
OCCLUSÃO INTESTINAL POR FITOBEZOAR. RELATO DE 10 CASOS

ROBERTO DA SILVEIRA MORAES
SÉRGIO BRENNER
OSVALDO MALAFAIA
EDUARDO SELL SCHULZ
ANTONIO SÉRGIO BRENNER
JULIO CEZAR UILI COELHO

MORAES RS, BRENNER S, MALAFAIA O, SCHULZ ES, BRENNER AS & COELHO JCU - Oclusão intestinal por fitobezoar. Relato de 10 casos. *Rev bras Colo-Proct*, 1993; 13(1): 7-9

RESUMO: Os autores apresentam o relato de 10 casos de oclusão intestinal por fitobezoar, sendo sete por polpa de laranja, dois por fibras vegetais e um por bala de goma e manga. Quanto aos fatores predisponentes, eles estavam presentes em sete pacientes. Todos eles foram tratados cirurgicamente. O diagnóstico etiológico pré-operatório não é fácil, e na maioria das vezes só é definido no ato cirúrgico. O conhecimento e a identificação dos fatores predisponentes devem ser lembrados nos pacientes com quadro de oclusão intestinal.

UNITERMOS: fitobezoar; oclusão intestinal; fatores predisponentes

Os corpos estranhos têm sido relatados na literatura como fatores causadores de oclusão intestinal. Entre eles incluem-se as concreções que podem ser formadas por cabelos (tricrobezoares), fibras vegetais (fitobezoares) e por ambos (fitotricobezoares).

Bezoar é uma palavra originária do hebreu e significa "contraveneno" e no persa "Parzar" quer dizer "bode", "homem malcheiroso". Usada para denominar as concreções ou pedras encontradas no estômago de animais ruminantes, era relacionada com poderes medicinais e superstições. Por muito tempo os bezoares foram usados como amuletos, incrustados em ouro e prata, sendo esta a única relação do termo com a medicina "terapêutica". Em 1867, Quain descobriu, em necrópsia, uma massa vegetal intragástrica e propôs chamá-la de bezoar (4). Porém, como achado operatório, a primeira citação da literatura data de 1896.

Os fitobezoares são responsáveis em média por 40% dos bezoares relatados na literatura (2). São compostos de casca, fibras, talos ou sementes, no meio dos quais se encontram resíduos alimentares e detritos. Dentre os fitobezoares, os

caquis são responsáveis por cerca de 70 a 90% dos casos, devido à presença do "shibout", um flobotanino encontrado na casca de caquis verdes (3, 7, 11, 12). Outros vegetais relatados como causadores de fitobezoar são: figo, maçã, coco, manga, repolho, vagem e couve (2, 3, 6, 7, 11, 12). Como fatores predisponentes na obstrução citam-se erros de mastigação, ingestão copiosa de alimentos, cirurgias gástricas prévias e alterações na anatomia e na motilidade do intestino delgado (3, 7, 12).

O objetivo do presente estudo é apresentar a casuística dos autores na oclusão intestinal por fitobezoar, demonstrar o principal agente causador de fitobezoar em nosso meio, bem como discutir as formas de tratamento cirúrgico.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram estudados retrospectivamente 10 pacientes portadores de oclusão intestinal. Todos os doentes foram operados pelo mesmo cirurgião. Na anamnese foram pesquisados os seguintes fatores predisponentes: erros de mastigação, ingestão copiosa de alimentos fibrosos e cirurgias gástricas prévias.

No diagnóstico da oclusão, além da história clínica e do exame físico, houve recurso ao exame radiológico. Os doentes foram submetidos às seguintes exposições radiográficas: RX de tórax em ântero-posterior e perfil esquerdo, RX de abdômen em posição ortostática, em decúbito lateral com raios horizontais, em decúbito dorsal e perfil do reto. Em apenas um doente utilizou-se o enema opaco no diagnóstico da oclusão

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Foram estudados 10 pacientes com oclusão intestinal por fitobezoar submetidos à laparotomia de emergência. Desses pacientes, oito eram do sexo masculino e dois do sexo feminino. A idade variou de 16 a 72 anos, com uma média de 45,2 anos. Todos os pacientes apresentaram-se com náuseas, vô-

mitos e distensão abdominal, caracterizando clinicamente um quadro de oclusão intestinal. Quanto à dor abdominal, ela estava presente em todos eles e caracterizava-se por ser do tipo em cólica, difusa e com períodos de acalmia e piora. Na anamnese foram identificados os seguintes fatores predisponentes: ingestão copiosa de laranjas, cirurgia gástrica prévia e erros de mastigação (presença de prótese dentária). Os sinais radiográficos identificáveis no pré-operatório foram: níveis hidroaéreos e edema da parede das alças intestinais, com aspecto de "empilhamento de moedas". Em apenas um caso utilizou-se o enema opaco, que revelou parada do contraste na junção do cólon sigmóide com o descendente.

