
RELATO DE CASO

Tricobezoar na infância: relato de três casos e revisão da literatura

Spyros Cardoso Dimatos¹, José Antonio de Souza², Oscar Cardoso Dimatos³, Edevard José Araújo⁴, Dimitri Cardoso Dimatos⁵, Maurício José Lopes Pereira⁶

Resumo

Tricobezoes são corpos estranhos gástricos compostos por cabelos dos próprios pacientes. São mais comuns em crianças, principalmente do sexo feminino. Cursam frequentemente com sintomas gastrintestinais como dor abdominal, náuseas, vômitos, anorexia, perda de peso e plenitude pós-prandial. Massa epigástrica, alopecia e antecedentes de tricofagia podem estar presentes. O tratamento de eleição é o cirúrgico, acompanhado de tratamento psiquiátrico. Este trabalho tem como objetivo relatar três casos de pacientes com tricobezoar gástrico e realizar uma revisão da literatura.

Todos os casos deste estudo eram de crianças do sexo feminino. Dois pacientes cursaram com quadro de suboclusão intestinal, apresentando dor abdominal e vômitos. Em um caso havia dor abdominal não acompanhada por vômitos. Todos apresentaram

antecedentes de tricofagia, bem como massa epigástrica palpável. Um com áreas de alopecia. O principal exame de imagem empregado foi a seriografia esofagogastroduodenal. Todos foram submetidos a tratamento cirúrgico mediante gastrotomia e encaminhados para serviço de psicologia, com boa evolução clínica.

Descritores: 1. *Bezoares;*
2. *Estômago;*
3. *Laparotomia.*

Abstract

Trichobezoars are concretions of ingested hair that most often lodge in the stomach. They are commonly seen in young girls with psychiatric disorders. Upper gastrointestinal symptoms usually are progressive and may include abdominal pain, nausea and vomiting, early satiety, weight loss, bloating, diarrhea or constipation. A history of tricophagia is common. Physical examination may include the presence of nontender palpable mass and bald spot. Gastric trichobezoars require removal through an anterior gastrotomy. Postoperatively, psychiatric intervention is often appropriate. The purpose of this study was to describe three cases of patients with gastric trichobezoar and make a review of literature.

All patients studied were young girls. Two patients

-
- 1- Médico residente de otorrinolaringologia da Universidade Federal de São Paulo.
 - 2 - Cirurgião Pediátrico do Hospital Infantil Joana de Gusmão, Professor de Cirurgia Pediátrica do Departamento de Pediatria da UFSC, Doutor em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina.
 - 3 - Acadêmico do 5º ano de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.
 - 4 - Cirurgião Pediátrico do Hospital Infantil Joana de Gusmão, Professor de Técnica Operatória da Universidade Federal de Santa Catarina, Doutor em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina.
 - 5 - Médico residente de cirurgia geral do Hospital Governador Celso Ramos – Florianópolis.
 - 6 - Cirurgião Pediátrico do Hospital Infantil Joana de Gusmão, Professor de Cirurgia Pediátrica do Departamento de Pediatria da UFSC, Doutor em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina.

presented abdominal pain and vomiting. In one case there was abdominal pain without vomiting. All cases presented tricophagia and palpable mass. One had bald spot. Barium contrast study was the most beneficial in the diagnosis. In our cases, bezoars were removed easily via single gastrotomy. Postoperatively they were evaluated by psychology. The remainder of their hospital course was unremarkable.

Keywords: 1. *Bezoars;*
2. *Stomach;*
3. *Laparotomy.*

Introdução

Em certas situações, a ingestão de substâncias não digeríveis pode formar corpos estranhos no trato gastrointestinal, denominados bezoares. Estes podem ser classificados de acordo com a sua composição em: tricobezoar (cabelos), fitobezoar (fibras vegetais), lactobezoar (leite), farmacobezoar (medicamentos), entre outros ^{1,2}.

O vocábulo bezoar é derivado do árabe *badzehr* ou do persa *padzahr* e significa antídoto. Na antiguidade, os bezoares encontrados em animais e em seres humanos eram usados em feitiçaria ³⁻⁵.

São mais comuns em crianças, principalmente do sexo feminino⁴. As perturbações mentais e os transtornos de conduta são quase uma constante no perfil psicológico destes pacientes⁴.

