

# TRICOBEOZOAR: UM CASO RARO DE FORMAÇÃO ISOLADA EM INTESTINO DELGADO, NA REGIÃO DE ÍLEO DISTAL. RELATO DE CASO NA CIRURGIA PEDIÁTRICA.

## TRICOBEOZOAR: A RARE CASE OF ISOLATED FORMATION IN THE SMALL INTESTINE, IN THE ILEUM REGION DISTAL. CASE REPORT IN PEDIATRIC SURGERY.

Aísa Quéssia de Albuquerque Marinho<sup>1</sup>  
Maria Cristina Gomes de Abreu<sup>2</sup>

- 1 Médica formada pela Faculdade Santa Marcelina FASM.
- 2 Prof. Dr. Da Disciplina de Cirurgia Pediátrica Curso Médico da FASM.

Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina apresentado à Faculdade Santa Marcelina de Itaquera.  
Recebido para publicação: 2022  
Aprovado pelo COPEFASM – Comitê de orientação a Pesquisa da Faculdade Santa Marcelina

**Endereço para correspondência:**  
maria.abreu@santamarcelina.edu.br

### RESUMO

Os tricobezosares são mais comuns em mulheres jovens e estão frequentemente relacionados com distúrbios psiquiátricos, como tricotilomania e tricofagia. Na maioria dos casos são encontrados confinados ao estômago, mas raramente esses bezosares podem se estender para o intestino delgado, recebendo o nome de Síndrome de Rapunzel. A apresentação clínica está relacionada principalmente com o tamanho do tricobezosar, podendo permanecer assintomático por muitos anos até apresentar manifestações graves características de abdome agudo. Quanto ao diagnóstico podemos destacar a utilização da endoscopia digestiva alta (EDA) por permitir a identificação de bezosares gástricos e do trato gastrointestinal, a imagem radiológica também é muito útil, assim como a TC que possui alta sensibilidade e especificidade auxiliando também no planejamento pré-operatório. O caso apresentado é relevante pela raridade da formação isolada de Tricobezosar em intestino delgado, com poucos casos relatados na literatura e apresenta discussão centrada no diagnóstico e abordagem de uma paciente de 3 anos atendida em um hospital universitário de referência em São Paulo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Abdome agudo. Íleo distal. Intestino delgado. Tricobezosar. Tricofagia. Tricotilomania.

### ABSTRACT

Trichobezoars are more common in young women and are often related to psychiatric disorders such as trichotillomania and trichophagia. In most cases they are found confined to the stomach, but rarely these bezoars can extend to the small intestine, receiving the name of Rapunzel Syndrome. The clinical presentation is mainly related to the size of the trichobezosar, and it may remain asymptomatic for many years until it presents severe manifestations characteristic of an acute abdomen. As for the diagnosis, we can highlight the use of upper digestive endoscopy (UGE) as it allows the identification of gastric and gastrointestinal tract bezoars, radiological imaging is also very useful, as well as CT, which has high

sensitivity and specificity, also helping in preoperative planning. operative. The case presented is relevant due to the rarity of the isolated formation of Tricobezoar in the small intestine, with few cases reported in the literature and presents a discussion centered on the diagnosis and management of a 3-year-old patient treated at a reference university hospital in São Paulo.

**KEYWORDS:** Acute abdomen. Distal ileus. Small intestine. Trichobezoar. Trichophagy. Trichotillomania

## INTRODUÇÃO

Um bezoar é definido como o acúmulo intraluminal de conteúdo parcialmente ou não digerido no trato gastrointestinal, sendo o estômago o órgão mais comum de formação de bezoar <sup>1</sup>.

