

Tricobezoar: Relato de Caso Pediátrico¹

ALYNE ROCHA ADEODATO ANDRADE

Médica Residente de Pediatría

Hospital Universitário Getúlio Vargas - HUGV

Manaus, Estado do Amazonas, Brasil

Abstract

Objective: To report on a patient's case. **Literature review:** The term bezoar is correlated to the accumulation of foreign materials that are not digested in the digestive tract, and are very common to be found in the stomach and parts close to the thin. They are mostly diagnosed in women under the age of thirty. The most common complaints are abdominal pain, episodes of nausea without vomiting, and in many cases the presence of fever. Trichobezoars can be diagnosed by imaging exams associated with the clinic. When diagnosed, they can be removed surgically through laparotomy and gastrostomy. **Final considerations:** It is important that, in addition to performing the extraction for acute surgical treatment, the psychiatric consultation is extremely important to prevent relapses and the psychiatric consultation and follow-up are essential, especially considering the need to prevent recurrences of the condition or the replacement of trichotillomania with other disorders compulsive substitutes (TAY YK, et al., 2004), even in patients where behavioral problems are not obvious.

Keywords: Trichobezoar; Bowel obstruction, treatment.

Resumen

Objetivo: Informar sobre el caso de un paciente. **Revisión de la literatura:** El término bezoar se correlaciona con la acumulación de materiales extraños que no se digieren en el tracto digestivo, y son muy comunes en el estómago y partes cercanas a la delgadez. Se diagnostican principalmente en mujeres menores de treinta años. Las quejas más frecuentes son dolor abdominal, episodios de náuseas sin vómitos y, en muchos casos, presencia de fiebre. Los tricobezoares se pueden diagnosticar mediante exámenes por imágenes asociados con la clínica. Cuando se diagnostican, se pueden extirpar quirúrgicamente mediante laparotomía y gastrostomía.

¹ [ENG.] Trichobezoar: Pediatric case report.

[ESP.] Tricobezoar: reporte de caso pediátrico.

Consideraciones finales: *Es importante que, además de realizar la extracción para el tratamiento quirúrgico agudo, la consulta psiquiátrica es de suma importancia para prevenir recaídas y la consulta psiquiátrica y el seguimiento son fundamentales, especialmente considerando la necesidad de evitar recurrencias de la condición o el sustitución de la tricotilomanía por otros trastornos sustitutivos compulsivos (TAY YK, et al., 2004), incluso en pacientes en los que los problemas de conducta no son evidentes.*

Palabras clave: Tricobezoar; Obstrucción Intestinal; Tratamiento.

Resumo

Objetivo: *Relatar sobre o caso de uma paciente* **Detalhamentos de Caso:** *Paciente de 8 anos, feminino, parda, com história de estar há 8 meses com dor abdominal, anorexia, perda de peso de 10kg, vômitos, diarreia intermitente e aumento abdominal. Fora feito desparasitação intestinal no último ano, sem melhora clínica. Possui história prévia de tricotilomania desde os 2 anos de idade. Ao exame físico paciente encontrava-se desidratada 2+/4+, baixo peso (zcore -2,39), abdômen distendido. Foi apresentada ultrassonografia de abdome com resultado prejudicado por meteorismo, e após foi Fora realizada tomografia computadorizada (TC) de abdome comprovando formação expansiva heterogênea, com gás e debris em seu interior, de aspecto enovelado, ocupando e promovendo acentuada distensão da cavidade gástrica, e que se estendia até a 2ª porção duodenal. Foi realizada a laparotomia exploradora, com retirada de Tricobezoar por meio de gastrostomia, onde a paciente apresentou boa evolução clínica no pós-operatório, recebendo alta hospitalar no 4º dia pós-cirúrgico, com dieta por via oral e encaminhada ao serviço de pediatria e posteriormente psiquiatria. Considerações finais:* *Portanto, é imprescindível que além do tratamento cirúrgico agudo, a consulta psiquiátrica é extremamente importante para prevenir recaídas e a consulta e seguimento psiquiátrico são essenciais, especialmente considerando a necessidade de evitar recidivas do quadro ou a substituição da tricotilomania por outros distúrbios compulsivos substitutivos (TAY YK, METRY DW, 2004), mesmo em pacientes em que problemas comportamentais não são óbvios.*

INTRODUÇÃO

O termo bezoar inicialmente surgiu na medicina no século XII por meio da palavra persa *padzahar*, com a definição etimológico de antídoto. A sua manifestação foi conferida a um cirurgião árabe, que realizava a extração de bezoares gástricos de cabras e as aplicava de acordo com os seus supostos grandes poderes curativos (ANDRADE CS, et al., 2019)

Por este motivo, estudos sobre os mesmos tornaram-se constantes, apesar de serem casos raros, visto sua grande relação com diagnóstico

diferencial de patologias gastrointestinais e a sua variedade de causas (SILVEIRA HJV, et al., 2012).