O quadro clínico é variável e inespecífico⁴. Cursa frequentemente com sintomas gastrintestinais como dor abdominal, náuseas, vômitos e plenitude pós-prandial. Podem ocorrer alterações do hábito intestinal como constipação (suboclusão) ou diarreia (má-absorção) ⁴. Outras manifestações que podem estar presentes são: halitose por putrefação do material no estômago, massa móvel em epigástrico, alopecia, sangue oculto nas fezes e anemia por deficiência de ferro ⁶.

O tratamento de eleição é o cirúrgico, acompanhado de tratamento psiquiátrico. O tratamento cirúrgico consiste na gastrotomia e extração do bezoar ⁴.

Esse trabalho tem por finalidade relatar os casos de três pacientes com tricobezoar gástrico, operados no Hospital Infantil Joana de Gusmão, e realizar uma revisão de literatura, com o intuito de chamar a atenção para

este diagnóstico.

Relato dos casos

Caso 1

J.R.L.M., sexo feminino, 5 anos de idade, admitida no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), com queixa de dor abdominal em epigástrico, não acompanhada de vômitos. A dor referida era tipo cólica, intermitente, de pequena intensidade há aproximadamente 2 meses. Os episódios de dor se tornaram mais frequentes e importantes nas 2 últimas semanas antes da admissão. Sem alteração do hábito intestinal (evacuava diariamente) ou febre. Mãe relatou que a paciente era extremamente ansiosa e apresentava dificuldade para ganhar peso. Entre os antecedentes pessoais, a mãe referiu tricofagia há aproximadamente 1 ano e 6 meses.

No exame físico a paciente se encontrava em bom estado geral, corada, hidratada, eupnéica. Abdome flácido, doloroso à palpação superficial, com ruídos hidroaéreos presentes, sem sinais de irritação peritoneal. Uma massa móvel, dolorosa, de aproximadamente 6cm de diâmetro era palpável em epigástrico. Não apresentava alterações no hemograma. À ultra-sonografia abdominal, visibilizava-se massa intragástrica. Foi realizada seriografia esofagogastroduodenal que mostrou defeito de enchimento intragástrico (Figura 1).

A paciente foi submetida à laparotomia, sendo realizada gastrotomia em face anterior do estômago de aproximadamente 3 cm seguida de extração do tricobezoar.

A evolução pós-operatória foi sem intercorrências. A paciente recebeu alta quatro dias após e foi encaminhada ao serviço de psicologia para acompanhamento.

A paciente retornou para controle ambulatorial 4 meses após a cirurgia, relatando persistência do desejo de comer cabelos, entretanto sem tricofagia. Ao exame físico não se evidenciaram áreas de alopecia. Continuava sendo acompanhada pelo serviço de psicologia.

Caso 2

P.R.L., sexo feminino, 3 anos de idade, admitida no HIJG, apresentando dor abdominal há 1 semana acompanhada de anorexia, vômitos e diarreia líquida. Perda de 5 quilogramas nos últimos 6 meses. Entre os antecedentes pessoais encontrou-se perversão alimentar há 2 anos (comia cabelo, lã, linha).

No exame físico a paciente se encontrava em estado geral precário, pele seca, mucosas hipocoradas (2+/4)

e desidratadas (1+/4). O abdome era globoso, depressível, com ruídos hidroaéreos presentes. Apresentava quadro de desnutrição de 3º grau (perda ponderal de 50%).

A paciente foi internada com hipótese diagnóstica de suboclusão intestinal. Encontrava-se anêmica (Hb = 8,6 g/dl). Apresentava defeito de enchimento intragástrico na seriografia esofagogastroduodenal, compatível com tricobezoar.

Foi iniciada nutrição parenteral total com o objetivo de melhorar as condições nutricionais da paciente antes do tratamento cirúrgico.

No sexto dia de internação, em exame físico mais minucioso e em condições mais favoráveis (criança mais tranqüila), foi identificada à palpação uma massa em região epigástrica.

A paciente foi submetida à laparotomia no 52º dia de internação, sendo realizada gastrotomia e extração de tricobezoar medindo 45 cm de comprimento e 4 cm em seu maior diâmetro, constituído por associação de pêlos, fibras de algodão, fibras sintéticas e muco (Figura 2).