Sua classificação ocorre de acordo com a sua composição: Fitobezoares (matéria vegetal), sendo o diospirobezoar, formado pela fruta caqui, o responsável pela maioria desses casos; Farmacobezoares (conglomerado de medicamentos), drogas com revestimento entérico como aspirina, sulfassalazina, omeprazol; revestimento de acetato de celulose como verapamil, nifedipina, felodipina, cefaclor e agentes usados para tratamento da constipação como psyllium, polycarbofila, metilcelulose, podem desencadear a formação de benzoar; Lactobezoares (massas não ingeridas de fórmulas lácteas infantis); Tricobezoares (composto de cabelo); e ainda existem outros tipos compostos por uma variedade de outras substâncias, por exemplo, papel, plástico, metais, cimento, fungos, entre outros, visto que toda substância ingerida que não é capaz de ser digerida pelo trato gastrointestinal pode formar massas <sup>1,2</sup>.

Os bezoares gástricos são raros, diversos estudos tentaram avaliar sua incidência e obtiveram resultados variáveis. Um estudo realizado em 1978 descreveu 6 casos de bezoares gástricos em 1400 endoscopias realizadas no trato gastrointestinal superior durante 4 anos, demonstrando uma incidência de 0,43% <sup>3</sup>. Outro estudo foi realizado da mesma forma em 1987, onde foi descrito 14 casos em 3247 endoscopias realizadas ao longo de 7 anos, demonstrando a mesma incidência de 0,43% <sup>4</sup>. Já em 2013, um novo estudo apresentou 49 casos de bezoares em um período de 20 anos, obtendo assim uma incidência menor de 0,068% <sup>5</sup>. Diante desse cenário, o que podemos afirmar é que o bezoar gástrico é uma entidade patológica pouco frequente.

Como fatores de risco para a formação de bezoares podemos destacar a cirurgia gástrica prévia como o mais comum, especificamente a vagotomia e a gastrectomia parcial realizadas em casos de úlceras crônicas, por reduzirem significativamente a quantidade de suco gástrico, o que afeta negativamente a digestão dos alimentos. Em casos ainda mais raros, os bezoares podem atingir o intestino delgado causando obstrução intestinal, nesses casos podem ser observados fatores de risco que comprometem a motilidade intestinal como divertículos, estenoses ou neoplasias <sup>1</sup>. Por fim, existem os fatores de riscos menos comuns, como medicamentos que retardam a motilidade

gástrica, deglutição rápida de grandes quantidades de alimentos, má mastigação devido a próteses artificiais (principalmente em idosos) e doenças psiquiátricas (mais comuns nos casos de tricobezoares), hipotireoidismo, diabetes mellitus, insuficiência renal ou aderências pós-operatórias <sup>7</sup>.

Os tricobezoares, formados por cabelos, são mais comuns em mulheres jovens e estão frequentemente relacionados com distúrbios psiquiátricos, como tricotilomania (distúrbio compulsório de arrancar fios de cabelo e pelos de seu corpo) e tricofagia (comer compulsivamente cabelo e/ou pelos do corpo). Entre os que sofrem de tricotilomania, cerca de 30% desenvolverão tricofagia e, destes, apenas 1% desenvolverá tricobezoar <sup>9</sup>. Alguns outros transtornos psiquiátricos também podem estar associados ao tricobezoar, como por exemplo, transtornos mentais, abuso, pica, transtorno obsessivo compulsivo, depressão e anorexia nervosa <sup>10</sup>. Uma revisão sistemática analisou 1248 casos de tricobezoar, onde 92,9% eram do sexo feminino, foi visto ainda nesse estudo, que a idade de apresentação mais comum foi a primeira (< 5 anos) e meia infância (6-11 anos) para os homens e meia infância e adolescência (12-18) para as mulheres <sup>11</sup>.

Na maioria dos casos o tricobezoar é encontrado confinado ao estômago, mas raramente esse bezoar pode se estender para o intestino delgado, recebendo o nome de Síndrome de Rapunzel. Essa síndrome foi descrita pela primeira vez em 1968 por Vaughan *et al* <sup>12</sup>, sendo um diagnóstico incomum em crianças e apresentando menos de 40 casos relatados na literatura <sup>10</sup>.

