

## TRICOBEOZARES

### TRICHOBEZOAR

Lisieux Eyer de Jesus, TCBC-RJ<sup>1</sup>; Rosa JM Novelli<sup>2</sup>

## INTRODUÇÃO

Os tricobezosares são relativamente raros, importantes como causa de desnutrição e no diagnóstico diferencial de massas abdominais. Embora classicamente sejam atribuídos a distúrbios psiquiátricos de base, nem sempre a psicopatia subjacente é óbvia e, considerando a pequena frequência da doença, há dificuldades quanto à suspeita diagnóstica correta, em especial com relação à diferenciação com neoplasias malignas, considerando pacientes que apresentam massa abdominal palpável e emagrecimento severo com anorexia associada.

## CONCEITO E EPIDEMIOLOGIA

Bezoes são definidos como concreções de material ingerido persistentes na luz do trato digestivo, geralmente no estômago, porém podendo apresentar extensão em continuidade para o intestino delgado ou fragmentação com múltiplas massas detectáveis em qualquer segmento intestinal. Tricobezosares são bezoes formados pelo acúmulo de fragmentos de cabelos ingeridos (tricotilofagia), e sua extensão além do piloro é denominada de síndrome de Rapunzel. São considerados raros, mas, provavelmente, a pequena soma de registros na literatura não reflete a ocorrência real do problema.

A doença é característica de adolescentes do sexo feminino e mulheres jovens, embora ocorra também com frequência em crianças de idade escolar. A ocorrência em pré-escolares é referida raramente e existe um único caso em literatura em neonato portador de alopecia congênita, atribuído à ingestão intra-útero de pelos eliminados em decorrência da doença<sup>1</sup>. A ocorrência no sexo masculino é excepcional, sendo referido apenas um caso pediátrico<sup>2</sup>.

## QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico típico consiste em dor abdominal subaguda, emagrecimento e relato de tricotilofagia crônica ou alopecia adquirida. Anorexia e repleção pós prandial precoce são frequentes, vômitos podem ocorrer. O traço mais característico da doença é a presença de massa epigástrica palpável, dura e móvel, indolor, que frequentemente molda o estômago. Recorrências são citadas raramente<sup>3-7</sup>, embora se deva reco-

nhecer a pequena extensão do seguimento clínico destes pacientes em literatura, atribuída talvez às más condições sócio-econômicas, que são comuns. Complicações são proporcionalmente raras, e se alternam entre obstrução intestinal (forma mais comum de complicação)<sup>5,8-14</sup> e ulceração com hemorragia<sup>15</sup> e/ou perfuração secundária<sup>5, 11, 15-19</sup>.

Distúrbios psiquiátricos associados são regra, embora não necessariamente óbvios numa primeira abordagem: crianças psicologicamente normais são citadas apenas em dois relatos conhecidos<sup>20-21</sup>, e num destes casos<sup>21</sup> havia antecedentes de escoliose grave e internações hospitalares prolongadas, sugerindo a possibilidade de distúrbio sério de imagem corporal, frequente na prática clínica destes pacientes, tipicamente associados a componentes de ansiedade. Retardo mental, carência afetiva, introversão e distúrbios obsessivos ocorrem em proporções variáveis. Na maioria dos casos é relativamente fácil de obter uma história consistente de tricotilomania, embora em nossa experiência muito raramente os familiares se refiram espontaneamente a isto, por não intuírem relação direta entre o fenômeno e o problema atual (questionados por nós a respeito, os pais frequentemente citam que jamais julgaram que os cabelos poderiam não ser diretamente eliminados pelas fezes, o que os levava a uma preocupação relativamente menor com o distúrbio alimentar de suas filhas). Este fato, associado ao baixo índice de suspeita diagnóstica, faz com que a história de tricotilofagia, que seria francamente direcional ao diagnóstico, seja obtida apenas de forma retrospectiva. Em nossa opinião, qualquer caso com evolução subaguda de dor abdominal e emagrecimento acompanhado de massa epigástrica requer anamnese direcional em busca de transtornos alimentares/ tricofagia e a inspeção do couro cabeludo do paciente para localizar áreas de encurtamento capilar ou alopecia (Figura 1), especialmente em crianças, adolescentes e mulheres jovens.