Na série apresentada, sete casos de oclusão intestinal foram por fitobezoar de polpa de laranja, dois por sementes com detritos e fibras vegetais e um por bala de goma e fibras de manga (Tabela 1). Quanto à localização, três localizavam-se no jejuno, seis no íleo terminal e um no colo (Tabela 2). Todos os doentes foram tratados cirurgicamente: cinco pacientes por ordenha do intestino delgado, um por ordenha do cólon; três por enterectomia e um por enterotomia. Embora os fitobezoes possam ser removidos pela endoscopia, ou dissolvidos enzimaticamente quando no estômago, na obstrução intestinal a opção é a cirurgia, seja ela por ordenha, enterectomia ou enterotomia (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12). O tratamento cirúrgico se faz preferencialmente por ordenha do bezoar, eventualmente por enterotomia ou enterectomia (2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13). A enterectomia fica restrita aos casos onde existe alteração anatômica do segmento intestinal, ou torção e necrose. Nesta casuística, seis pacientes foram tratados por ordenha simples, sendo que em três casos os fitobezoes se localizavam no íleo terminal, dois no jejuno e um no cólon sigmóide (Fig. 1). Este último poderia ter sido retirado endoscopicamente se a causa da oclusão intestinal fosse conhecida antes da laparotomia. Dois pacientes tinham divertículo de Meckel gigante, o que determinou que fosse realizada a enterectomia segmentar; num terceiro paciente procedeu-se também a uma enterectomia, uma vez que o íleo terminal apresentava-se com uma estenose anelar. Em apenas um caso foi realizada enterotomia, uma vez que a ordenha não foi efetiva e o fitobezoar encontrava-se impactado a 20 centímetros do ângulo duodenojejunal (Fig. 2).

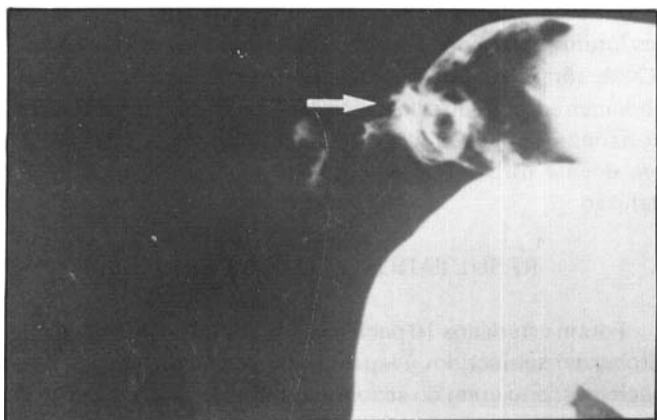


Fig. 1 - Aspecto radiográfico da oclusão do cólon descendente por fitobezoar.

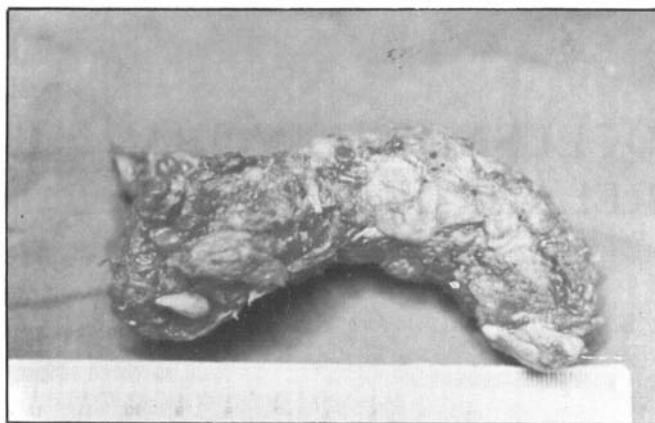


Fig. 2 - Aspecto macroscópico do fitobezoar retirado por enterotomia.

Tabela 1 - Fitobezoar: fator predisponente x tratamento cirúrgico.

Caso	Fator predisponente	Tipo de fitobezoar	Tratamento
1	Ingesta copiosa	Goma e manga	Ordenha
2	Prótese dentária	Polpa de laranja	Ordenha
3	Ausente	Polpa de laranja	Ordenha
4	Gastrectomia	Polpa de laranja	Ordenha
5	D. Meckel	Polpa de laranja	Enterectomia
6	D. Meckel	Polpa de laranja	Enterectomia
7	Prótese dentária	Vegetal	Enterotomia
8	Estenose de íleo	Polpa de laranja	Enterectomia
9	Ausente	Polpa de laranja	Ordenha
10	Ausente	Vegetal	Ordenha

Tabela 2 - Fitobezoar - Localização.