As pessoas afetadas por essa entidade patológica podem permanecer assintomáticas por muitos anos e o início dos sintomas pode ser insidioso. A apresentação clínica está relacionada principalmente com o tamanho do tricobezoar, sendo os sintomas mais comuns: desconforto abdominal, plenitude pós prandial, saciedade precoce, náuseas, vômitos, anorexia e perda de peso. Também é possível observar em alguns casos sintomas relacionados ao sangramento do trato gastrointestinal, devido a formação de úlceras e necrose da mucosa por pressão intraluminal causada pelo bezoar, como anemia, melena e hematêmese. E nos raros casos de obstrução ou perfuração intestinal, o paciente pode apresentar manifestações graves características de abdome agudo. Em relação ao exame físico, na maioria dos casos de tricobezoar é normal, exceto pela presença ocasional de massa abdominal palpável e áreas irregulares de alopecia <sup>1,2,10</sup>.

Quanto ao diagnóstico podemos destacar a utilização da endoscopia digestiva alta (EDA) pois, permite identificar bezoares gástricos e do trato gastrointestinal superior através da imagem mais comum de massa única no fundo gástrico, com coloração variada a depender da composição do bezoar (preto, verde, marrom etc.). Porém, essa massa pode não ser única, apresentando na imagem múltiplas massas no estômago, ou ainda mais raramente, impactadas no esôfago ou duodeno. Além da EDA, a imagem radiológica é muito útil para a abordagem diagnóstica. As radiografias simples podem apresentar níveis hidroaéreos que sugerem obstrução intestinal, mas para uma investigação mais detalhada a tomografia computadorizada (TC) com contraste pode fornecer melhor resultado <sup>1,13</sup>.

A TC possui alta sensibilidade (até 90%) e especificidade (até 60%). Além disso, a TC permite a detecção de múltiplos bezoares e exclusão de outras causas de obstrução intestinal, mostrando

detalhadamente a condição das alças intestinais (edema, estrangulamento, isquemia, acúmulo de líquido intra-abdominal) e por fim, permite um planejamento pré-operatório preciso <sup>14</sup>.

Sobre a abordagem terapêutica dos bezoares sabemos que ela é dependente do volume, tipo de material, localização e patologia associada. Atualmente, existem várias opções de tratamento disponíveis, desde a dissolução química da massa até a laparotomia. Devido a localização mais comum ser no estômago, os métodos endoscópicos têm prevalecido no tratamento dos bezoares, através da desintegração mecânica da massa. Entretanto, os tricobezoares, costumam ser resistentes a este método, necessitando de remoção cirúrgica <sup>15,16</sup>.

Quando os tricobezoares estão localizados no trato gastrointestinal inferior (TGI) a intervenção cirúrgica e sua remoção são obrigatórias. A principal cirurgia realizada é a enterotomia e remoção da massa, porém quando ocorre isquemia ou perfuração intestinal, as ressecções segmentares com anastomose e/ou estomas são os procedimentos preferíveis <sup>16</sup>.

A técnica laparoscópica para remoção do bezoar pode ser empregada a depender do caso, ela necessita de um centro médico devidamente equipado, profissional com experiência técnica e avaliação pré-operatória detalhada. Contudo, a cirurgia aberta convencional é o método de tratamento preferencial devido à alta taxa de sucesso, menor tempo operatório, menos complicações e possibilidade de explorar o TGI. Por fim, não podemos esquecer que a avaliação e o tratamento psiquiátrico são de extrema importância para tratar a tricotilomania e tricofagia, impedindo assim, a recorrência do tricobezoar <sup>17</sup>.

## **JUSTIFICATIVA**

Considerando a raridade dessa entidade patológica, visto sua localização isolada em Íleo distal, é importante a disseminação do conhecimento sobre como realizar o diagnóstico, abordagens terapêuticas e possíveis complicações, maximizando assim a eficácia do diagnóstico e tratamento de Tricobezoar em crianças.