O cabelo humano é resistente à digestão e ao peristaltismo devido à sua superfície lisa, levando ao seu acúmulo entre as dobras da mucosa do estômago. Durante um período de tempo, a ingestão contínua de cabelo leva à impactação do cabelo junto com muco e comida, causando a formação de um tricobezoar (BARBOSA CA, et al., 2021).

Mais comumente encontrado na pediatria é o tricobezoar. Normalmente estes são associados a tricotilomania, que é compulsão por arrancar o cabelo, e a tricofagia, que é o hábito de comer o cabelo.

É um termo utilizado para designar o acúmulo de algumas substâncias ingeridas e não digeridas no estômago ou no intestino. Embora não seja de ocorrência frequente, representa causa importante de dor abdominal. Os bezoares são classificados segundo o material que os formam (CZERWIŃSKA K, et al., 2015)

Estes por sua vez são constituídos de materiais ingeridos por estrangeiros que acumulam-se no trato gastrointestinal, classificados de acordo com aos seus componentes / materiais originais e na maioria das vezes permanecem centrado dentro do estômago, e quando são composto por bezoares de cabelo são titulados de tricobezoar, que é o segundo mais comum tipo de bezoar (SÍNDROME DE LALITH S, 2017).

O cabelo humano é resistente à digestão e também ao peristaltismo devido à sua superfície lisa. Portanto, ele se acumula entre as pregas da mucosa do estômago. Durante um período de tempo, a ingestão contínua de cabelo leva à impactação do cabelo junto com muco e comida, causando a formação de um tricobezoar. Na maioria dos casos, o tricobezoar fica confinado no estômago. Em alguns casos, entretanto, o tricobezoar se estende através do piloro até o jejuno, íleo ou mesmo cólon. Essa condição, chamada de síndrome de Rapunzel, foi descrita pela primeira vez por Vaughan et al. em 1968 (NAIK S, et al., 2007), Além disso, incidentalmente, partes da cauda podem se quebrar e migrar para o intestino delgado, causando obstrução intestinal (PALANIVELU C, et al., 2007)

Na pediatria a incidência é maior a partir da adolescência, normalmente com transtornos psicológicos que levam a tricofagia, fazendo assim do tricobezoar a variante mais comum nesta faixa etária (ISBERNER RK, et al., 2010).

Sua ocorrência é predominantemente observada em adolescentes; no entanto, sua incidência em crianças com menos de 10 anos de idade está aumentando (SPADELLA CT, et al., 1998).

Os sintomas do tricobezoar mais comuns são dor abdominal, diarreia, vômito, edema e anemia, podendo ocasionar obstrução e perfuração intestinal, nos casos mais avançados. O tratamento recomendado é a remoção imediata da massa por meio de laparotomia e, em alguns casos, a ressecção de porções do intestino (APPAK YÇ, et al., 2018).

Os tricobezoares são mais resistentes ao tratamento pelos métodos habituais e geralmente volumosos, requerem, extração cirúrgica (BARBOSA CA, et al., 2021).

O tratamento da maioria dos casos obstrutivos é cirúrgico, por enterotomia ou gastrotomia (dependendo da localização). Entretanto, o papel da endoscopia na retirada de bezoares de menor tamanho vem crescendo cada vez mais, devido a menor taxa de complicações pós-operatórias. Visando evitar complicações, deve-se acionar o acompanhamento psiquiátrico ao atendimento multidisciplinar dos casos, já que tratando a causa base, haverá menor frequência de casos recorrentes (NAIK S, et al. 2017).

DETALHAMENTO DO CASO

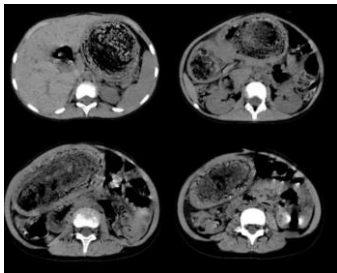
Paciente de 8 anos, feminino, parda, natural e procedente de Manaus, com história de estar há 8 meses com dor abdominal, anorexia, perda de peso de 10kg, vômitos, diarreia intermitente e aumento abdominal. Fora feito desparasitação intestinal no último ano, sem melhora clínica. Possui história prévia de tricotilomania desde os 2 anos de idade.

