possivelmente, protegendo o paciente de complicações maiores como perfurações, já que os diversos objetos pontiagudos foram condensados em uma grande massa metálica romba.



Figura 3 – Metalobezoar na forma em que foi encontrado no intestino, após limpeza da peça

Ainda são discutíveis se existe ou não a associação entre bezoares e desordens psíquicas, diagnosticadas em apenas 10% dos casos. Apesar desses dados, a avaliação e apoio psicológicos são os objetivos finais do tratamento, pois são essenciais para propiciar melhor qualidade de vida ao paciente e prevenir as complicações e as recidivas.⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como conclusão cabe salientar a necessidade de, diante de um abdome agudo inflamatório, sempre ter em mente as causas comuns de sua ocorrência, mas também orientar a propedêutica e o diagnóstico diferencial para causas incomuns sejam de forma isolada ou até mesmo em associação com outras patologias. No trabalho em questão o diagnóstico precoce foi prejudicado, pois o paciente ocultou da equipe médica a compulsão que gerou o quadro.

SUMMARY

METALOBEOZAR BOWEL: CASE REPORT

Márcia Lorena Ferreira de ANDRADE, Prisco de Paiva Bezerra SEGUNDO, Thiago Afonso Carvalho Celestino TEIXEIRA e
Rosemary Ferreira de ANDRADE

Objective: to report a case of intestinal metal bezoar. **Case report:** 18 year old patient attended at the General Surgery Service of the Emergency Hospital in Macapa-AP, with abdominal pain, vomiting and fever. Plain abdominal radiograph showing radiopaque image in the lower right quadrant. **Final considerations:** Confirmed diagnosis of metal bezoar after surgical exploratory laparotomy approach, stressing the need for, in a case of inflammatory acute abdomen, to always keep in mind the common causes of their occurrence, but also guide the propaedeutics and differential diagnosis for unusual causes.

KEYWORDS: bezoar, acute abdomen, metal bezoar

REFERÊNCIAS:

1. Barros MAP, Mourão TC, Pinto NSR, Gondim VJT. Tricobezoar Retal: relato de um caso raro na literatura. Rev. HCPA. 2010, maio; 30 (2): 166- 168.
2. 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- 86
3. Spadella CT, Saad-hossne R, SAAD, LHC. Tricobezoar Gástrico: relato de caso e revisão da literatura. Acta Cir.Bras.1998 abr-jun; 13(2).
4. Rego AC, Nunes N, Pereira JR, Paz N, Duarte MA. Metalobezoar Gástrico. J Port Gastreterol. 2012, fev; 19(2): 108-110
5. Marra JG, Sobrinho ALC, Rebaza KLS, Aratani JFF, Curvo EA. Bezoar de madeira em trato gastrointestinal: relato de caso e revisão da literatura. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2007, 20 (4): 293-296.
6. Amorim CR, Faria DM, Filho DC, Grande RM, Souza VCT. Fitobezoar associado à endometriose intestinal: uma rara causa de obstrução intestinal. Rev bras.coloproctol. 2009 out-dez; 29 (4): 501-504.
7. Cavichini QN, Sueth JRB, Soares GP. Corpo estranho no apêndice vermiforme. Rev bras.coloproctol. 1996, 16 (2): 74-76.

Endereço para correspondência:

Marcia Lorena Ferreira de Andrade
Tv.Castelo Branco 1150 São Brás
Belém-PA
(091) 32292935
azulbx@hotmail.com

Recebido em 28.11.2013 – Aprovado em 02.04.2014