## EXAMES COMPLEMENTARES

A radiografia simples do abdome nos portadores de tricobezosar tem pequena especificidade, mostrando apenas presença de massa epigástrica com densidade de partes moles, podendo ser notada heterogeneidade, com presença de bolsas de ar entremeadas (Figura 2). O exame contrastado de trato digestivo alto, indicado classicamente para a diferenciação diagnóstica de massas epigástricas, é muito sensível e

1. Cirurgiã pediátrica do Hospital Municipal Jesus e do Hospital Universitário Antônio Pedro, UFF-RJ.

2. Residente em Pediatria, Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói, RJ.

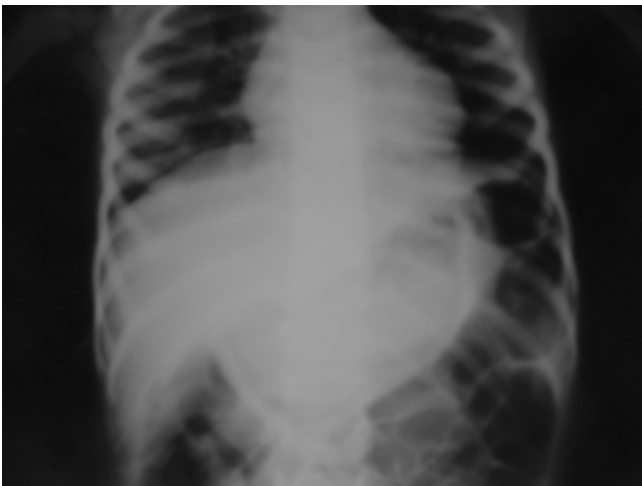
Recebido em 23/04/2005

Aceito para publicação em 10/05/2005

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Universitário Antônio Pedro, UFF-RJ.

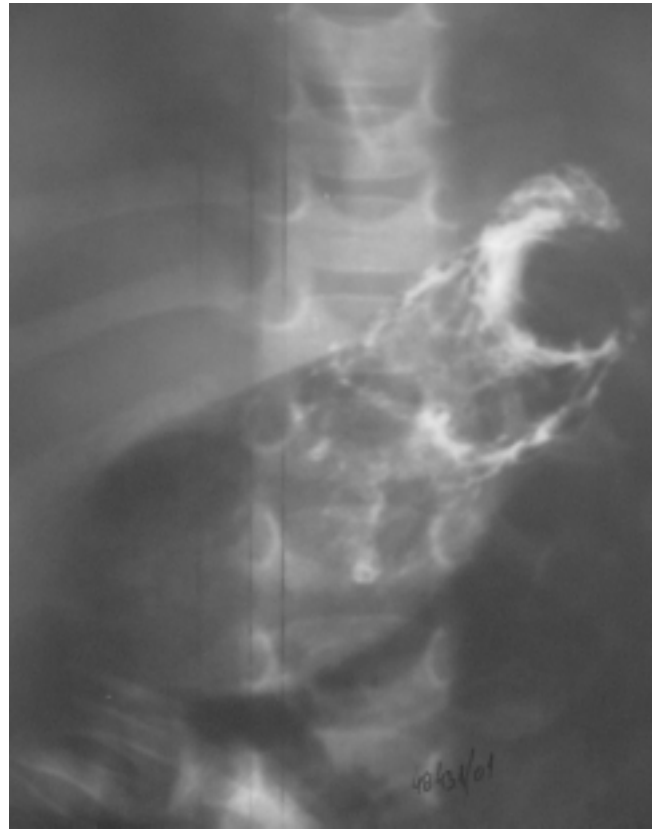


**Figura 1** - Paciente de caso operado. Foto demonstrando diminuição do volume capilar e encurtamento dos cabelos à esquerda, causado pelo arrancamento dos fios pela paciente, direita.



**Figura 2** - Radiografia simples do abdome: massa de partes moles em epigástrico, visualizada heterogeneidade com áreas aeradas e separação entre a massa e a parede gástrica.