Ao exame físico paciente encontrava-se desidratada 2+/4+, baixo peso (zscore -2,39), abdômen distendido, massa abdominal palpável de aproximadamente 20 cm de consistência fibroelástica em mesogastro.

Trouxe consigo ultrassonografia de abdome com resultado prejudicado por meteorismo. Fora então realizada tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciando formação expansiva heterogênea, com gás e debris em seu interior, de aspecto enovelado, ocupando e promovendo acentuada distensão da cavidade gástrica, e que se estendia até a 2ª porção duodenal.

Realizou-se laparotomia exploradora, com retirada de Tricobezoar por meio de gastrostomia. Paciente apresentou boa evolução clínica no pós-operatório, recebendo alta hospitalar no 4º dia pós-cirúrgico, com dieta por via oral e encaminhada ao serviço de pediatria e posteriormente psiquiatria.

Figura 1. Tomografia: Cavidade gástrica distendida por volumosa formação expansiva, heterogênea, de aspecto enovelado, com gás e debris em seu interior, estendendo-se até a 2ª



Fonte: Autora, case, reservado anonimato.

Figura 2. Imagem da cirurgia: Laparotomia exploradora com dilatação duodenal.porção duodenal.



Fonte: Autora, case, reservado anonimato.

DISCUSSÃO

Como o nome indica, o tricobezoar é uma consolidação de cabelo, que, devido às suas propriedades estruturais, é resistente às enzimas digestivas e se acumula nas pregas da mucosa gástrica, impactando com restos alimentares e muco (PASCHOS K.A, et al., 2019). O quadro inicial é normalmente inespecífico e tardio, podendo os doentes permanecer assintomáticos durante vários anos. Assim, as manifestações iniciais podem abranger desde os sintomas mais comuns, como desconforto epigástrico, dor abdominal, náuseas e vômitos, até a quadros graves de desnutrição e anemia por ulceração da mucosa gástrica, ou de abdómen agudo, por oclusão intestinal ou perfuração de víscera

O tricobezoar é o segundo mais comum, dentre os tipos de bezoares, ficando atrás apenas do fitobezoar, e sua evolução d associa-se a morbidades psiquiátricas como tricofagia e tricotilomania, mas mesmo nesses pacientes, sua prevalência varia de apenas 0,5% a 1%2,3. A tricotilomania, que perfaz 0,06% a 4%4 das desordens psiquiátricas, está interligada à depressão, ansiedade e baixa autoestima (JATAL SN, et al., 2015)

Os tricobezoares são compostos por cabelo ou pelo, ocorrendo cerca de 90% em doentes do sexo feminino com idade inferior a 20 anos (TIWARY SK, et al, 2011).

O local onde o cabelo é puxado é mais comumente no couro cabeludo, mas pode ocorrer nos cílios, sobrancelhas e área púbica (COUFAL NG, et al., 2011) Raramente os pacientes com este distúrbio mastigam cabelo de outras fontes, incluindo cabelo de perucas (KOC O, et al., 2009)

O cabelo humano é resistente à digestão e também ao peristaltismo devido à sua superfície lisa, levando ao seu acúmulo entre as pregas da mucosa do estômago. Durante um período de tempo, a ingestão contínua de cabelo leva à impactação do cabelo junto com muco e comida, causando a formação de um tricobezoar (MEHTA R, et al., 2010)

São mais comuns em mulheres jovens com problemas psiquiátricos e casos de obstrução intestinal são mais comuns em crianças, onde raramente um episódio de tricobezoar ocorre (SEHGAL, VN, SRIVASTAVA G 2006).

Os tricobezoares, que são concreções de cabelos principalmente engolidos, formam o próximo grupo mais comum. Eles são geralmente encontrados em crianças e adolescentes do sexo feminino com distúrbios psiquiátricos e neurológicos, como tricotilomania (desejo de arrancar o cabelo), tricofagia (desejo de comer o cabelo), retardo mental e distúrbios emocionais (CINTOLO J,et al., 2009).