Pacientes	Localização
3	Jejuno
6	Íleo terminal
1	Cólon

Embora nos relatos da literatura a maioria dos fitobezoes seja formada por caqui, nesta casuística a causa mais comum foi a de polpa de laranja. Os demais tipos de fitobezoes estão associados à ingestão copiosa de vegetais fibrosos, mastigação ineficiente e cirurgias gástricas como a vagotomia associada com drenagem gástrica ou ressecção gástrica (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 13). Nesta série um paciente tinha fitobezoar por balas de goma e manga (1), dois por vegetais e sete por polpa de laranja (Fig. 2). Com relação aos fatores predisponentes, estes foram observados em sete pacientes: um possuía cirurgia gástrica anterior, dois por divertículo de Meckel gigante, um por estenose anelar do íleo terminal, dois por mastigação ineficiente (prótese dentária) e um por ingestão copiosa de bala de goma e manga (Tabela 1).

Há relatos sobre duas teorias que tentam explicar a formação dos fitobezoes: 1) anatômica, que sugere como causa o diâmetro diminuído da luz intestinal no íleo terminal; 2) fisiológica, que sugere que no íleo terminal ocorreriam me-

nos ondas peristálticas e isso poderia propiciar a formação do fitobezoar (3).

O diagnóstico etiológico pré-operatório não é fácil e, na maioria das vezes, somente é definido no ato operatório de uma laparotomia exploradora. O conhecimento e a identificação dos fatores predisponentes devem ser lembrados nos pacientes com quadro de oclusão intestinal.

MORAES RS, BRENNER S, MALAFAIA O, SCHULZ ES, BRENNER AS & COELHO JCU - Intestinal obstruction due to phytobezoar. Report of ten cases.

SUMMARY: The authors report ten cases of intestinal obstruction due to phytobezoar. The bezoars were due to orange pulp in seven cases, vegetables in two and gumm bear in another one. Seven patients had predisponent factors: a) giant Meckel's diverticulum in two cases; b) narrowed small bowell in one; c) gastric surgery in one; and d) dentures in another. The pre-operative diagnosis is not easy, and is nearly always made during urgent laparotomy. Surgical treatment consisted of phytobezoar removal by enterotomy in one case, enterectomy in three and "milking" in six. The knowledge and the identification of the predisponent factors should be reminded in patients with intestinal obstruction.

KEY WORDS: phytobezoar; intestinal obstruction; predisponent factors

REFERÊNCIAS

1. Barron MM, Steerman P. Gumm bear bezoar: a case report. *J Emerg Med* 1989; 7(2): 143-4.
2. Baumaester CF, Darling DD. Acute intestinal obstruction due to orange pulp bezoar. *Ann Surg* 1947; 126(1): 7, 250-1.
3. Bucholz RR, Hainsten AS. Phytobezoars following gastric surgery for duodenal ulcer. *Surg Clin North Am* 1972; 52(2): 341-51.
4. Cocheton JJ, Poulet J. Histoire des Bézoards: de la croyance légendaire à pathologie humaine. *Semaine des Hopitaux Paris* 1973; 49(52): 12, 3581-86.
5. Craft AW, Watson AJ, Scott JES. "Giant Meckel's diverticulum" causing intestinal obstruction in newborn. *J Pediatr Surg* 1976; 11(6): 12, 1037-8.
6. Manier JW. Intestinal obstruction due to phytobezoar following gastric resection. *Am J Gastroenterol* 1963; 33(11): 1, 48-51.
7. Mangold D, Woolam GL, Garcia RR. Intestinal obstruction due to phytobezoars. *Arch Surg* 1978; 113(8): 8, 1001-3.
8. Melo VA, Godoy AQ, Geneviva R. Obstrução intestinal por pedras. *Rev Assoc Med Brasil* 1981; 27(7): 7, 203-4.
9. Miller DL, Becker MH, Eng K. Giant Meckel's diverticulum. *Pediatr Radiol* 1981; 140(8): 93-4.
10. Mosca F, Alongi G, Sciuto G, Cicala S, Caruso F. L'ilho alimentare da fitobezoar del tenue. *Min Chir* 1989; 44(9): 5, 1395-400.
11. Nagel GW, Bergera JJ. Phytobezoars occluding the small bowell intestine following subtotal gastrectomy. *Am J Surg* 1960; 99(3): 318-19.
12. Schlang CHA, McHenry LE, USN MC. Obstruction of the small bowell by orange in the postgastrectomy patient. *Ann Surg* 1964; 159(4): 2, 612-22.
13. Shapiro PD, Babin G, Matolo NM. Phytobezoar and obstructions of the small intestine following gastrectomy. *West J Med* 1976; 124(6): 6, 506-8.
14. Swift RJ, Wood CB, Hershman MJ. Small bowell obstruction due to phytobezoars in the intact gastrointestinal tract. *JR Coll Surg Edinb* 1989; 34(5): 10, 267-9.

Endereço para correspondência:

Roberto da Silveira Moraes
Rua Major Heitor Guimarães, 1925 - Campina do Siqueira
80740-340 - Curitiba - PR