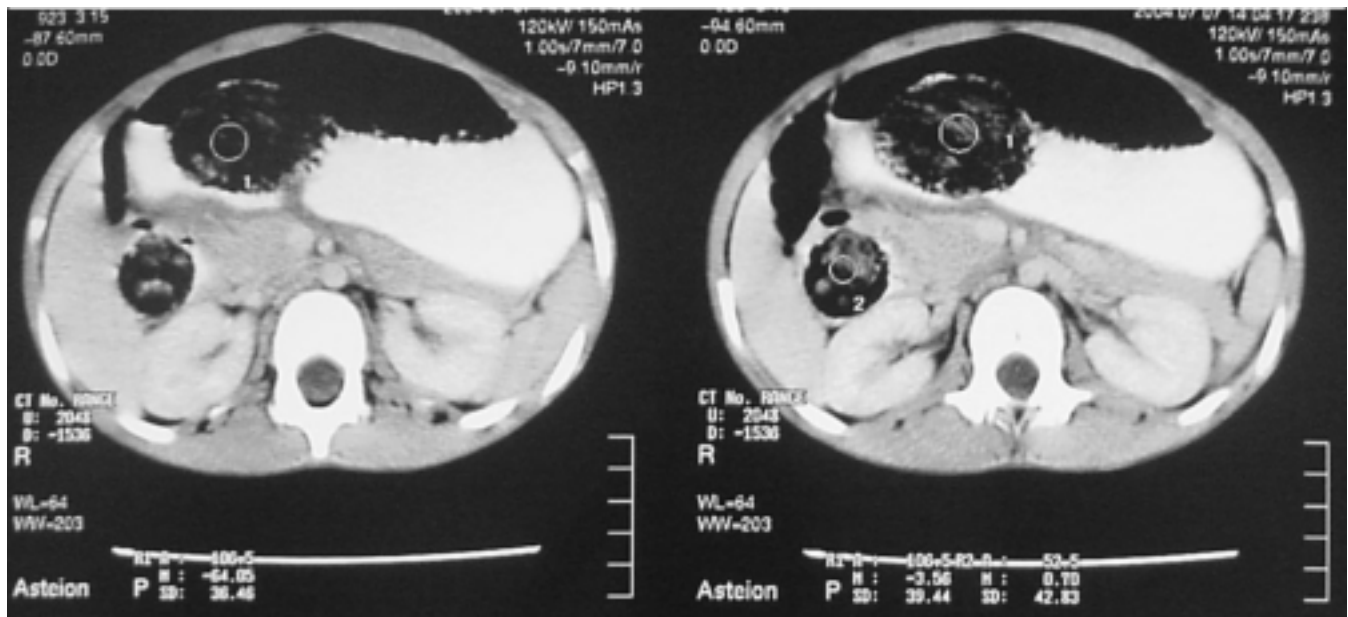
específico, mostrando massa gástrica intraluminal móvel, heterogênea e aerada, com captação predominantemente periférica e heterogênea de contraste (Figura 3). Outros exames com excelente especificidade são a ultra-sonografia (de fácil disponibilidade e excelente relação risco-benefício), que detecta os tricobezoares como massas hiperecóticas móveis com sombra acústica, a endoscopia digestiva, capaz de visualizar diretamente a massa capilar (especificidade e sensibilidade máximas, porém apresentando necessidade de sedação ou anestesia geral em pacientes pediátricos e incapacidade de definir anatomicamente a extensão da lesão) e a tomografia computadorizada<sup>22</sup>, com índices diagnósticos semelhantes aos do exame contrastado do trato digestivo alto, apresentando-se o bezoar como massa concêntrica heterogênea aerada com captação periférica irregular de contraste (Figura 4).



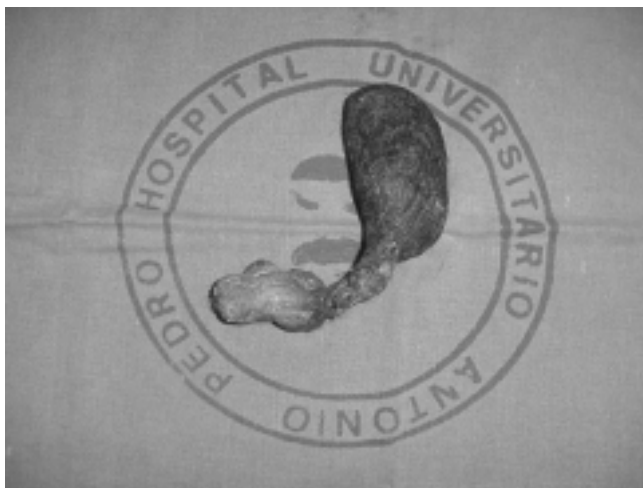
**Figura 3** - Exame contrastado do trato digestivo: massa heterogênea intraluminal contendo bolsas aéreas e com captação periférica irregular de contraste.

