

TRICOBEOZAR GÁSTRICO RECIDIVANTE ASSOCIADO À DOENÇA PSIQUIÁTRICA: UM RELATO DE CASO

Maria Letícia Barbosa Rinaldi¹; Ana Carolyn Pacheco¹; Bruna Maia Galetti¹; Giulia Akemi Sakashita¹; Tiffany Siqueira Alves¹; Maria Fernanda Possari Vitro¹; Stephany Joaquim do Nascimento¹; Daniel Miguel Mauro²

¹ (Universidade Estadual de Londrina);
² (Departamento de Clínica Cirúrgica da Universidade Estadual de Londrina)

Autor para correspondência: maria.leticia.rinaldi@uel.br

Palavras-chave: Abdome Agudo; Bezoares; Cirurgia Geral; Tricotilomania; Transtornos Mentais;

INTRODUÇÃO

Os tricobezoares resultam da ingestão de cabelo humano, cabelo de bonecas, pelos de animais ou fibras de tapetes. Acumulam-se na luz do trato digestivo, principalmente estômago e porções iniciais do intestino delgado ^{1, 2, 3}. Relaciona-se com os distúrbios psiquiátricos de tricotilomania, impulso incontrolado de puxar e arrancar o próprio cabelo, e tricotofagia, mastigação e ingestão do cabelo arrancado com intuito de escondê-lo ^{2,4}. Contudo, a formação dos tricobezoares é rara, presente em apenas 1% dos pacientes com tricotofagia ³.

OBJETIVOS

O objetivo do artigo é relatar um caso recidivante de tricobezoar gástrico, destacando sua associação com os distúrbios psiquiátricos de tricotilomania e tricotofagia.

RELATO DE CASO

Trata-se de uma paciente do sexo feminino, 24 anos, com queixa de dor epigástrica intensa, há 1 semana, irradiando para dorso, piorando em jejum e acompanhada de náuseas. História prévia de tricotilomania, tricotofagia e retirada de tricobezoar há 5 anos, sem demais comorbidades. Ao exame físico, abdome plano, normotimpânico, doloroso à palpação profunda difusa, principalmente em epigástrio. Sem alterações de exames laboratoriais. Em tomografia contrastada (TC) de abdome, evidenciou-se imagem ovalada heterogênea, com limites bem definidos, em região de piloro gástrico, sem sinais de obstrução (Figura 1). Assim, sob hipótese diagnóstica de bezoar, a paciente foi submetida à Endoscopia Digestiva Alta (EDA), com evidência de tricobezoar de grande dimensão, com progressão restrita em junção gastroesofágica e consequente impossibilidade de retirada via EDA. Paciente foi encaminhada, então, à intervenção cirúrgica com retirada do tricobezoar de 8 cm por laparotomia (Figura 2). Pós-operatório sem intercorrências, com alta hospitalar após 2 dias. Foi orientada dieta pastosa por 1 semana e encaminhamento a centro de atenção psicossocial.

