

OBSTRUÇÃO GÁSTRICA POR TRICOBEOZAR; UMA COMPLICAÇÃO QUE PODE SER EVITADA: RELATO DE CASO

GASTRIC OUTLET OBSTRUCTION CAUSED BY A TRICHOBEZOAR; A COMPLICATION THAT COULD BE AVOIDED: CASE REPORT

Luana Boyd Castanheira¹

Aline Trovão Queiroz²

RESUMO: Tricobezoar é uma condição pouco vista em que há a formação de uma massa de cabelo no trato gastrointestinal do paciente. Tal patologia é considerada como um desdobramento de uma condição psiquiátrica conhecida como tricofagia que é definida como a necessidade que o paciente sente de colocar na boca ou comer fios de cabelo. Comumente quando descobertos já encontram-se em estágios avançados e com complicações e por isso o seu diagnóstico é tão difícil. O principal objetivo desse artigo é correlacionar os transtornos psiquiátricos como tricotilomania e tricofagia com os tricobezoares, trazendo uma consciência para uma melhor abordagem integrada e completa de tais patologias para que complicações possam ser evitadas e possa ocorrer o diagnóstico precoce. Os relatos já existentes dessa patologia em sua maioria estão focados na descrição de tratamentos cirúrgicos e procedimentos que podem ser feitos. Esse artigo relata o caso de uma paciente de 9 anos com diagnóstico de obstrução gástrica por tricobezoar, que foi feito através da clínica da paciente com exames de imagem como a ultrassonografia e tomografia computadorizada de abdome e além disso, após abordagem cirúrgica por laparotomia, foi feita consulta com psiquiatra que descobriu um histórico de ansiedade e compulsão alimentar na infância com a presença de tricofagia e tricotilomania que não foram tratados corretamente, o que acabou levando a paciente a não seguir com o tratamento e como consequência, após 6 anos do ocorrido, foi descoberta a obstrução gástrica por tricobezoar.

3154

Palavras-chave: Obstrução gástrica. Tricobezoar. Tricotilomania.

ABSTRACT: Trichobezoar is a condition rarely seen, in which there is the formation of a hair mass in the patient's gastrointestinal tract. This pathology is considered as an outcome of a psychiatric condition known as trichophagia which is defined as the patient's need to put in the mouth and eat hair. When discovered, they are usually in advanced stages in which complications are present and that is why their diagnosis is so difficult. When reporting such an event, the main objective is to correlate psychiatric disorders such as trichotillomania and trichophagia with trichobezoars, bringing awareness to a better integrated and complete approach to such pathologies so that complications can be avoided and early diagnosis can occur. The existing reports of this pathology are mostly focused on the description of surgical treatments and procedures that can be performed. This article reports the case of a 9-year-old patient diagnosed with gastric obstruction by trichobezoar that was done by the patient's clinic and exams like ultrasound and CT scan, besides that, after the surgical approach as a laparotomy, a psychiatric consult was done and found out a history of anxiety and binge eating in childhood that led to trichophagia and trichotillomania that were not treated correctly, as a consequence, the patient did not continue the treatment and then a gastric obstruction was discovered after 6 years.

Keywords: Gastric outlet obstruction. Trichobezoar. Trichotillomania.

¹Discente do Curso de Medicina da Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil

²Cirurgiã Geral no Hospital Universitário de Vassouras-RJ (HUV).

INTRODUÇÃO

Os bezoares são definidos como uma massa formada no trato gastrointestinal composta por materiais estranhos que não foram digeridos pelo organismo e a sua classificação depende da origem da sua formação. Como exemplo tem os fitobezoares que são compostos de matéria vegetal como sementes e fibras; os tricobezoares, que são formados por cabelos; entre outras classificações. Os fitobezoares são os mais comuns na prática médica com uma incidência de 40 %, em segundo lugar encontram-se os tricobezoares com a incidência de 0.4% ^{1,2}.

Os tricobezoares normalmente se apresentam como uma complicação tardia da tricotilomania, que é definida como uma condição psiquiátrica em que o indivíduo sente um impulso urgente e irreprimível de arrancar o próprio cabelo e, em alguns casos, tal impulso é associado com a tricofagia, ou seja, além de arrancar o cabelo o paciente também o ingere ³. Tais casos são mais comumente iniciados na infância e vistos em mulheres jovens com menos de 30 anos ⁴.