## TRATAMENTO

Embora existam vários métodos propostos para o tratamento de bezoares em geral, no caso dos tricobezoares a diluição enzimática não é possível e a remoção endoscópica é difícil pela extensão da massa, que é de difícil fragmentação<sup>23-26</sup>. O tratamento endoscópico oferece riscos acessórios de perfuração gástrica e obstrução intestinal posterior pela progressão de fragmentos através do trato digestivo<sup>27</sup>. Estes argumentos, os altos índices de segurança e a facilidade técnica tornam o tratamento cirúrgico dominante. A metodologia aconselhável é a remoção direta da massa (Figura 5) através de gastrotomia anterior longitudinal, sob cobertura antibiótica considerando a microbiota gástrica deglutida da cavidade oral. É fundamental a inspeção de todo o trato digestivo, para eliminar a possibilidade de massas obstrutivas fragmentadas a partir da massa principal. Estas, se encontradas, devem ser preferencialmente ordenhadas até o intestino grosso, a fim de serem eliminadas com as fezes. Embora recentemente tenha sido descrito o acesso laparoscópico para a remoção de bezoares, seu uso provavelmente é pouco vantajoso, pelo risco de complicações infecciosas provocado pelo contato intracavitário do bezoar e pelas dificuldades técnicas quanto à remoção da peça através da parede abdominal, eventualmente necessitando de incisões específicas para este fim<sup>28-29</sup>. Recentemente foi proposta a associação de laparoscopia para fragmentação da lesão associada à remoção endoscópica da mesma<sup>24</sup>.



**Figura 4 -** Tricobezoar em tomografia computadorizada: massa intraluminal heterogênea contendo bolsões de ar em estômago (1) com extensão para duodeno (2).



Consulta e seguimento psiquiátrico são fundamentais, especialmente considerando a necessidade de evitar recidivas do quadro ou a substituição da tricotilomania por outros distúrbios compulsivos substitutivos<sup>30</sup>, mesmo em pacientes em que problemas comportamentais não são óbvios. A forma de terapia necessária será individualizada, de acordo com a psicodinâmica de cada paciente, e freqüentemente serão necessários apoios terapêuticos familiares e pelos serviços de assistência social.

**Figura 5 -** Tricobezoar gástrico com extensão duodenal, moldado conforme corpo e antro gástricos, piloro e bulbo duodenal.

## ABSTRACT

*The objective of this article is to study the clinical presentation and diagnostic indexes for pediatric trichobezoars based on clinical cases and literature review. The abdominal tetrad of subacute pain, epigastric mass, ponderal loss and trichophagia strongly suggests the diagnosis of trichobezoar in pediatric patients. Behaviour problems are the rule, but there isn't always a previous psychiatric diagnosis. Treatment is surgical and psychiatric long-term follow-up is necessary (Rev. Col. Bras. Cir. 2005; 32(3): 157-160).*

**Key-words:** Bezoars/ diagnosis; Child.

## REFERÊNCIAS

1. Proença E, Carvalho C, Ferreira P, et al. Suboclusão intestinal por tricobezoar congênito. *An Pediatr.* 2003; 58(2):192-3.
2. Hirugade ST, Talpallikar MC, Deshpande AV, et al. Rapunzel syndrome with a long tail. *Indian J Pediatr.* 2001; 68(9):895-6.
3. Memon SA, Mandhan P, Qureshi JN, et al. Recurrent Rapunzel syndrome - a case report. *Med Sci Monit.* 2003; 9(9):CS92-4.
4. Ratnagiri R, Smile SR, Sistla, SC. Recurrent gastric trichobezoar. *Indian J Gastroenterol.* 2002; 21(6):229-30.
5. Jiledar J, Singh G, Mitra SK. Gastric perforation secondary to recurrent trichobezoar. *Indian J Pediatr.* 1996; 63(5):689-91.
6. Kumar V, Khatri AK, Pandey M, et al. Recurrent trichobezoar: first reported case. *Indian J Pediatr* 1996, 63(2):257-8.
7. Jain K, Chamania S, Sabhaney JW. Recurrent trichobezoar due to psychosocial stress. *J Indian Med Assoc.* 1987; 85(12):363-4.

