

Tricobezoar como causa de obstrução intestinal mecânica alta: um relato de caso

Tricobezoar as a cause of high mechanical intestinal obstruction: a case report

Tricobezoar como causa de obstrucción intestinal mecánica alta: reporte de un caso

DOI: 10.5281/zenodo.13360155

Recebido: 11 jul 2024

Aprovado: 13 ago 2024

Carolina Mendonça Ferraz de Araujo

Médica

Instituição de formação: Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA

Endereço: (Volta Redonda – Rio de Janeiro, Brasil)

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-4345-0725>

E-mail: carolinamferraz@outlook.com

Rafael Klein Gomes

Médico

Instituição de formação: Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA

Endereço: (São Paulo – São Paulo, Brasil)

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0001-9213-2446>

E-mail: rafaelkleingomes97@gmail.com

Helton Luis Ayello Forastieri Filho

Médico cirurgião geral

Instituição de formação: Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA

Endereço: (Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil)

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-0605-0562>

E-mail: helton_jf@hotmail.com

RESUMO

Os bezoares são caracterizados como o acúmulo de materiais não digeríveis, formando uma massa sólida, em alguma porção do trato gastrointestinal. Dentre os tipos mais comuns, destaca-se o tricobezoar, cuja consistência primária são os fios de cabelo. Os bezoares formados por cabelo apresentam forte componente psiquiátrico uma vez que sua gênese depende da tricofagia por parte do indivíduo. Apesar de incomum, a patologia em questão tem a sua importância por poder levar a graves consequências, como a obstrução intestinal mecânica alta, a mais frequente complicação dos tricobezosares. Este trabalho relata o caso de um paciente que apresentou um quadro de obstrução total gástrica e duodenal devido a um tricobezoar. Diante do quadro, após anamnese (com sintomas característicos), exames laboratoriais e de imagem sugestivos de tal patologia, foi realizada uma laparotomia de urgência com a finalidade de se desobstruir o trânsito intestinal comprometido pela afecção em questão. Assim, conclui-se que os tricobezosares, independentemente de sua baixa incidência, devem ser sempre lembrados nos diagnósticos diferenciais das obstruções intestinais mecânicas. Um diagnóstico precoce diminui o grau de invasão na terapêutica da patologia como também reduz drasticamente a morbimortalidade dos pacientes.

Palavras-chave: Tricobezoar. Bezoar. Obstrução Intestinal. Laparotomia de Urgência.

ABSTRACT

Bezoars are characterized as the accumulation of non-digestible materials, forming a solid mass, in some portion of the gastrointestinal tract. Among the most common types, trichobezoar stands out, whose primary consistency is hair. Bezoars formed by hair have a strong psychiatric component since their genesis depends on trichophagia on the part of the individual. Although uncommon, the pathology in question is important because it can lead to serious consequences, such as high mechanical intestinal obstruction, the most frequent complication of trichobezoars. This work reports the case of a patient who presented with total gastric and duodenal obstruction due to a trichobezoar. Given the situation, after anamnesis (with characteristic symptoms), laboratory and imaging tests suggestive of such pathology, an urgent laparotomy was performed with the aim of unblocking the intestinal transit compromised by the condition in question. Thus, it is concluded that trichobezoars, regardless of their low incidence, should always be remembered in the differential diagnoses of mechanical intestinal obstructions. An early diagnosis reduces the degree of invasiveness in the treatment of the pathology and also drastically reduces the morbidity and mortality of patients.

Keywords: Trichobezoar. Bezoar. Intestinal Obstruction. Emergency Laparotomy.