## **OBJETIVO**

O Tricobezoar é uma patologia incomum, mas acomete principalmente crianças e adolescentes e está associado na grande maioria dos casos a distúrbios psiquiátricos. Dessa forma, o objetivo desse estudo é descrever as dificuldades de diagnóstico e o manejo além do tratamento cirúrgico de um caso raro de Tricobezoar em uma criança e correlacionar com dados da literatura.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo clínico observacional, retrospectivo, tipo relato de caso de um paciente com formação de Tricobezoar em região de Íleo distal.

Serão utilizados dados do prontuário eletrônico para compilar e coletar a história do paciente, exame físico, exames laboratoriais, exames de imagem e evolução clínica. Para isso, será aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) pelos responsáveis da pesquisa.

Ademais, esse estudo será submetido à Comissão de Orientação à Pesquisa (COPE) da Faculdade Santa Marcelina, e ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição proponente.

## **DESCRIÇÃO DO CASO**

Paciente de 3 anos, feminina, branca. Deu entrada no pronto socorro com história de náuseas, vômitos e diarreia há 4 dias. Os vômitos eram de conteúdo alimentar e possuíam odor fétido, evoluindo para vômitos de conteúdo hemático, segundo relato da responsável pela paciente. Associado apresentou diarreia com presença de muco, dor abdominal difusa e febre de 39°C. Negou presença de melena. Antecedentes patológicos foram negados. Em relação a hábitos alimentares a responsável referiu aleitamento materno exclusivo até o primeiro ano de vida, com introdução de alimentos aos 2 anos, ingerindo as mesmas refeições que os familiares. Quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor a responsável relatou um processo mais lentificado, principalmente em relação a fala, quando comparado com seus irmãos de 11, 9 e 1 ano.

O exame físico revelou sinais de desidratação (boca seca, letargia e avidez por líquidos) e pele e mucosas hipocoradas. O abdômen apresentava discreta distensão, com dor abdominal difusa à palpação com maior intensidade em região hipogástrica, não possuía visceromegalias ou massas palpáveis. Hemograma com hemoglobina em 17,3 g/dl, hematócrito 50,7% e 17 400 leucócitos/ mm<sup>3</sup> com desvia à esquerda e PCR de 21,9. Realizada ultrassonografia (US) de abdome total que revelou importante dilatação hidroaérea das alças colônicas; radiografia simples de abdome (Figura 1) com distensão importante de alças intestinais e aspecto de empilhamento de moedas com edema de alças e nível hidroaéreo, sem presença de fezes em ampola retal e tomografia computadorizada (TC) de abdome com pequena quantidade de líquido livre na pelve e de permeio às alças, importante dilatação com formação de nível hidroaéreo em alças jejunais e ileais, com ponto de redução abrupta de calibre no íleo distal, sugestivo de abdome agudo oclusivo, além de numerosos linfonodos mesentéricos proeminentes medindo 0,7 cm.

Em seguida, a paciente apresentou piora do desconforto abdominal, hematêmese e hipotensão com sinais de sepse, necessitando de antibioticoterapia e drogas vaso ativas (dobutamina). Novos exames laboratoriais foram feitos devido a piora do quadro revelando uma queda da hemoglobina para 11 g/dl, hematócrito para 34,4% e 6942 leucócitos/ mm<sup>3</sup> sem mais desvios.

Após estabilização do quadro, foi realizada laparotomia exploradora devido ao diagnóstico pré-operatório de abdome agudo obstrutivo. Feita uma incisão transversa

infra umbilical e a abertura por planos foi constatado a presença de líquido ascítico e massa endurecida em região de íleo distal com linfonodomegalias múltiplas em mesentério, além da dilatação a montante. Realizada malaxação da massa por aproximadamente 80 cm com posterior abertura de alça (Figura 2) para retirada da mesma que possuía aspecto de Tricobezoar (Figura 3). O procedimento ocorreu sem intercorrências.