8. Lynch KA, Feola PG, Guenther E. Gastric trichobezoar: an important cause of abdominal pain presenting to the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2003; 19(5): 343-7.
9. Klipfel AA, Kessler E, Schein M. Rapunzel syndrome causing gastric emphysema and small bowel obstruction. *Surgery*. 2003; 133(1):120-1.
10. Velasco Sánchez B, Paredes Esteban RM. Tricobezoar: un problema psicológico. *An Esp Pediatr*. 2001; 55(4):383-4.
11. Varma A, Sudhindra BK. Trichobezoar with small bowel obstruction. *Indian J Pediatr*. 1998; 65(5):761-3.
12. Phillips MR, Zaheer S, Drugas GT. Gastric trichobezoar: case report and literature review. *Mayo Clin Proc*. 1998; 73(7): 653-6.
13. West WM, Duncan ND. CT appearances of the Rapunzel syndrome: an unusual form of bezoar and gastrointestinal obstruction. *Pediatr Radiol*. 1998; 28(5):315-6.
14. Azuara-Fernandez HM, Azuara-Gutierrez H, Hernandez-Marquez N. Tricobezoar intestinal: diagnostico diferencial en niños con masa abdominal. *Bol Hosp Infantil Mex*. 1989; 46(11):732-5.
15. Meltzer E, Steinlauf S. [Bezoars: from ancient talismans to modern disease]. *Harefuah*. 2002;141(2):142-4.
16. Koplewitz BZ, Daneman A, Fields S, et al. Case 29: gastric trichobezoar and subphrenic abscess. *Radiology*. 2000; 217(3):739-42.
17. Pul N, Pul M. The Rapunzel syndrome (trichobezoar) causing gastric perforation in a child: a case report. *Eur J Pediatr*. 1996;155(1):18-9.
18. Shelud'ko lu A, Pashchenko lu V, Savenkov VI. [Perforation of the jejunum in a child with trichobezoars]. *Vestn Khir Im I I Grek*. 1990;145(10):83.
19. Sandhu NP, Gupta NM. Trichobezoar: a rare cause of gastric perforation. *Indian J Gastroenterol*. 1989;8(4):302-3.
20. Sood AK, Bahl L, Kaushal RK, et al. Childhood trichobezoar. *Indian J Pediatr*. 2000; 67(5):390-1.
21. Candelotti P, Tulli M, Pasquini R, et al. Síndrome ostrutiva da tricobezoari: malattia storica o patologia ancora attuale? Descrizione di un caso in adolescente. *Minerva Pediatr*. 2000; 52(12):739-42.
22. Gayer G, Jonas T, Apter S, et al. Bezoars in the stomach and small bowel – CT appearance. *Clin Radiol*. 1999; 54(4):228-32.
23. Gockel I, Gaedertz C, Hain HJ, et al. [The Rapunzel syndrome: rare manifestation of a trichobezoar of the upper gastrointestinal tract]. *Chirurg*. 2003; 74(8):753-6.
24. Kanetaka K, Azuma T, Ito S, et al. Two-channel method for retrieval of gastric trichobezoar: report of a case. *J Pediatr Surg*. 2003; 38(2):pe7.
25. Barzilai M, Peled N, Soudack M, Siplovich, L. [Trichobezoars]. *Harefuah*. 1998; 135(3-4):97-101.
26. Van Gossum A, Delhaye M, Cremer M. Failure of non-surgical procedures to treat gastric trichobezoar. *Endoscopy*. 1989; 21(2):113.
27. Dumonceaux A, Michaud L, Bonneville M, et al. Trichobezoards de l'enfant et de l'adolescent. *Arch Pediatr*. 1998; 5(9):996-9.
28. Nirasawa Y, Mori T, Ito Y, Tanaka H, Seki N, Atomi Y. Laparoscopic removal of a large trichobezoar. *J Pediatr Surg* 1998, 33(4):663-5.
29. Bartolomucci AC, Marotta A, Santos EM. Tricobezoar gastro-duodeno-jejunal: abordagem videolaparoscópica. *Rev Col Bras Cir*. 2004; 31(3):215-6.
30. Tay YK, Levy ML, Metry DW. Trichotillomania in childhood: case series and review. *Pediatrics*. 2004; 113(5):pe494.

Endereço para correspondência:

Lisieux Eyer de Jesus  
R Presidente Domiciano 52/801,  
Boa Viagem  
24210-270- Niterói,-RJ  
Tels.: (21) 2622-3843 / 9985-9737  
E-mail lisieux@uol.com.br