



SÍNDROME DE RAPUNZEL: TRICOBEOZAR COMO CAUSA DE OBSTRUÇÃO GÁSTRICA

Cirênio de Almeida Barbosa¹; Deborah Campos Oliveira²; Débora Helena Cunha³; Wilson Santana Silva Júnior⁴; Paula Souza Lage⁵; Adélio José da Cunha⁶;

Tuian Santiago Cerqueira⁷; Vanessa Thaís de Andrade Glória⁸

1- Prof. do Departamento de Cirurgia, Ginecologia e obstetrícia e Propedêutica da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia, Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia do Aparelho Digestivo (CORRESPONDENTE)

2- Bacharela em Biomedicina e Mestre em Biotecnologia pela Universidade Federal de Ouro Preto.

3- Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade de Minas, Belo Horizonte/MG.

4- Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Minas, Belo Horizonte/MG.

5- Docente do curso de Medicina da Faculdade de Minas, Belo Horizonte/MG.

6- Cirurgião Geral, no Hospital São Lucas, Belo Horizonte/MG.

7- Cirurgião Geral.

8- Acadêmica em medicina da Universidade José do Rosário Vellano

INTRODUÇÃO

O termo bezoar refere-se ao acúmulo de substâncias estranhas indigeríveis ao longo do tubo digestivo, mais comumente encontradas no estômago e porções proximais do delgado. Podem apresentar diversas composições, porém as mais conhecidas, correspondem ao tricobezoar e ao fitobezoar. Sua formação está associada a fatores como a mastigação deficiente, estados pós gastrectomia, perturbações psiquiátricas e distúrbios da motilidade. Os sintomas mais frequentes são dor abdominal, dispepsia e intolerância alimentar. Ocorre também halitose, devido putrefação do material no estômago. Em 88% dos pacientes com tricobezoares, palpa-se uma massa abdominal em região epigástrica, relativamente móvel e dolorosa. Os tricobezoares foram descritos pela primeira vez em 1968, como “Síndrome de Rapunzel”. Estes são mais resistentes ao tratamento pelos métodos habituais e, geralmente, são tão volumosos requerendo, frequentemente procedimento cirúrgico.

RELATO DO CASO

Adolescente de 14 anos de idade, feminina, relatou início de dor abdominal, náuseas, vômitos e hiporexia há 6 meses, com piora progressiva dos sintomas nos últimos 20 dias. Alegou também perda de peso, aproximadamente 9 kg desde o início dos sintomas e queda de cabelos, observada nos últimos meses e relatou ainda ingestão de cabelos quando estressada.

Ao exame físico, observava-se, mucosas normocoradas, acianóticas, anictéricas, hemodinamicamente estável, porém apresentava diminuição da massa muscular. No couro cabeludo, havia rarefação capilar em região temporal e occipital. O abdome apresentava-se normotenso com massa palpável localizada em epigástrio. Ultrassonografia abdominal: massa sólida em região epigástrica deslocando lateralmente o fígado e rebaixando o cólon transverso. A tomografia evidenciou achados compatíveis com volumosa formação de aspecto enovelado e heterogênea, ocupando grande parte do lúmen gástrico. A endoscopia digestiva alta demonstrou um emaranhado de cabelos ocupando toda a grande curvatura do estômago até a região pré-pilórica. Duodeno e segunda porção duodenal encontravam-se -se endoscopicamente normais.



Fig.1: Grande quantidade de fios de cabelos “moldando todo o estômago”

Fig.2: Gastrotomia longitudinal de 6 cm em parede anterior

DISCUSSÃO

Os tricobezoares são habitualmente tratados com método conservador por endoscopia, entretanto, aqueles volumosos e impactados no lúmen gástrico, frequentemente são tratados por operações. Após avaliação criteriosa dos exames de imagem e a impossibilidade de remoção por via endoscópica, a paciente foi submetida a intervenção cirúrgica. Realizada laparotomia mediana supra umbilical, gastrotomia longitudinal de 6 cm (figura 2) em parede anterior, dissecação até a mucosa gástrica, onde evidenciou-se massa composta por grande quantidade de fios de cabelos “moldando todo o estômago” (figura 1) e se estendendo até o duodeno, recoberta por fibrina e com odor fétido. Foi feita a retirada manual do corpo estranho com posterior lavagem da cavidade gástrica e remoção de "debris". Posteriormente, o estômago foi submetido a rafia em dois planos (figura 3) e a sonda nasogástrica foi deixada aberta por quatro dias.

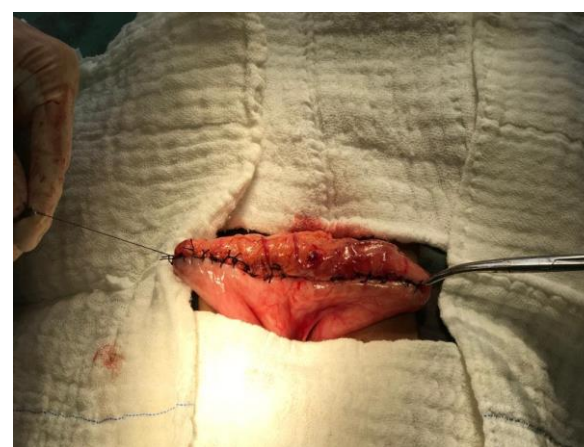


Fig.3: Estômago submetido a rafia em dois planos

CONCLUSÃO

Os tricobezoares são mais resistentes ao tratamento pelos métodos habituais e geralmente são tão volumosos, requerendo, frequentemente extração cirúrgica. Após remoção do tricobezoar, torna-se necessário e justificável o encaminhamento para o Serviço de Neuropsiquiatria.

Pela relativa raridade do achado o trabalho pretende encorajar clínicos e cirurgiões para a suspeita diagnóstica, fundamentada no caso clínico aqui descrito e numa ampla revisão dos principais trabalhos da literatura.

REFERÊNCIAS

1. Balik E, Ulman I, Tanelic, Demircan M. The Rapunzel Syndrome: a case report and review of the literature. Eur J Pediatr Surg, 3:171-3, 1993.
2. Baudamant WW. Mémoire sur des cas de veuxtrouvé dans l'estomach et dans l'intetinsgrèles. J Med Chir Pharm, 52:507, 1779.
3. Bezoar: patologia centenária com nova composição. Vierira A. et al., Rev. Port. Cir.(33) Lisboa jun., 2015.
4. Kochar AS. Acute appendicitis associated with a trichobezoar, JAMA, 252:1681, 1984.
5. Marias E., et al, Tricobezoar gástrico: relato de um caso. Rev Med Minas Gerais; 17(1/2): 60-3, 2007.
6. Melo VA, Godoy AQ, Cenevivar. Obstrução intestinal por ingestão de pedras. Rev Ass Med Brasil, 27:203, 1981.