

TRICOBEZOAR RETAL: RELATO DE UM CASO RARO NA LITERATURA

RECTAL TRICHOBEZOAR: REPORT OF A RARE CASE IN LITERATURE

Marcos Aurélio Pessoa Barros¹, Thiago Camelo Mourão², Nathalia Siqueira Robert Pinto²,
Victor José Timbó Gondim²

RESUMO

O bezoar compreende o acúmulo de substâncias não-digeríveis (folhas, pêlos, pedras, produtos lácteos, medicamentos, entre outros) no trato digestório. Sua importância deve-se ao quadro clínico por vezes inespecífico e às complicações que podem surgir. Apresentamos aqui o caso de uma paciente de 62 anos atendida no serviço de Cirurgia Oncológica com quadro de um mês de evolução e suspeita inicial de neoplasia colorretal. Exames complementares não elucidaram o diagnóstico, que só foi feito após abordagem cirúrgica por laparotomia exploratória. Após a mesma, a paciente evoluiu com piora do estado geral e foi transferida para a UTI do hospital, falecendo devido a complicações septicêmicas. Esse caso demonstra as dificuldades para se chegar nesse diagnóstico e que o atraso pode resultar em complicações letais para o paciente.

Palavras-chave: *Tricobezoar; reto; obstrução intestinal; corpo estranho*

ABSTRACT

Bezoar is a foreign body in the digestive tract originated from ingestion of non-digestible substances (leaves, hair, rocks, milk products, drugs, etc). Undetermined clinical signs and severe complications make it an important diagnosis. We report the case of a 62-year-old female patient who was seen at the Oncological Surgery Department of Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. The patient reported having low gastrointestinal symptoms for a month. Colorectal neoplasia was initially suspected. Blood and image diagnostic tests were not elucidative. The diagnosis was confirmed only after surgical approach. The patient had a poor postoperative follow-up and died after complications of septicemia. This case demonstrates the difficulties to confirm such diagnosis and the lethal complications caused by diagnosis delay.

Keywords: *trichobezoar; rectum; intestinal obstruction; foreign body*

Rev HCPA 2010;30(2):166-168

O bezoar é um termo usado para definir o acúmulo de substâncias não-digeríveis (como folhas, pêlos, pedras, medicamentos, produtos lácteos, entre outros) que são encontradas no trato digestório de homens e animais (1). Os bezoares eram conhecidos antes da era cristã, sendo considerados talismãs ou antídotos que beneficiavam seu portador (2).

No entanto, eles possuem uma importância clínica já demonstrada, devido à sintomatologia que produzem e às complicações, às vezes letais, que podem surgir. Tais complicações podem ser acarretadas principalmente em decorrência de um diagnóstico tardio.

São relativamente raros e a sua ocorrência, na maior parte dos casos, se dá no estômago e trato digestivo superior. Mais raros ainda são os casos com mais de um bezoar no mesmo indivíduo e aqueles com localização extragástrica (3).

O objetivo deste estudo é relatar o acompanhamento de um caso de tricobezoar com localização no reto em paciente do sexo feminino tratada no serviço de Cirurgia Oncológica.

RELATO DE CASO

AAF, de 62 anos, do sexo feminino, foi inicialmente admitida com queixa de dor abdomi-

nal intensa em hipogástrio e fossa ilíaca esquerda, dor ao defecar, hematoquezia e constipação há um mês, sendo inicialmente proposto o diagnóstico de neoplasia colorretal. Associado a este quadro, a paciente referia sintomas gerais como adinamia, anorexia e febre há vários dias. No exame físico, a paciente apresentava-se hipocorada, com distensão abdominal e massa palpável no hipogástrio. Durante a internação, a paciente evoluiu com polaciúria, disúria e episódios de lipotímia e vômitos pós-prandiais. O laudo da ultrassonografia abdominal realizada no 7º dia do internamento evidenciou grande distensão abdominal gasosa, com grande retenção de fezes, impossibilitando avaliação de órgãos pélvicos, sigmóide e reto; além de visualizada litíase biliar. A biópsia de fragmentos do cólon evidenciou colite crônica inespecífica e afastou o diagnóstico de neoplasia colorretal.

Foram realizados exames hematológicos e bioquímicos que não revelaram outros dados significativos, exceto uma anemia moderada (Hb: 9,20g%; Ht: 28,30%). O exame de urina tipo I não evidenciou crescimento bacteriano ou outras anormalidades.