A evolução pós-operatória foi boa, sem intercorrências. Recebeu alta após 15 dias e foi encaminhada ao serviço de psicologia para acompanhamento. Paciente não retornou para controle ambulatorial.

Caso 3

H.P.S., sexo feminino, 6 anos de idade, admitida no HIJG, com quadro de dor abdominal tipo cólica há 2 meses, acompanhada de vômitos. O quadro de dor abdominal aumentou de intensidade nos últimos 10 dias antes da admissão. Não apresentava febre ou alteração do hábito intestinal. História de tricofagia há 1 ano, sendo que a paciente já estava sendo acompanhada por psicóloga nos últimos 5 meses.

Encontrava-se em bom estado geral, corada, hidratada, eupnéica. Apresentava áreas de alopecia. O abdome era flácido, doloroso, com tumor palpável em região epigástrica, móvel, duro e com superfície regular. O hemograma estava dentro da normalidade. À seriografia esofagogastroduodenal apresentava defeito de enchimento intragástrico.

A paciente foi submetida à laparotomia, sendo realizada gastrotomia e retirada de tricobezoar.

O pós-operatório transcorreu satisfatoriamente, sendo dada alta para a paciente 5 dias após a cirurgia e realizado encaminhamento para serviço de psicologia. Paciente não retornou para controle ambulatorial.

Discussão

Tricobezoaes são definidos como corpos estranhos gástricos compostos por cabelo do próprio paciente. O cabelo ingerido permanece retido nas pregas gástricas devido à superfície insuficiente de fricção para sua propulsão⁷. O tricobezoar gástrico que se prolonga além do ligamento de Treitz é conhecido como síndrome de Rapunzel^{3,4}.

Segundo Dalshaug *et al.*⁸, noventa por cento dos casos de tricobezoar são encontrados em pacientes do sexo feminino menores de 20 anos de idade. Aproximadamente 10% dos pacientes apresentam retardo mental ou mostram anormalidades psiquiátricas. Somente a metade dos pacientes tem história de tricofagia⁸. Os três casos estudados são de pacientes do sexo feminino, menores que 7 anos. Todos apresentaram história de tricofagia e em nenhum dos casos havia presença de retardo mental.

O quadro clínico é variável e inespecífico⁴. A presença de sintomas depende da elasticidade do estômago, do tamanho do bezoar e do surgimento ou não de complicações⁶. De acordo com Arbelo *et al.*⁹, os bezoares se apresentam com sintomas de obstrução intestinal alta, entre eles: dor abdominal, náuseas, vômitos, anorexia, perda de peso e plenitude pós-prandial. Podem ocorrer alterações do hábito intestinal como constipação (suboclusão) ou diarreia (má-absorção) (4). Ainda que infrequente, a presença de cabelo nas fezes ou nos vômitos permite fazer o diagnóstico⁶. Todos os casos cursaram com sintomas gastrintestinais. Dois apresentaram quadro de suboclusão intestinal, com presença de dor abdominal e vômitos. Em um dos casos, dor abdominal estava presente, entretanto, não havia vômitos. A presença de diarreia líquida em um caso pode sugerir um componente de má-absorção associado⁴. Nenhum apresentou cabelo nas fezes ou nos vômitos.

Ao exame físico pode ser encontrado palidez cutâneo-mucosa, áreas de alopecia e massa abdominal de localização epigástrica, relativamente móvel, firme e dolorosa à palpação⁴. Massa abdominal de localização epigástrica foi o achado mais comum ao exame físico, estando presente em todos os pacientes. Em dois casos a massa foi descrita como móvel e dolorosa. Apenas um paciente apresentava áreas de alopecia. Um paciente estava com palidez cutâneo-mucosa.

O diagnóstico por imagem é baseado fundamentalmente nos achados de ultra-sonografia abdominal (massa intragástrica) e seriografia

esofagogastroduodenal (defeito de enchimento). Em todos os casos relatados a seriografia esofagogastroduodenal foi realizada, encontrando-se defeitos de enchimento intragástricos sugestivos de tricobezoar. A ultra-sonografia abdominal foi realizada em apenas um dos pacientes e mostrou uma massa ecogênica densa intragástrica com uma sombra acústica posterior bem definida.