Tricobezoares gastrointestinais normalmente são silenciosos até se tornarem sintomáticos e complicados, os sintomas são muito inespecíficos e por isso ocorre um diagnóstico tardio. Tal diagnóstico é feito através da história clínica, exame físico e exames de imagem. O tratamento consiste na endoscopia, laparoscopia ou laparotomia para retirada do corpo estranho^{2, 5,6}.

Nesse artigo apresentou-se um quadro de tricobezoar em que a paciente teve em sua infância quadro de ansiedade e compulsão alimentar tratado com psicólogo e, mesmo assim, após anos, foi descoberto o quadro de tricobezoar já apresentando complicações como obstrução gástrica. O presente relato teve como objetivo discutir a partir do caso as dificuldades de diagnóstico por conta da patologia psicológica ser a causa primária do tricobezoar, além de focar no tratamento psicológico como uma forma preventiva de evitar complicações e de obter um diagnóstico precoce, além de evitar que tal patologia ocorra novamente. Tal relato é importante pois apesar de haverem algumas literaturas descrevendo os tratamentos cirúrgicos e procedimentos para tratar os tricobezoares, quase não há relatos focando na parte psicológica da patologia⁷

Relato de Caso

A.R.D. C, 9 anos, sexo feminino, deu entrada no serviço de emergência, referida de outra unidade em novembro de 2019, com o objetivo de obter o parecer da cirurgia e oncologia pediátrica após história de dor abdominal há 48 horas em flanco esquerdo, sem queixas adicionais como tosse, febre, vômito, diarreia ou constipação. Ao exame físico apresentou massa palpável há três cm do apêndice xifoide de consistência endurecida, além de estar com a peristalse aumentada e dor de média intensidade a palpação do abdome, levando a suspeita de obstrução gástrica. Foi solicitada então a realização de exames laboratoriais e de imagem para uma melhor investigação, sendo que o hemograma não apresentou alterações, enquanto a ultrassonografia de abdome evidenciou uma forte sombra acústica produzida por volumoso estômago com conteúdo denso (figura 1)

Figura 1. Ultrassonografia de abdome demonstrando retroperitônio de difícil avaliação em decorrência de forte sombra acústica produzida por volumoso estômago com conteúdo denso.



3156

A tomografia computadorizada de abdome evidenciou acentuada distensão gástrica com espessamento parietal, conteúdo expansivo, heterogêneo e de aspecto mosquedo, compatível com tricobezoar, confirmando então a suspeita diagnóstica de obstrução gástrica por tricobezoar.

Após diagnóstico confirmado, foi indicado o tratamento cirúrgico. A paciente foi submetida a uma laparotomia exploradora, com incisão subcostal esquerda e dissecação por planos até acesso à cavidade abdominal, foi feito então o inventário da cavidade que evidenciou o estômago obstruído por uma grande massa, logo em

seguida foi feita a gastrotomia horizontal com retirada de tricobezoar volumoso (figura 2 e 3) e lavagem do conteúdo gástrico de alimentos não digeridos, para finalizar foi feito gastrorrafia em dois planos com P.D.S 3.0 (figura 4) e revisão do procedimento e da hemostasia, além da síntese por planos, introdução do dreno de Penrose no subcutâneo e fechamento da pele com nylon 3.0 e curativo oclusivo, tendo uma duração total de 1 hora e 30 minutos.

Figura 2. Imagem do período intraoperatório demonstrando a visualização do tricobezoar no estômago.



Figura 3. Volumoso tricobezoar que ocupava todo o espaço gástrico.



Figura 4 imagens intra-operatoria demonstrando a gastrorrafia após retirada de corpo estranho e lavagem da cavidade.



No pós-operatório a paciente permaneceu em bom estado geral na Unidade de terapia intensiva pediátrica para observação, onde permaneceu por 9 dias, com o uso de Cefazolina por 4 dias, Ampicilina com Gentamicina por 7 dias via endovenosa, Tramal SOS, Bromoprida, Hidrocortisona e Ebastel. Foi solicitado também o parecer da psiquiatria no pós-operatório que evidenciou na história da paciente um histórico de compulsão alimentar e ansiedade aos 3 anos de idade, foi observado pelos pais que procuraram um acompanhamento psicológico na época, mas durou um curto período de tempo por conta da falta de tempo dos pais para levá-la ao atendimento e falta de adesão ao tratamento. Ao ser questionado sobre o ocorrido, paciente revelou estar bem chateada com a situação e confessa que quando era mais nova tinha o hábito de tricotilomania e tricofagia, mas que tinha anos que havia abandonado tal hábito. Ao questionar também a mãe da paciente, ela revela que a filha não dava sinais de que praticava tricotilomania ou tricofagia e que havia notado melhora na compulsão alimentar e ansiedade após curto tratamento com psicólogo.