A tomografia computadorizada abdominal evidenciou dilatação do cólon descendente e sigmóide com questionável presença de espessamento parietal reto-sigmóide (figura 1).

1. Serviço de Cirurgia Oncológica, Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza.

2. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará.

Contato: Thiago Camelo Mourão E-mail: thiagocmourao@gmail.com (Fortaleza, CE, Brasil).

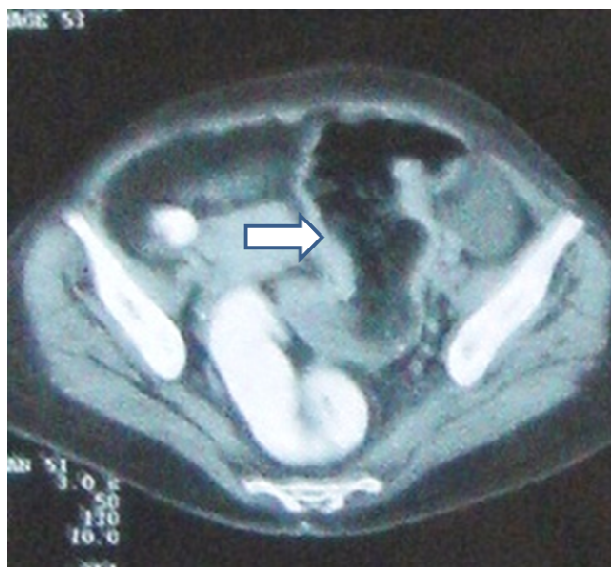


Figura 1 – Tomografia computadorizada pélvica com dilatação de cólon descendente e provável espessamento parietal (seta).

Foi solicitada investigação cirúrgica para definir o acometimento. Na cirurgia, foram evidenciados aproximadamente 2000 mL de secreção purulenta e fezes na cavidade abdominal, perfuração de reto superior e massa de 6,0 cm de diâmetro (Tricobezoar). Além desses, foi também evidenciado ovário direito endurecido e com aspecto tumoral. Após limpeza da cavidade, realizaram-se então uma ooforectomia e retossigmoidectomia, seguida de colostomia à esquerda. A paciente evoluiu com dispnéia grave, permanecendo agitada, desorientada, afebril, intensamente descorada, sendo transferida para a UTI do hospital. Seguido a isso, a paciente foi a óbito devido a quadro septicêmico.

DISCUSSÃO

Os bezoares, de um modo geral, são mais frequentes em pacientes que realizaram cirurgia gástrica prévia e em pacientes com distúrbios psiquiátricos (4). Segundo DeBakey e Oschner (1938), 91,4% dos casos de tricobezoar ocorreram em mulheres, havendo uma predominância de indivíduos menores de 30 anos (80%). Tais afirmações causam surpresa no caso em questão, uma vez que se trata de uma paciente de 62 anos sem sinais de transtornos psiquiátricos ou alopecia.

O próprio DeBakey observou que apenas 9% dos pacientes com tricobezoar apresentavam algum distúrbio psiquiátrico evidente e 50% deles negavam a ingestão de cabelos.

Com relação ao acometimento em idosos, foi sugerida uma associação dos bezoares à mastigação deficiente por ausência de dentes e à deglutição rápida (5) e ainda relação com patologias como diabetes, hipotireoidismo, distrofia muscular e câncer gástrico (2).

O tricobezoar já foi descrito como tendo aparência de colméia e revestido pelo muco acumulado no interior do trato gastrointestinal. De odor pútrido, devido à deposição de alimentos em seu interior, sua ocorrência propicia um risco aumentado de infecção, como foi anteriormente visto no caso em questão (6).

Baseando-se novamente nas pesquisas de DeBakey e Oschner, os sintomas mais frequentes foram epigastria às refeições (70%); náuseas e vômitos (65%); astenia, anorexia e perda de peso (38%); alterações do hábito intestinal (32%) e hematêse (6%) (1). De fato, pela própria localização rara do tricobezoar retal, os sinais e sintomas apresentados pela paciente do caso foram diferentes em relação aos citados.

Já foram relatados outros casos de bezoar no intestino grosso (7-10), causando obstrução intestinal, como um relatado após realização de uma retocoliectomia total com anastomose íleoanal (7). Além de reportado um caso de tricobezoar em divertículo de Meckel (10). Relatos de casos denominados Síndrome de Rapunzel também foram encontrados. Em tais casos, um tricobezoar estende-se do estômago até o cólon, preso a uma massa principal de fios na cavidade gástrica (12).

