

PERFURAÇÃO GÁSTRICA SECUNDÁRIA A TRICOBEOZOAR GIGANTE: DESCRIÇÃO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

GASTRIC PERFORATION CAUSED BY GIANT TRYCHOBEZOAR: A CASE REPORT AND A REVIEW OF THE LITERATURE

Clementino Zeni Neto, TCBC-PR¹

Júlio Cezar Uili Coelho, TCBC-PR²

Antonio Carlos Ligocki Campos, TCBC-PR³

Oswaldo Malafaia, TCBC-PR³

Paolo Rogério de Oliveira Salvalaggio⁴

INTRODUÇÃO

Define-se bezoar como sendo uma concreção de corpos estranhos deglutidos, presentes no estômago e, raramente, no intestino delgado e no intestino grosso de homens ou animais.¹ O termo bezoar originou-se dos da língua persa (badzahr) e árabe (panzahr), significando proteção contra venenos, ou antídoto.^{1,2}

O primeiro estudo de um bezoar é atribuído ao médico persa Mahamud Bin Masud, no século XVI.¹ Em 1938, DeBakey & Oschner² descreveram a maior série de tricobezoares publicada até o momento, com 172 casos, e atribuíram a Baudamant, em 1779, a descrição do primeiro caso, e a Schonborn, em 1883, a primeira remoção cirúrgica.^{1,2}

Os bezoares podem ser classificados em tricobezoares, fitobezoares, tricofitobezoares e outras concreções (causadas por fármacos, por exemplo).¹ Atualmente, a maioria dos bezoares ocorre após cirurgias gástricas como Billroth I, Billroth II e vagotomias.³

As complicações inerentes aos bezoares constituem-se em causa freqüente de sintomatologia: hematêmese; melena; suboclusão intestinal de repetição; obstrução intestinal (10,8%), mais comumente gerada pelos fitobezoares em pacientes que se submeteram a ressecções gástricas anteriores. Síndrome da Rapunzel^{2,3} e ulcerações também podem ocorrer (9,6%). Perfuração gástrica e intestinal (3,2%) e peritonite (3,8%) são extremamente raras.¹⁻⁴ Pancreatite associada a perfuração e pneumatose intramural também já foram descritas.³

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente que apresentou como complicação na sua evolução uma

perfuração gástrica, causada por isquemia da parede gástrica decorrente de um tricobezoar gigante.

RELATO DO CASO

Uma menina de 16 anos de idade foi admitida em nosso hospital com quadro de dor abdominal difusa de início súbito, compatível clinicamente com perfuração de víscera oca. Os familiares relataram história de tricotilomania e tricofagia.

O exame físico revelou uma paciente com alopecia localizada em regiões temporais, em regular estado geral, com abdome distendido, e com contratatura generalizada, doloroso difusamente, com ausência de ruídos hidroaéreos. A radiografia simples de abdome demonstrou pneumoperitônio extenso. Com o diagnóstico de úlcera perfurada, a paciente foi encaminhada para laparotomia de emergência.

No peroperatório evidenciou-se uma ulceração de aproximadamente 3cm de extensão em parede anterior da região de transição entre o corpo e o antro gástrico. A inspeção e a palpação revelaram a presença de um enorme tricobezoar gástrico que se estendia por toda a luz do estômago até a segunda porção duodenal. Realizou-se uma gastrostomia a partir da ulceração até o fundo gástrico e retirou-se o tricobezoar por manobras de tração, pesando de 3.150 gramas. O aspecto da perfuração gástrica e o tricobezoar estão demonstrados nas figuras 1 e 2. Coletou-se material do tecido gástrico ulcerado para exame anatomopatológico. Uma gastrografia em dois planos foi realizada.

A paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta no sétimo dia. Retornou no 13º dia de pós-operatório

1. Médico da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital de Clínicas da UFPR.

2. Professor Titular e Coordenador da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da UFPR.

3. Professor Titular da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da UFPR.

4. Residente de Cirurgia Geral do Hospital Nossa Senhora das Graças – Curitiba – PR.

Recebido em 30/7/97

Aceito para publicação em 24/11/97

Trabalho realizado na Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

com febre e dor abdominal. A ultra-sonografia demonstrou a presença de abscesso subfrênico esquerdo de grande tamanho e com várias cavidades septadas fazendo parte do abscesso. Optou-se então pela realização de uma laparotomia subcostal esquerda para drenagem do abscesso subfrênico, a qual foi realizada dando drenagem à grande quantidade de material purulento.

Não havia evidência de fístula gástrica.

O exame anatomopatológico revelou presença de tecido gástrico sem alterações patológicas. A paciente evoluiu bem no pós-operatório tendo alta hospitalar em bom estado geral.



Figura 1 – Perforação da parede gástrica anterior. Visualiza-se na luz gástrica o tricobezoar

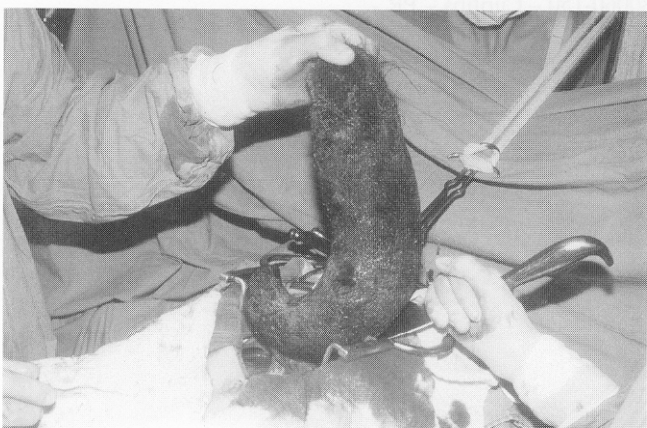


Figura 2 – Aspecto macroscópico do tricobezoar que ocupava toda cavidade gástrica, atingindo até a segunda porção duodenal.