RESUMEN

Los bezoares se caracterizan por la acumulación de materiales no digeribles, formando una masa sólida, en alguna porción del tracto gastrointestinal. Entre los tipos más comunes destaca el tricobezoar, cuya consistencia principal es el pelo. Los bezoares formados por pelo tienen un fuerte componente psiquiátrico ya que su génesis depende de la tricofagia por parte del individuo. Aunque es poco común, la patología en cuestión es importante porque puede tener consecuencias graves, como la obstrucción intestinal mecánica alta, la complicación más frecuente de los tricobezoares. Este trabajo reporta el caso de un paciente que presentó obstrucción gástrica y duodenal total por tricobezoar. Ante la situación, previa anamnesis (con síntomas característicos), pruebas de laboratorio y de imagen sugestivas de dicha patología, se realizó una laparotomía urgente con el objetivo de desbloquear el tránsito intestinal comprometido por el cuadro en cuestión. Así, se concluye que los tricobezoares, independientemente de su baja incidencia, siempre deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las obstrucciones intestinales mecánicas. Un diagnóstico precoz reduce el grado de invasividad en el tratamiento de la patología y también reduce drásticamente la morbilidad y mortalidad de los pacientes.

Palabras clave: Tricobezoar. Bezoar. Obstrucción intestinal. Laparotomía de emergencia.

1. INTRODUÇÃO

O bezoar é uma aglomeração de comida com material estranho dentro do trato gastrointestinal. Pode-se classificar de acordo com o constituinte primário, como tricobezoar (cabelo) ou fitobezoar (planta), mas pode também se encaixar em uma outra categoria menos específica (e mais rara em incidência), como as aglomerações fúngicas, as massas por compostos químicos sólidos não digeríveis e corpos estranhos, como cordões de sapato, pedras, areia e plástico (Saleem; Talat; Mirza, 2020).

O tricobezoar é uma massa composta de cabelo ou pelo dentro do trato gastrointestinal proximal. É um acometimento raro e quase que exclusivamente visto em mulheres jovens. O cabelo humano é resistente à digestão e ao peristaltismo devido a sua lisa superfície. Dessa maneira, este conteúdo é acumulado entre as pregas presentes na mucosa do estômago. Durante um período indeterminado, a

ingestão contínua de cabelo (tricofagia) leva a impactação do cabelo junto com a mucosa e os alimentos ingeridos, causando a formação do tricobezoar (Spadella; Saad-Hossne; Saad, 1998).

Apresentando sintomas leves e inespecíficos em seu estágio inicial, o tricobezoar, entretanto, pode levar a complicações graves caso seu tamanho aumente ao longo do curso da doença. As obstruções intestinais altas são, de longe, a principal complicação mecânica deste tipo de bezoar. Entretanto, intussuscepção, pancreatite, icterícia obstrutiva, perfurações e sangramentos também podem estar presentes em pacientes com tricofagia crônica (Tanaka et al., 1998).

Devido a raridade de tal patologia, o diagnóstico dessa, bem como o manejo de suas complicações muitas vezes acabam sendo feitos tardiamente. Deste modo, não é raro a realização de laparotomias de urgência devido a obstruções intestinais altas por tricobezoar, aumentando a gravidade do caso e impactando na sobrevida do paciente (Al-osail; Zakary; Abdelhadi, 2018). Deste modo, o presente relato pretende mostrar, através do caso-base e da discussão, as principais características do tricobezoar bem como enfatizar a gravidade de sua principal complicação, a obstrução intestinal.

2. RELATO DE CASO

L. T., sexo feminino, 22 anos, negra, deu entrada de pronto socorro cirúrgico em Volta Redonda - Rio de Janeiro com queixa de, há 4 dias, vômitos, dor abdominal difusa de forte intensidade e perda de eliminação de fezes. Paciente relatava que sentia náuseas com frequência há 3 meses, mas que, há cerca de 96 horas, essas náuseas evoluíram para vômitos. Vômitos, esses, que aconteciam múltiplas vezes ao dia a ponto de a enferma vomitar tudo que ingere. Além disso, acompanhando a queixa emética, também se iniciando concomitantemente com tal sintoma, apresentava dor abdominal difusa de intensidade 8/10 e ausência de eliminação de gases ou fezes. Negava febre ou outros sintomas. Negava uso de qualquer fármaco para alívio dos sintomas. Na história patológica pregressa, apresentava cirurgia abdominal na infância por obstrução intestinal devido a tricobezoar. Negava qualquer outra comorbidade, internação ou procedimento cirúrgico prévio. Também negava uso de medicações ou doença de base.