Os pacientes afetados permanecem assintomáticos por muitos anos. Os sintomas se desenvolvem à medida que o bezoar aumenta de tamanho. As apresentações mais comuns são dor abdominal, náuseas / vômitos, obstrução e peritonite. Menos frequentemente, os pacientes

apresentam perda de peso, anorexia, hematêmese e intussuscepção (OBINWA O, et al., 2017)

Os tricobezoares formam-se gradual e lentamente, são originados pela ingestão de cabelos, em geral no estômago devido a sua estrutura anatômica estreita em antro (píloro), características que diferem do caso apresentado, já que o mesmo apresentou maior volume de pelos acumulados em transição jejunoileal (BARGAS OCHOA M, et al, 2018).

O diagnóstico normalmente envolve correlacionar a clínica com exames de imagem. O raio x de abdome contrastado e a ultrassonografia de abdome podem ser úteis para auxiliar e são mais fáceis de conseguir. A endoscopia digestiva alta (EDA) é capaz de visualizar e identificar qual o componente do bezoar e, dependendo da situação, realizar até mesmo a retirada deste (ISBERNER RK. Et al., 2010)

Os sintomas dos bezoares são muito variáveis e dependem de sua localização e tamanho. Os tricobezoares, geralmente confinados ao estômago, podem gerar sintomas resultantes de processos obstrutivos mecânicos, da compressão parietal e, mais raramente, da perfuração da parede gástrica (CONTRERAS-PARADA L, et al., 2004).

A tomografia é o exame de imagem mais preciso para demonstrar os bezoares, caracterizados como uma massa concêntrica heterogênea aerada com captação periférica de contraste (CASTRO LP e COELHO LGV, 2004).

A tomografia computadorizada possuiu papel importante no diagnóstico nestes casos, evidenciando formação expansiva na luz do estômago, concêntrica e compressiva, com ar e débris em seu interior (IBUOWO AA, et al., 2006)

A tomografia de abdome pode evidenciar massa gástrica intraluminal com presença de ar. Com o diagnóstico firmado de tricobezoar gástrico, deve-se considerar a possibilidade da presença da cauda (Síndrome de Rapunzel) (UÇKUN A, et al., 2001)

O tratamento é na grande maioria das vezes conservador, devendo ser optado por uma abordagem cirúrgica aqueles casos com massas mais volumosas que não responderam a terapêutica inicial ou que estão associados a complicações importantes (SILVEIRA HJV, et al., 2012).

Em uma revisão recente de todos os relatos de casos relativos a bezoares, 100 (92,5%) de 108 pacientes foram tratados com uma laparotomia com uma taxa de sucesso de 99% e uma taxa de complicações de 12% (GORTER RR, et al., 2010).

Portanto, é imprescindível que além do tratamento cirúrgico, a consulta psiquiátrica é extremamente importante para prevenir recaídas e a consulta e seguimento psiquiátrico são essenciais, especialmente considerando a necessidade de evitar recidivas do quadro ou a substituição da tricotilomania por outros distúrbios compulsivos substitutivos (TAY YK, METRY DW, 2004), mesmo em pacientes em que problemas comportamentais não são óbvios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo assim é de suma importância compreender a causa do transtorno que está associado ao tricobezoar e o transtorno psicológico, e desta forma é preciso que mesmo após a remoção por meio de cirurgia, o paciente tenha um acompanhamento com assistência psicológica, pois em muitas situações o paciente pode desencadear crises de ansiedade, e assim tendo um acompanhamento é possível evitar recorrência de um novo caso nos pacientes. De acordo com Tay YK, et al., (2004) é imprescindível que além do tratamento cirúrgico, a consulta psiquiátrica é extremamente importante para prevenir recaídas e a consulta e seguimento psiquiátrico são essenciais, especialmente considerando a necessidade de evitar recidivas do quadro ou a substituição da tricotilomania por outros distúrbios compulsivos substitutivos mesmo em pacientes em que problemas comportamentais não são óbvios. Os pacientes são descritos com pouco entusiasmo, fatigados, facilmente irritáveis e com labilidade emocional. O tratamento recomendado é a terapia cognitiva comportamental com práticas para reversão de hábitos. Os psicofármacos em geral são mais para controlar os sintomas de ansiedade ou depressivos, os quais podem acompanhar o quadro (TORALES, 2017). Segundo Souza RS, et AL., (2019) os tricobezoares são raros mas podem ser diagnosticado por exame clínico minucioso, principalmente alertando para a presença de tricolomania, e que na suspeita de bezoar, o diagnóstico deve se de início, a fim de minimizar complicações.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE CS et al., «Bezoar gástrico e intestinal: caso clínico e revisão da literatura», 2009, Acedido: 13-Nov-2019.
2. APPAK YÇ, et al. The cause of abdominal mass in a child with celiac disease: Rapunzel syndrome. A case report. Sao Paulo Med J [Internet]. 2018 Mai; [citado 2018 out 01]; 137(3):292-4.
3. BARBOSA CA, et al. TRICOBESOAR GÁSTRICO: RELATO DE CASO. Medicina: aspectos epidemiológicos, clínicos e estratégicos de tratamento 5, Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.
4. CASTRO LP, Coelho LGV. Divertículos, vólculos, dilatação gástrica aguda, corpos estranhos (bezoares), infecções crônicas e outras doenças raras. In: Bicalho AS editor. Gastroenterologia. 1ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2004. p. 524-5
5. CINTOLO J, Telem DA, Divino CM, Chin EH, Midulla P (2009) Laparoscopic removal of a large gastric trichobezoar in a 4-year-old girl. JSLS 13(4): 608-611.
6. CONTRERAS-PARADA L, Figueroa-Quiñónez 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.
7. COUFAL NG, Kansagra AP, Doucet J, et al. Tricobezoar gástrico causando obstrução intestinal intermitente: relato de um caso e revisão da literatura. Case Rep Med 2011; 2011: 217570]
8. CZERWIŃSKA K, Bekiesińska-Figatowska M, Brzewski M, Gogolewski M, Wolski M. Trichobezoar, rapunzel syndrome, trichoplaster bezoar - a report of three cases. Pol J Radiol. 2015; 80:241-6