Após 9 dias no CTI pediátrico, paciente foi transferida para enfermaria, onde permaneceu por 4 dias e teve alta após 12 dias de internação. Seu exame físico não apresentava alterações ou queixas, a cicatriz cirúrgica era de bom aspecto e foi indicada então para equipe integrada de cirurgião e psiquiatra pediátrico, pediatra assistente e psicólogo infantil.

3158

DISCUSSÃO

Já foi observado que quando diagnosticado e tratado cedo os tricobezoares não costumam levar a complicações significativas. No entanto, por ser uma patologia silenciosa, os pacientes normalmente só buscam atendimento quando já desenvolveram alguma complicação e não quando apresentam o quadro inicial psicológico, como foi relatado no caso, por isso nota-se que o maior desafio, além do diagnóstico precoce, é o tratamento correto e prolongado da patologia psicológica que é a causa primária do tricobezoar ^{8, 5}.

Os tricobezoares estão primariamente associados a distúrbios psiquiátricos como depressão, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno dismórfico corporal e, especialmente, tricotilomania com tricofagia, como visto no caso relatado.

Nota-se que 5 a 30 % dos pacientes com tricotilomania também desenvolvem tricofagia, enquanto 1 a 37,5% desses desenvolvem tricobezoar⁷ . Dessa forma é notório que os tricobezoares estão em grande associação com a tricotilomania e tricofagia, tais quais se não forem tratados de forma correta, como ocorreu no caso da paciente do presente caso, podem levar a uma condição complicada, necessitando de tratamentos mais invasivos como a intervenção cirúrgica. Dessa forma, é notório que as consequências e sequelas médicas e psiquiátricas de tais distúrbios não devem ser subestimadas⁹.

Na ausência de um tratamento convencional para a tricotilomania na infância, ainda há uma grande dificuldade para determinar um tratamento protocolado para que haja uma maior eficiência quando for necessário tratar tal patologia, como ocorreu no caso relatado em que a paciente não seguiu com o tratamento. Foi visto que muitos médicos optam pela terapia de reversão de hábitos inicialmente, que consiste em uma forma de terapia comportamental em que o foco é eliminar um hábito indesejado que está enraizado no paciente. Em segundo plano, a associação com a farmacoterapia também tem se mostrado essencial para esses pacientes, é relatado que a necessidade de puxar e arrancar os fios de cabelo melhorou significativamente com o uso de inibidores seletivos da recaptção da serotonina ou clomipramina, especialmente quando há também uma associação desses distúrbios com ansiedade, depressão ou transtorno obsessivo-compulsivo, o que demonstra que poderia ter sido abordado com resultado de sucesso no caso da paciente relatada.^{10, 11}

3159

Também foi notado que mais do que 20% dos pacientes desenvolvem tricobezoares mais de uma vez¹². Tal fato corrobora e confirma o que foi dito até agora sobre a patologia psicológica e seu tratamento ser pouco discutido e deixado de lado, tanto pelos pacientes e seus parentes como pela equipe médica, mostrando que o tratamento pós-operatório também não deve ser somente focado na parte clínica, mas também no acompanhamento psicológico. O que ocorre é que muitas vezes esses pacientes, após feito o procedimento ou cirurgia para tratar as complicações geradas pela patologia, são referidos para o psiquiatra e não tem um acompanhamento integrado da equipe de médicos anteriores com a equipe de psiquiatras. Por isso, como foi dito, se a condição psiquiátrica não for adequadamente tratada e

acompanhada de forma constante após a cirurgia a chance de ocorrer um novo tricobezoar é muito alta ^{13,8}.