De acordo com Correa Antunez *et al.*⁴, em casos de tricobezoar, o tratamento de eleição é sempre cirúrgico e consiste em gastrotomia e extração do bezoar. Avaliação e apoio psicológicos são importantes e necessários para propiciar melhor qualidade de vida ao paciente e prevenir complicações e recidiva³. As três pacientes foram submetidas a tratamento cirúrgico mediante gastrotomia anterior com retirada de tricobezoar, apresentando boa evolução pós-operatória. Todos os pacientes foram avaliados e acompanhados pelo serviço de psicologia. Não houve caso de recorrência do tricobezoar.

Espera-se que este trabalho tenha chamado atenção para esta condição rara que deve ser lembrada no diagnóstico diferencial de dor abdominal em crianças, principalmente do sexo feminino e com massa epigástrica palpável.

Referências Bibliográficas:

1. Memon SA, Mandhan P, Qureshi JN, Shairani AJ. Recurrent Rapunzel syndrome - a case report. *Med Sci Monit* 2003;9(9):CS92-4.
2. Ku MT. Bezoars. *Clinical Toxicology Review* 1996;18(9):22-6.
3. Faria AP, Silva IZ, Santos A, Avilla SG, Silveira AE. [The Rapunzel syndrome - a case report: trichobezoar as a cause of intestinal perforation]. *J Pediatr (Rio J)* 2000;76(1):83-6.
4. Correa Antunez MI, Serrano Calle A, Pimentel Leo JJ, Sanjuan Rodriguez S. [Gastric bezoar]. *Cir Pediatr* 2001;14(2):82-4.
5. Kolho KL, Lindahl H, Saarinen UM. Cases of the month: three children with abdominal complaints. *Eur J Pediatr* 1997;156(1):75-6.
6. Aguilar-Arauz M, Rodrigues-Gutiérrez F, Hernández-Mena C. Síndrome de Rapunzel. Reporte de un caso. *Acta Méd Costarricense* 2003;45(2):80-3.
7. Curioso Vilchez WH, Rivera Vega J, Curioso Abriojo WI. Rapunzel syndrome: case report and literature review. *Rev Gastroenterol Peru* 2002;22(2):168-72.
8. Dalshaug GB, Wainer S, Hollaar GL. The Rapunzel syndrome (trichobezoar) causing atypical intussusception in a child: a case report. *J Pediatr Surg* 1999;34(3):479-80.
9. Arbelo. Bezoares. *Rev Cubana Pediatr* 2002;74(1):77-82.

Figura 1 - Seriografia esofagogastroduodenal mostrando defeito de enchimento intragástrico.

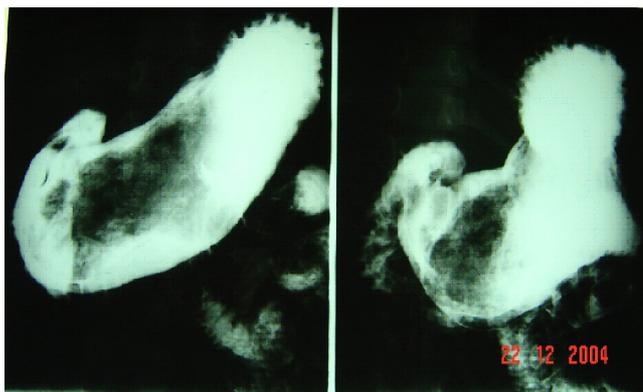
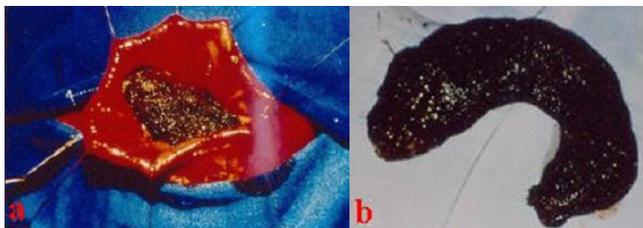


Figura 2 – a) Transoperatório b) Peça cirúrgica



Endereço para correspondência:

Spyros Cardoso Dimatos
Rua Borges Lagoa 980 - Vila Clementino
São Paulo - SP
CEP: 04038-002
E-mail: scdimatos@yahoo.com.br