Ao exame físico, paciente apresentava massa abdominal importante em epigástrico visível a ectoscopia. Além disso, também apresentava dor de forte intensidade em epigástrico à palpação superficial, além de dor pan-abdominal à palpação profunda. À percussão, macicez em epigástrico e timpanismo nos demais quadrantes semiológicos. Peristalse diminuída globalmente à ausculta. Cicatriz mediana visível a ectoscopia, devido a laparotomia previamente relatada na história patológica pregressa. Demais aspectos do exame físico sem alterações.

Diante do caso, foram solicitados exames laboratoriais e uma tomografia computadorizada (TC) de abdome total. Com relação ao primeiro exame complementar, houve a identificação de uma leucocitose de 20.000 leucócitos/mm³ com predomínio dos neutrófilos e suas células precursoras. Proteína C Reativa de 90 mg/L. Discreta anemia (11,5 g/dL) e plaquetopenia (98.000 plaquetas/mm³) foram evidentes. Demais aspectos avaliados no exame laboratorial, como função hepática, função renal, bilirrubinas e frações, apresentavam-se normais.

À TC abdominal, visualizava-se distensão gástrica e duodenal importante com massa de conteúdo não orgânico (corpo estranho) obliterando o lúmen dessas duas estruturas por completo. Demais estruturas avaliadas numa tomografia computadorizada de abdome sem alterações dignas de nota.

Após a análise da história clínica, bem como do exame físico, exame laboratorial e exame de imagem, a equipe de cirurgia de plantão no hospital no dia caracterizou o paciente como portador de uma obstrução intestinal mecânica alta por, muito provavelmente, bezoar. Tendo em vista a história pregressa, podia-se também inferir que a origem desse bezoar mais provável era tricobezoar. Com isso, a conduta tomada foi de realizar uma cirurgia de emergência para desobstruir o trato gastrointestinal.

Paciente, então, foi submetido a uma laparotomia com incisão mediana, onde foram identificados estômago e duodeno distendidos e endurecidos à palpação. Além disso, a porção duodenal que estava acometida apresentava-se com sofrimento (isquemia), com escurecimento da coloração deste segmento. Foi, então, realizada uma gastrotomia com a retirada total de uma massa composta por fios de cabelo (tricobezoar) de tamanho e forma semelhantes ao órgão que estava impactado seguida de gastrorrafia. Além disso, também foi ressecado o segmento intestinal acometido pelo tricobezoar (duodeno), seguida de anastomose primária como medida de reestabelecimento do trânsito intestinal.

Após a desobstrução do trânsito intestinal, o doente em questão apresentava um pós-operatório satisfatório, com boa aceitação a reintrodução da dieta (primeiro líquida, em 16 horas pós procedimento, seguida de pastosa após 24 horas), não apresentava febre ou qualquer sinal de infecção (foi prescrito ampicilina e metronidazol como antibioticoterapia para o paciente), além de sentir apenas uma leve dor abdominal (1/10) no local da incisão cirúrgica. Ademais, também foi reforçado e estimulado a importância da deambulação para profilaxia de trombose. Entretanto, com 27 horas de pós-operatório, paciente apresentou tromboembolismo pulmonar súbito, vindo a falecer de tal condição no próprio leito hospitalar.

Imagem 1: Local de impacto do tricobezoar no trato gastrointestinal.



Fonte: Autoria própria.

Imagem 2: Tricobezoaes e porção do duodeno retirados na laparotomia de desobstrução intestinal do caso em questão.



Fonte: Autoria própria.