No pós-operatório (PO) paciente evoluiu com bom estado geral, aceitação da dieta via oral e preservação das eliminações fisiológicas, recebendo alta no quinto dia de PO. Durante

internação a paciente e sua responsável foram avaliadas pela equipe da psicologia que constatou o distúrbio de tricotilomania (Figura 4) na paciente associado a conflitos familiares e sociais importantes. Sendo assim, orientado o acompanhamento psicológico para ambas e encaminhadas para o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

**Fig.1 – Radiografia simples frente com distensão abdominal e níveis hidroaéreos na parte superior do abdome.**



**Fig. 2: Enterotomia em região de íleo distal com visualização de massa com as aspecto de Tricobezoar.**



Fonte: De autoria própria.

**Fig. 3: Tricobezoar retirada de alça de intestino delgado na região de íleo distal.**



**Fig. 4: Áreas de alopecia devido ao distúrbio de tricotilomania.**



### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os tricobezoaes em sua maioria são encontrados confinados ao estômago, raramente ele se estende para o intestino delgado, Síndrome de Rapunzel, como nesse caso, sendo um diagnóstico incomum e com poucos relatos na literatura <sup>10,12</sup>.

A paciente em questão possui 3 anos e sexo feminino, se enquadrando assim na epidemiologia esperada da doença, onde mais de 90% dos casos de Tricobezoar ocorrem no sexo feminino com a idade de apresentação mais comum entre menores de 5 anos até 11 anos <sup>11</sup>. Além disso, a mesma apresentava como fator de risco para o Tricobezoar um distúrbio psiquiátrico chamado Tricotilomania <sup>8</sup>, que geralmente resulta em alopecia, como nesse caso.

Ao procurar o pronto-socorro a paciente apresentou sintomas que são descritos pela literatura como mais comuns, sendo eles, náuseas, vômitos e dor abdominal difusa, que apesar de

comuns nos casos de Tricobezoar são inespecíficos, dificultando assim o diagnóstico. Em relação ao exame físico ela apresentou um abdômen com discreta distensão e dor difusa a palpação, porém não possuía nenhuma massa abdominal palpável e as áreas irregulares de alopecia passaram despercebidas no primeiro contato com a paciente, o que postergou ainda mais a hipótese diagnóstica de Tricobezoar <sup>1</sup>.

Para investigação diagnóstica foi optado pela realização de exames de imagem que são muito úteis nesses casos, primeiro foi feito uma radiografia simples de abdome que evidenciou importante distensão de alças intestinais e presença de níveis hidroaéreos sugerindo uma obstrução intestinal. Após, para esclarecimento do quadro foi realizada uma TC com contraste, exame que possui alta sensibilidade e especificidade, revelando, além da dilatação com formação de nível hidroaéreo em alças jejunais e ileais, um ponto de redução abrupta de calibre em íleo distal, sugestivo de abdome agudo obstrutivo. Dessa forma, a TC auxiliou no diagnóstico de abdome agudo obstrutivo e no planejamento pré-operatório <sup>1,13,14</sup>.

Visto o ponto de obstrução e a localização em intestino delgado, a conduta adequada é a intervenção cirúrgica para remoção da massa através de enterotomia. Sendo assim, foi realizada laparotomia exploradora para retirada da massa que possuía aspecto de Tricobezoar, método de tratamento preferencial devido à alta taxa de sucesso, menor tempo operatório e menor número de complicações. O procedimento ocorreu sem intercorrências e visto o achado intraoperatório de Tricobezoar a paciente e sua responsável foram avaliadas pela equipe de psicologia do hospital, responsável por diagnosticar o distúrbio de tricotilomania associado a conflitos familiares e sociais e orientar a importância do acompanhamento psicológico para ambas.