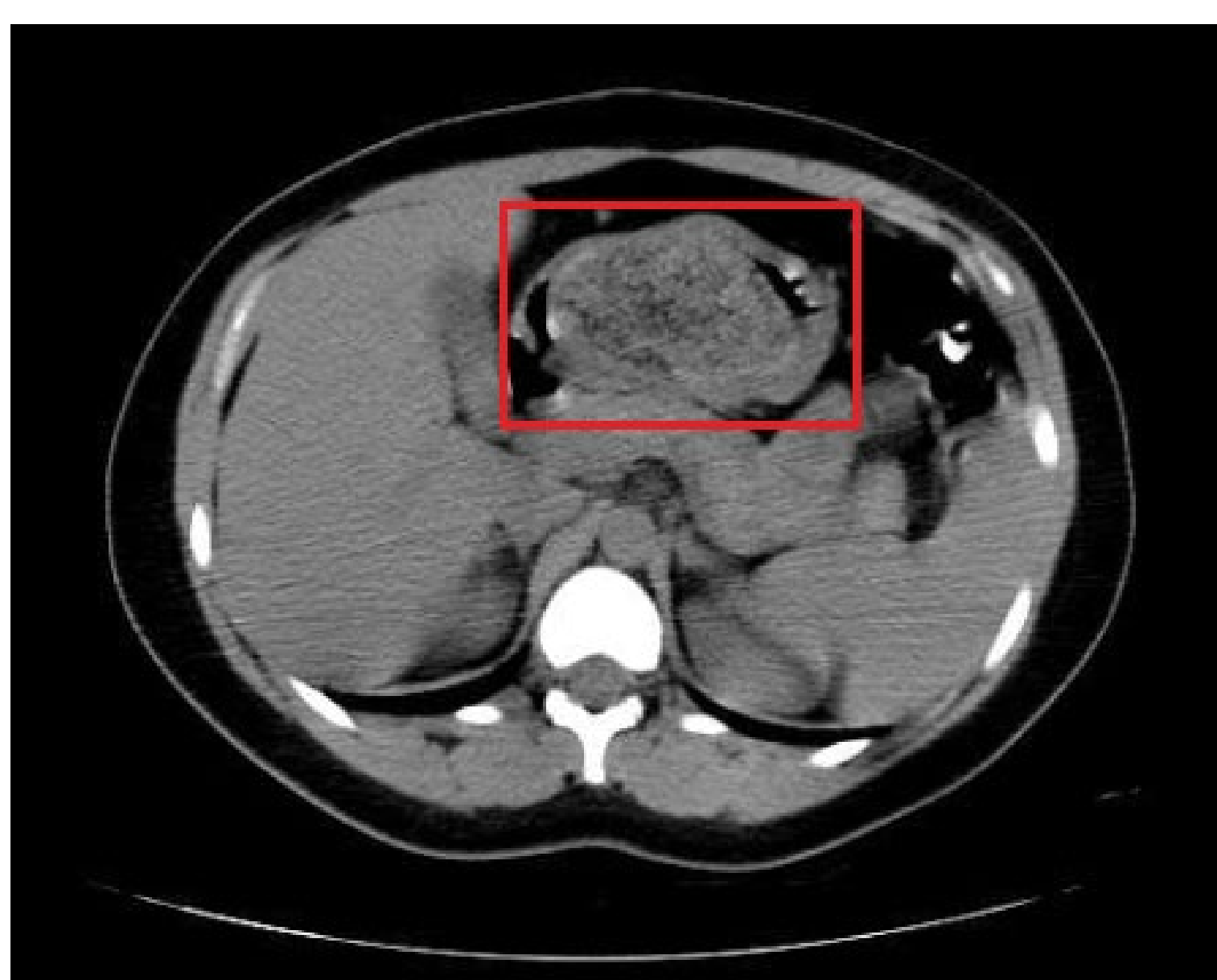


Figura 1. Bezoar ovalado e heterogêneo (quadrado vermelho), com focos gasosos de permeio, limites bem definidos, em região de piloro gástrico, sem sinais de obstrução, em tomografia computadorizada de abdome total.



Figura 2. Tricobezoar de 8 cm retirado via laparotomia.

DISCUSSÃO

Tricobezoar gástrico é raro, mas comumente recidivante, como no caso. Acomete, em sua maioria, mulheres jovens, com histórico de tricotofagia, que pode ter início logo na infância ³. Sem etiologia única, está associado a condições psiquiátricas, como ansiedade, depressão, transtornos de personalidade, pica e onicofagia^{1,2}. Se não diagnosticado, torna-se grave, com taxa de mortalidade de 30% ². Os fios ingeridos param no estômago e aderem à parede pela ação do muco gástrico, se entrelaçando em formato de bezoar. Este facilita a retenção de alimentos, gerando aumento do volume da massa intragástrica, obstrução mecânica e compressão parietal^{2,3}. O quadro varia conforme a localização e volume da massa, a capacidade de distensão estomacal e as complicações decorrentes do quadro^{2,3}. Os sintomas incluem dor abdominal difusa, ausência de evacuação e flatos, vômitos com cabelos e odor fecaloide, saciedade precoce, diarreia e hematêmese². No exame físico, pode haver massa abdominal palpável e alopecia em diversas regiões corporais², não observadas no caso, uma vez que a paciente utilizava mega hair, o qual também ingeria os fios. Os exames diagnósticos variam entre TC, EDA e Ultrassonografia. A EDA também pode ser usada, em casos de massas pequenas, como método terapêutico menos invasivo quando comparada à cirurgia³.

CONCLUSÃO

No relato descrito, a dimensão do bezoar levou à indicação de tratamento cirúrgico. Apesar de raro, o tricobezoar deve ser considerado como diagnóstico diferencial de abdome agudo obstrutivo em pacientes com histórico de tricotofagia e tricotilomania. O quadro clínico é variável. Em geral, independente do tipo de tratamento, este objetiva retirar o tricobezoar e prevenir sua reincidência, devendo ser aliado ao tratamento psiquiátrico, assim como no caso em questão.

REFERÊNCIAS

- Jesus LE, Novelli RJ. Tricobezoares. Rev Col Bras Cir. 2005;32(3):157–160.
- Barros EM, Caldeira AP, Gomes CH, Jorge AS. Tricobezoar gástrico: relato de um caso. Rev Med Minas Gerais 2007; 17(1/2): 60-63.
- Isberner RK, Couto CA, Scolaro BL, Pereira GB, Oliveira R. Tricobezoar gástrico gigante: relato de caso e revisão da literatura. Radiol Bras. 2010;43(1):63–65.