4. DISCUSSÃO

O tricobezoar é uma patologia descrita desde o século XVIII, através da autópsia *post mortem* de uma paciente com massa de cabelo presente no estômago. Em meados do século XIX, quase cem anos depois, ainda nos primórdios da medicina contemporânea, foi relatado o primeiro caso da patologia em

uma paciente viva. E no final deste mesmo século, quarenta anos mais tarde, a primeira intervenção cirúrgica foi realizada para tentativa de se reestabelecer o trânsito intestinal numa paciente com obstrução por tricobezoar (Couto *et al.*, 2010).

Para a gênese desta patologia, é necessário que haja tricotofagia crônica. Desta maneira, o cabelo, que é indigerível e pouco responsivo ao peristaltismo, se aloja nas pregas da mucosa gástrica. Ao longo do tempo, há o entrelaçamento desses fios presentes no estômago. Ademais, alguns restos alimentares se prendem aos pelos, aumentando seu volume. Este alimento não digerido é o principal responsável pelo odor fétido dos bezoares. E, por sua vez, o muco gástrico participa da formação da massa gerando a consistência e a adesão de todo o emaranhado de substâncias, tornando o bezoar cada vez maior e mais firme, tornando a massa de material composto primariamente por cabelo compacta. Os tricobezoes, ao longo de seu período de surgimento, adquire uma coloração cada vez mais enegrecida pela ação do ácido clorídrico estomacal desnaturando as proteínas dos cabelos presentes na massa (Gorter *et al.*, 2010).

Os bezoares, em especial o tricobezoar, são patologias comuns em crianças e adolescentes do sexo feminino. A idade média de diagnóstico dos bezoares é de aproximadamente 14.9 anos de vida e a relação mulher e homem para a incidência da doença chega a 8:1. Além disso, a literatura mostra leve predomínio pela raça branca em relação aos demais grupos étnico-raciais. Não há na literatura um país ou uma área geográfica predominante nos casos de tricobezoar, portanto, acredita-se que esta seja uma doença relativamente bem distribuída entre as diversas populações (Tanaka *et al.*, 1998).

Como a tricotofagia é considerada o fator *sinequa non* para a ocorrência da doença, a pesquisa de um fator psiquiátrico indubitavelmente acaba norteando os focos da anamnese. Estima-se que 88% dos pacientes com tricobezoar apresentem algum tipo de distúrbio psiquiátrico, tais como depressão, desordens obsessivo-compulsivo e transtorno dismórfico corporal. A paciente do relato do caso em questão, por exemplo, apresentava laudo de distúrbio psiquiátrico desde a infância. Portanto, não coincidentemente, ela já havia apresentado outro quadro de tricobezoar na história patológica pregressa. Portanto, tendo em vista a raridade da doença, os fatores de risco para a ocorrência do tricobezoar ainda não são sabidos de maneira profunda. Entretanto, qualquer distúrbio, (principalmente psiquiátrico) que leve a tricotofagia crônica pode ser considerado fator de risco para a doença (Nuno *et al.*, 2012).

Os tricobezoes permanecem assintomáticos até eles alcançarem tamanho substancial. Entretanto, bezoares pequenos podem gerar sintomas mais precoces quando houver, de maneira estrutural ou funcional, diminuição do lúmen do trato gastrointestinal, como por exemplo, a compressão do duodeno pela artéria mesentérica superior (síndrome de Wilkie). Dentre os acometimentos mais comuns, dor abdominal (epigástrico) e obstrução intestinal são os que mais se destacam nos bezoares compostos por

cabelo. Entretanto, o paciente também pode apresentar perda de peso, diminuição do apetite ou vômitos pela constante distensão gástrica (Saleem; Talat; Mirza, 2020).