Dessa forma, a paciente recebeu tratamento multidisciplinar adequado para o caso, pois na literatura esta muito bem documentada a frequente relação dos distúrbios psiquiátricos com o tricobezoar <sup>8</sup>. Sendo assim, a avaliação e o tratamento psiquiátrico são de extrema importância para impedir a recorrência do quadro de Tricobezoar.

## REFERÊNCIAS

1. Paschos KA, Chatzigeorgiadis A. Pathophysiological and clinical aspects of the diagnosis and treatment of bezoars. *Annals Gastroenterology*; 2019;1-9.
2. Akbulut S, Değer KC, Duman M, Yol S. Gastric bezoars. *Prz Gastroenterol*. 2016;11(1):60-1.
3. Kadian RS, Rose JF MNG bezoars—spontaneous, 1978;70:79-82. resolution. *AJG. Gastric bezoars*.
4. Ahn YH, Maturu P, Steinheber FU GJA of, Med. Diabetes mellitus with gastric bezoar formation. *AI*, 1987;147:527-528. Diabetes mellitus with gastric bezoar formation.
5. Mihai C, Mihai B, Drug V CPCG bezoars—diagnostic and therapeutic challenges. *JGLD*, 2013;22:111. Gastric bezoars—diagnostic and therapeutic challenges.
6. Kement M, Ozlem N, Colak E, Kesmer S, Gezen C VS, The S effect of multiple predisposing risk factors on, 2012;18:960-964. development of bezoars. *WJG. Synergistic effect of multiple predisposing risk factors on the development of bezoars*.
7. Dikicier E, Altintoprak F, Ozkan OV, Yagmurkaya O UM, J I obstruction due to phytobezoars: A update. *W*, 2015;3:721-726. CC. Intestinal obstruction due to phytobezoars.
8. de Melio J, Debrouwere T, Herman M. Trichobezoar. *J Belgian Soc Radiol*. 2021;105(1):1-3.

9. Bashir EA, Samiullah, Sadiq MA, Yusuf O KKRSJA, 2010;22:218–20. MCA. Rapunzel Syndrom. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2010; 22:218–20.
10. Novak AB, Zupančič Ž, Plut D, Gvardijančič D, Homan M. Rapunzel syndrome: A rare form of trichobezoar in the stomach with some extension into the small intestine. Acta Dermatovenerologica Alpina, Pannonica Adriat. 2018;27(3):155–7.
11. Snorrason I, Ricketts EJ, Stein AT, Thamrin H, Lee SJJ, Goldberg H, et al. Sex Differences in Age at Onset and Presentation of Trichotillomania and Trichobezoar: A 120-Year Systematic Review of Cases. Child Psychiatry Hum Dev. 2022;53(1):165–71.
12. Vaughan ED, Jr, Sawyers JL SHJTR syndrome. A unusual, 1968;63:339–43. complication of intestinal bezoar. S. Vaughan ED, The Rapunzel syndrome. An unusual complication of intestinal bezoar. Surgery.
13. Iwamuro M, Okada H, Matsueda K et al. R of the diagnosis, Gastrointest and management of gastrointestinal bezoars. WJ, 2015;7:336-345 E. Review of the diagnosis and management of gastrointestinal bezoars.
14. Maini A JJT requiring surgical intervention., 2018;31:32-34. J. Trichobezoar requiring surgical intervention.
15. Haggui B, Hidouri S, Ksia A, Oumaya M, Mosbahí S, Messaoud M, et al. Management of trichobezoar: About 6 cases. African J Paediatr Surg. 2022;19(2):102–4.

*A responsabilidade de conceitos emitidos e de todos os artigos publicados caberá inteiramente aos autores.*

*Da mesma forma os autores serão responsáveis também pelas imagens, fotos e ilustrações incluídas no trabalho a ser publicado.*