CONCLUSÃO

Os tricobezoares ainda são considerados um desafio na prática médica, por conta do seu difícil diagnóstico em razão da negligência do tratamento efetivo da parte psicológica da patologia, que é a sua causa primária. Com isso, como foi discutido nesse artigo, esse cenário pode ser diferente se a tricotilomania e tricofagia forem levadas a sério pelos profissionais envolvidos no tratamento e pela família, com tratamento protocolado de acompanhamento psicológico prolongado, terapia de reversão de hábitos e farmacoterapia, visto que estão mais presentes na prática médica do que os especialistas imaginam.

É imprescindível que seja feito um rastreamento efetivo para tricotilomania e comportamentos relacionados, para que haja uma detecção precoce do tricobezoar e com isso seja feito o tratamento adequado e protocolado por especialistas, evitando possíveis condições perigosas para esses pacientes, como procedimentos arriscados por conta de complicações. Para isso é necessário que haja uma melhor colaboração entre as especialidades médicas envolvidas e haja um tratamento duradouro na expectativa de reduzir também os casos que ocorrem novamente, visto que são bem comuns por conta do abandono do tratamento.

Deve haver um acompanhamento psicológico e psiquiátrico contínuo para tratar a causa base da doença, além de acompanhamento com a equipe de médicos clínicos com exames de imagem anualmente para evitar que haja necessidade de tratamento cirúrgico, exame físico detalhado para observar perda de cabelo ou regiões de alopecia e o apoio e acompanhamento familiar também são essenciais para que o tratamento ocorra de forma correta e seja seguido à risca.

REFERÊNCIAS

1. ALTINTOPRAK F. Gastric outlet syndrome associated with a recurrent trichobezoar: Report of a case. Turk J Gastroenterol 2010; 21: 471-472
2. DUTTA P, Choudhury PR, Thakkar V. Trichobezoar: a case report. Int J Med Sci Public Health. 2016; 5 (1)

3. DORN HF, Gillick JL, Stringel G. Laparoscopic intragastric removal of giant trichobezoar. *JLS*. 2010; 14(2): 259-262
4. ISBERNER Rony Klaus, Couto Carlos Antônio da Silva, Scolaro Bruno Lorenzo, Pereira Gustavo Becker, Oliveira Renan. Tricobezoar gástrico gigante: relato de caso e revisão da literatura. *Radiol Bras [Internet]*. 2010; 43(1): 63-65.
5. GÜRBULAK B, Seğmen Ö, Rakıcı T, Büyükaşık K, Yavaş M. Closed-perforation of gastric fundus and gastric outlet obstruction caused by a giant gastric trichobezoar: A case report. *Turkish Journal of Surgery*. 2015; 33(3): 230-232.
6. EMAD M. Al-Osail, N.Y. Zakary, Yasir Abdelhadi, Best management modality of trichobezoar: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2018; 53: 458-460.
7. TIAGO S, Nuno M, João A, Carla V, Gonçalo M, Joana N. Trichophagia and trichobezoar: case report. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2012;8:43-5.
8. ZERAATIAN S, Ameri S, Tabesh H, Kamalzadeh N. Uncommon Presentation of Gastric Trichobezoar: A Case Report. *Iran J Public Health*. 2015 Jul;44(7):1008-11
9. SALAAM K, Carr J, Grewal H, Sholevar E, Baron D. Untreated trichotillomania and trichophagia: surgical emergency in a teenage girl. *Psychosomatics*. 2005 Jul-Aug;46(4):362-6.
10. FREY AS, McKee M, King RA, Martin A. Hair apparent: Rapunzel syndrome. *Am J Psychiatry*. 2005 Feb;162(2):242-8.
11. BOUWER Colin,; Stein, Dan J. , .Trichobezoars in Trichotillomania, *Psychosomatic Medicine: September/October 1998 - Volume 60 - Issue 5 - p 658-660*
12. COUCEIRO A, Viveiro C, Capelão G, Nobre J, Laureano M, Gonçalves I, et al. Trichobezoar - A Rare Cause of Abdominal Mass and Gastric Outlet Obstruction. *GE Port J Gastroenterol*. 2015 Oct 1;23(1):50-53.
13. COULTER, Rachel & Antony, Martin & Bhuta, Prajesh & Memon, Muhammed. (2005). Large Gastric Trichobezoar in a Normal Healthy Woman: Case Report and Review of Pertinent Literature. *Southern medical journal*. 98. 1042-4.