Dentre as complicações que podem estar presentes num tricobezoar, a obstrução intestinal mecânica alta se destaca. Estima-se que mais de noventa por cento das complicações mecânicas da patologia são oriundas da obstrução intestinal. Entretanto, também podem estar presentes como complicações: perfuração gástrica ou intestinal, intussuscepção, icterícia obstrutiva, pancreatite, gastrite crônica, anemia ferropriva ou megaloblástica crônica, apendicite, câncer gástrico e polipose. Ademais, a presença de uma obstrução intestinal difusa, rara, que se inicia no estômago e se estende até porções colônicas, apresenta um epônimo, chamada síndrome de Rapunzel, devido ao comprido e fino segmento de cabelo que é tirado nas cirurgias de desobstrução intestinal em pacientes com essa síndrome, fazendo referência a personagem do livro dos irmãos Grimm, de 1815 (Spadella; Saad-Hossne; Saad, 1998).

Diante do fato que as obstruções intestinais (OI) são as mais comuns complicações de um tricobezoar, é indubitável ter conhecimento acerca de sua gravidade e suas características. Devido a sua fisiopatologia, a quase totalidade das OI's (98%) por bezoar terão acometimento inicial no estômago. O avanço da obstrução para além da região gástrica irá depender da velocidade de crescimento da massa, bem como da sintomatologia do paciente. Pacientes que apresentam menos sintomatologia, que suportam níveis mais elevados de distensão (em geral crianças), tendem a apresentar casos de obstrução mais extensos, extrapolando o estômago e invadindo intestino delgado e, por vezes, o cólon, como na síndrome de Rapunzel (Phillips; Salman; Drugas, 1998).

A obstrução intestinal por bezoar se comporta como qualquer outra obstrução mecânica alta. Sintomas como vômitos, náuseas, alcalose (mais raramente, acidose) metabólica, hipocalemia, hipovolemia e hemoconcentração são comuns nesses casos. Por isso, antes mesmo de uma conduta definitiva acerca dessa complicação, a correção dos distúrbios hidroeletrolíticos e ácido-base bem como uma hidratação endovenosa podem aumentar a sobrevida desse paciente e podem melhorar o estado geral do paciente pré-intervenção à obstrução (Walsh *et al.*, 2001).

O diagnóstico definitivo de bezoar composto primariamente por pelos será definitivamente em uma possível intervenção, seja ela cirúrgica ou endoscópica. Entretanto, atualmente, a tomografia computadorizada de abdome é considerada o método de escolha para um diagnóstico acurado de tricobezoar. Este exame, que é relativamente bem difundido e presente em quase todos os hospitais de nível terciário, evidenciará dilatação do segmento gastrointestinal acometido bem como mostrará a presença de uma massa composta por corpo estranho impactada neste segmento, com possibilidade de haver retenção de gases nos interstícios. O uso de contrastes nas TC's fica a critério médico. Entretanto,

estudos mostram que o uso de contraste não aumentou a acurácia diagnóstica se comparada às tomografias sem contraste. Como alternativas a TC, contudo menos acuradas, estão a radiografia e a ultrassonografia abdominal. As ressonâncias magnéticas não se mostraram um exame de imagem superior às tomografias pois os sinais de densidade da ressonância são baixos e são facilmente confundidos com ar. Por isso, no momento, as tomografias computadorizadas de abdome é o exame de imagem com melhor custo-benefício-diagnóstico para o tricobezoar (Hill *et al.*, 2020).

Bezoares diagnosticados precocemente, pouco volumosos, antes de desenvolverem suas complicações, podem ser tratados por via endoscópica. Através desse método, o médico intervencionista irá retirar a massa de cabelo impactada no estômago do paciente com o próprio endoscópio. Além disso, devido ao estágio ainda inicial do tricobezoar, o profissional médico poderá, com o aparelho, eventualmente romper e fragmentar a massa que gerou a doença, facilitando a sua remoção e tornando o tratamento menos invasivo (Tanaka *et al.*, 1998).

Todavia, tricobezoares volumosos, que apresentam complicações, tais como a obstrução intestinal, não conseguirão ser retirados pela via endoscópica. Isso acontece devido ao seu tamanho e devido a impossibilidade de se fragmentar a massa, uma vez que bezoares de grande porte são firmes e consistentes o suficiente para o endoscópio não conseguir agir. Portanto, nesses casos, será necessário o tratamento cirúrgico, na maioria das vezes de urgência, onde deverá abrir o segmento gastrointestinal afetado para retirar o bezoar e reestabelecer o trânsito intestinal (Al-osail; Zakary; Abdelhadi, 2018).