Importante ser destacada a maior predisposição a múltiplas perfurações intestinais que esses pacientes possuem. Esta complicação, como vista, foi evidenciada neste caso clínico. Acredita-se que as perfurações resultem de úlceras de pressão, devido ao constante impacto da massa de fios à parede intestinal ou gástrica (13).

O tratamento, por sua vez, é essencialmente cirúrgico. Realizado mais comumente por gastrotomia ou enterotomia, dependendo do caso. No entanto, para bezoares menores e de localização mais favorável, tratamentos conservadores foram propostos, como fragmentação do bezoar e com terapia enzimática (14), havendo casos que utilizaram Coca-Cola como agente de dissolução (15-16). Assim como também técnicas menos invasivas, como por videolaparoscopia e por endoscopia (17).

REFERÊNCIAS

1. DeBakey M, Oschner A. Bezoars and concretions: a comprehensive review of the literature with analysis of 303 collected cases and a presentation of 8 additional cases. *Surgery* 1939;5(1):132-60.
2. Spadella CT, Saad-Hossne R, Saad LHC. Tricobezoar gástrico: relato de caso e revisão de literatura. *Acta Cir Bras* 1998;13(2).
3. Rodrigues FRA, Cruz CAT, Vianna AL. Tricobezoares no estômago, duodeno e íleo. *Rev Col Bras Cir* 2000;27(2):125-7.
4. Cain GD, Moore Jr P, Patterson M. Bezoars - A complication of the postgastrectomy state. *Dig Dis Sci* 1968;13(9):801-9.

5. Madura MJ, Naughton BJ, Craig RM. Duodenal bezoar: a case report and review of the literature. *Gastrointest Endosc.* 1982;28(1):26-8.
6. Barbosa AL, Bromberg SH, Amorim FC, Gonçalves JE, Godoy AC. Obstrução intestinal por trico-bezoar. Relato de caso e revisão da literatura. *Rev Bras Coloproct.* 1998;18(3):190-3.
7. Góes JRN, Fagundes JJ, Coy CSR, Ayrizono MLS, Moreira APP, Leonardi LS. Retocolectomia total e anastomose íleoanal com reservatório ileal e ocorrência de obstrução intestinal. *Rev Bras Coloproct.* 2004;24(4):329-33.
8. Fronstin MH, Hutcheson JB. Trichobezoar as a cause of obstruction of the colon. *Am Surg.* 1967;33(6):475-7.
9. Sharma RD, Kotwal S, Chintamani, Bhatnagar D. Trichobezoar obstructing the terminal ileum. *Trop Doct.* 2002;32(2):99-100.
10. Gomez N, Duran G, Leon C, Arevalo C, Rojas J, Cassis R, et al. [Intestinal trichobezoar: report of a case]. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 1998;28(1):37-9.
11. Lodewijks HB. Trichobezoar in Meckel's diverticulum. *Arch Chir Neerl.* 1973;25(2):173-7.
12. Vaughan ED, Jr., Sawyers JL, Scott HW, Jr. The Rapunzel syndrome. An unusual complication of intestinal bezoar. *Surgery* 1968 Feb;63(2):339-43.
13. Sharma V, Sharma ID. Intestinal trichobezoar with perforation in a child. *J Pediatr Surg.* 1992;27(4):518-9.
14. Melo VA, Cardoso EG, Melo GB. Tricobezoar gástrico. *Rev Col Bras Cir.* 2002;29(3):179-80.
15. Ha SS, Lee HS, Jung MK, Jeon SW, Cho CM, Kim SK, et al. Acute intestinal obstruction caused by a persimmon phytobezoar after dissolution therapy with Coca-Cola. *Korean J Intern Med.* 2007;22(4):300-3.
16. Matsushita M, Fukui T, Uchida K, Nishio A, Okazaki K. Effective "Coca-Cola" therapy for phytobezoars. *Intern Med.* 2008;47(12):1161.
17. Bartolomucci AC, Marotta A, Santos EM. Tricobezoar gastro-duodeno-jejunal: abordagem videolaparoscópica. *Rev Col Bras Cir.* 2004;31(3):215-6.

Recebido: 30/12/2009

Aceito: 18/05/2010