DICUSSÃO

Atualmente considera-se o fitobezoar como sendo o tipo mais comum dos bezoares existentes, sendo que o tricobezoar é considerado o tipo mais comum na infância.¹ O quadro

clínico típico de tricobezoar é o de um paciente jovem, usualmente na infância e adolescência (80%), do sexo feminino (91,4%), que procura atendimento por dor abdominal tipo cólica ou um desconforto abdominal (70,2%) e massa abdominal palpável (87,7%). Náuseas e vômitos (64,9%), perda de peso, anorexia e fraqueza podem ser encontrados.^{1,2,3} Tricofagia, alopecia circular característica, causada pelo hábito constante de puxar os cabelos (tricotilomania) e distúrbios psiquiátricos são também relacionados (9%).^{1,2,3}

O diagnóstico é feito através da clínica e do exame físico já referidos, associados a gastroscopia, que visualiza o corpo estranho, e a radiografias contrastadas do trato digestivo, que demonstram alterações características de bezoares na luz gástrica e intestinal.^{1,3} Radiografias simples, ultra-sonografia e tomografia computadorizada do abdome podem ser utilizadas para maior precisão diagnóstica pré-operatória, principalmente demonstrando os bezoares associados às suas complicações.^{1,3,5}

Quando houver hematêmese ou melena, sinais de obstrução pilórica ou intestinal, perfuração ou peritonite associados à tricofagia e tricotilomania, ou à ingestão de qualquer substância que possa causar concreção, as complicações dos bezoares devem ser lembradas. A incidência de perfuração gástrica e intestinal é extremamente rara (3,2%),^{1,4} podendo haver uma maior prevalência nos pacientes portadores de longos tricobezoares.³ O mecanismo da perfuração está ligado à isquemia da parede do órgão causada pela grande pressão exercida pela concreção. Os tratamentos podem ser clínicos e endoscópicos, realizados através de tripsia ou da utilização do laser.¹

No caso dos tricobezoares ou da complicação de qualquer bezoar, o tratamento será sempre cirúrgico. O tipo de cirurgia irá variar conforme a agressão que o corpo estranho causou ao intestino delgado e ao estômago. Desta maneira, se não houver necrose intestinal, perfuração ou peritonite, pode-se realizar somente a fragmentação e ordenha do bezoar até o ceco. Caso haja insucesso com esta manobra, a retirada por gastrostomia e/ou enterotomia transversa à parede do órgão.¹

Recomenda-se o exame peroperatório de todo o trato gastrointestinal na busca de outras concreções.¹ Caso não exista viabilidade do estômago ou das alças intestinais deve-se proceder à ressecção seguida de anastomose sempre que possível.^{2,3}

Antibióticos de largo espectro devem ser utilizados profilaticamente nos casos sem complicação, ou como tratamento nos casos de obstrução intestinal ou perfuração associados à peritonite.¹

Recomenda-se, se necessário, tratamento psicoterápico associado ao uso de drogas como o clomipramine ou desipramine para a tricotilomania.^{1,2,3}

ABSTRACT

Gastric bezoars are impactations of foreign material in the stomach. When they are caused by hair, they are named trichobezoars. The complications of trichobezoars are very rare. In this paper, we describe a case of a 16-year-old girl that had a previous history of trichophagia, and had an acute abdominal pain with a pneumoperitoneum in the abdomen radiography. An operation was performed and a gastric perforation was founded associated with a giant trichobezoar. The trichobezoar was removed by traction through a gastrostomy which was performed in order to remove the trichobezoar. Some fragments of the ulcer were obtained to histological study. The gastrostomy was treated by a gastrorrhaphy confection. In the post-operative period a left subfrenic abscess was revealed and has been drained by laparotomy 15 days after the first operation. After the second surgical procedure the patient had a good evolution, and left the hospital in good health conditions.

Key Words: *Bezoars-complication; Intestinal perforation; Gastrostomy.*

REFERÊNCIAS

1. Coelho JCU, Madureira Filho D – Bezoar. In: Coelho JCU (ed). *Aparelho Digestivo. Clínica e Cirurgia*, 2ª edição, MEDSI, 1996,p.321-3.
2. Wadlington WB, Rose M, Holcomb GW, et al – Complications of trichobezoars: A 30-Year experience. *South Med J* 1992;85: 1.020-2.
3. Zeni Neto C, Coelho JCU, Salvalgio PRO, et al – Tricobezoar e síndrome de Rapunzel: Apresentação de um caso e revisão da literatura. *Rev Col Bras Cir* 1996;23:25-97.
4. Sharma V, Sharma ID – Intestinal trichobezoar with perforation in a child. *J Ped Surg* 1992;27:518-9.
5. Rodríguez Cuartero A, González Martínez F – Perforación gástrica por bezoar. *Rev Esp Enferm Dig* 1994;86:558-9.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Clementino Zeni Neto
Hospital Clínicas da UFPR
Serv. Cir. Aparelho Digestivo
Rua Gal. Carneiro, 181 – 7º andar
80060-150 – Curitiba – PR