Além do tratamento definitivo, seja ele endoscópico ou cirúrgico, é válido, também, fazer a profilaxia secundária para o tricobezoar. Tendo em vista o importante caráter psiquiátrico envolvendo a tricofagia, o acompanhamento e o encaminhamento para o ambulatório de psicologia e psiquiatria tem se mostrado importante medida numa tentativa de evitar e recorrência da doença (Nuno *et al.*, 2012).

Portanto, o tricobezoar é uma patologia incomum, mas de necessária presença nos diagnósticos diferenciais de qualquer obstrução intestinal mecânica alta. Apresenta um forte componente psiquiátrico oculto nesta doença uma vez que a tricofagia é um fator indispensável para a ocorrência dela. Sua sintomatologia é inexistente até a massa apresentar grandes volumes. Com isso haverá as complicações, principalmente a obstrução intestinal, que é a mais comum, e que podem ser graves e exigirem uma intervenção rápida e eficaz. Por isso, um diagnóstico rápido e precoce diminui o grau de invasão e melhora a sobrevida do paciente.

5. CONCLUSÃO

Portanto, o tricobezoar é uma patologia incomum, mas de necessária presença nos diagnósticos diferenciais de qualquer obstrução intestinal mecânica alta. Apresenta um forte componente psiquiátrico oculto nesta doença uma vez que a tricotofagia é um fator indispensável para a ocorrência dela. Sua sintomatologia é inexistente até a massa apresentar grandes volumes. Com isso haverá as complicações, principalmente a obstrução intestinal, que é a mais comum, e que podem ser graves e exigirem uma intervenção rápida e eficaz. Por isso, um diagnóstico rápido e precoce diminui o grau de invasão e melhora a sobrevida do paciente.

REFERÊNCIAS

- AL-OSAIL, E. M.; ZAKARY, N. Y.; ABDELHADI, Y. Best management modality of trichobezoar: A case report. **International Journal of Surgery Case Reports**, v. 53, n. 8, p. 458-460, 2018.
- COUTO, C. A. S. et al. Tricobezoar gástrico gigante: relato de caso e revisão de literatura. **Radiologia Brasileira**, v. 43, n. 1, p. 30-33, 2010.
- GORTER, R. R. et al. Management of trichobezoar: case report and literature review. **Pediatric Surgery International**, v. 26, n. 5, p. 457-463, 2010.
- HILL, C. J. et al. Human and Doll's Hair in a Gastric Trichobezoar, Endoscopic Retrieval Hazards. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 71, n. 2, p. 163-170, 2020.
- NUNO, M. et al. Trichophagia and Trichobezoar: Case Report. **Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health**, v. 8, n. 9, p. 43-45, 2012.
- PHILLIPS, M. R.; SALMAN, Z.; DRUGAS, G. T. Gastric Trichobezoar: Case Report and Literature Review. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 73, n. 7, p. 653-656, 1998.
- SALEEM, M.; TALAT, N.; MIRZA, M. B. Gastrointestinal trichobezoar: Na experience with 17 cases. **Journal of Pediatric Surgery**, v. 55, n. 11, p. 2504-2509, 2020.
- SPADELLA, C. T.; SAAD-HOSSNE, R.; SAAD, L. H. C. Tricobezoar Gástrico: Relato de caso e Revisão de literatura. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 13, n. 2, p. 102-105, 1998.
- TANAKA, H. et al. Laparoscopic removal of a large gastric trichobezoar. **Journal of Pediatric Surgery**, v. 33, n. 4, p. 663-665, 1998.
- WALSH, J. G. et al. Trichobezoar. **Journal Of The Royal Society Of Medicine**, v. 94, n. 2, p. 68-70, 2001.