9. GORTER RR, Kneepkens CM, Mattens EC, et al. Manejo do tricobezoar: relato de caso e revisão da literatura. *Pediatr Surg Int* 2010; 26: 457-63.
10. IBUOWO AA, Saad A, Okonkwo T. Giant gastric trichobezoar in a young female. *Int J Surg.* 2006; 6:e4–e6.
11. 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):63-65.
12. 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.
13. KOC O, Yildiz FD, Narci A, et al. Uma causa incomum de perfuração gástrica na infância: tricobezoar (síndrome de Rapunzel). Um relato de caso. *Eur J Pediatr* 2009; 168: 495-7
14. MEHTA R, El-Baba MF, Poulik JM, et al. Quanto tempo leva para um tricobezoar se formar? *South Med J* 2010; 103: 847-8
15. Naik S, Gupta V, Rangole A, Chaudhary AK, Jain P, Sharma AK (2007) síndrome de Rapunzel revisada e redefinida. *Dig Surg* 24: 157-161.
16. OBINWA Obinna, Cooper David, Khan Faraz, O'Riordan James M. A síndrome de Rapunzel não é apenas um mero problema cirúrgico: um relato de caso e uma revisão do tratamento atual. *World J. Clin. Casos.* 2017; 5 (fevereiro (2)): 50–55. Publicado online em 16 de fevereiro de 2017.
17. PALANIVELU C, et AL. Tricobezoares no estômago e íleo e sua remoção assistida por laparoscopia: um caso bizarro. *Singapura Med J* 48: 37-39, 2007.
18. PASCHOS K.A. e A. Chatzigeorgiadis, «Pathophysiological and clinical aspects of the diagnosis and treatment of bezoars», *Ann Gastroenterol*, vol. 32, n. 3, pp. 224– 232, 2019
19. SEHGAL VN, Srivastava G. Trichotillomania ± trichobezoar: revisited. *Eur Acad Dermatol Venereol* 2006 Sep;20(8):911-5.
20. SHAH D, Desai AB. Isolated ileal bezoar causing small bowel obstruction. *BMJ Case Rep.* 2012;2012.
21. 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.
22. Síndrome de Lalith S. Rapunzel. *Journal of Clinical and Diagnostic Pesquisa.* 2017; 11: TD01 – TD02.
23. SPADELLA CT, Saad-Hossne R, Saad LHC. Tricobezoar gástrico: relato de caso e revisão da literatura. *Acta Cir Bras.* 1998;13(2).
24. TAY YK, Levy ML, Metry DW. Trichotillomania in childhood: case series and review. *Pediatrics.* 2004; 113(5):pe494
25. TIWARY SK, Kumar S, Khanna R, Khanna AK. Recurrent Rapunzel syndrome. *Singapore Med J.* 2011;52(6):e128-30
26. UÇKUN A, Sipahi T, Igde M, Uner C, Cakmak O. Is it possible to diagnose Rapunzel syndrome pre-operatively? *Eur J Pediatr* 2001 Nov;160(11):682-3.