

---

# OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR TRICOBEOZAR. RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

ANDRÉ LUIS BARBOSA  
SANSOM HENRIQUE BROMBERG  
FERNANDO CORREA AMORIM  
JOSÉ EDUARDO GONÇALVES  
ANTONIO CLÁUDIO DE GODOY - TSBCP

---

BARBOSA AL, BROMBERG SH, AMORIM FC, GONÇALVES JE & GODOY AC - Obstrução intestinal por tricobezoar. Relato de caso e revisão da literatura. *Rev bras Coloproct*, 1998; 18(3): 190-193

**RESUMO:** Os tricobezosares ocasionam raramente obstrução intestinal. Como os localizados no estômago, ocorrem em mulheres jovens com hábito de tricofagia. Uma jovem de 22 anos foi admitida com história de dor epigástrica em crises há duas semanas, acompanhada de vômitos nos últimos três dias. Ao exame físico mostrava-se desidratada, discretamente icterícia, com o abdome distendido, sem irritação peritoneal. Ao nível do epigástrico palpava-se massa móvel, indolor. Os exames laboratoriais revelaram 12.490 leucócitos com desvio à esquerda, hipopotassemia (K: 2,9 mEq/l) e discreta icterícia (Bilirrubinas totais: 2,3 mg%). A gastroscopia mostrou corpo estranho sólido, compatível com tricobezoar, ocupando o estômago e duodeno. As radiografias simples do abdome evidenciaram sinais clássicos de oclusão do intestino delgado. À laparotomia exploradora encontrou-se massa impactada no íleo distal e confirmou-se a presença do tricobezoar gastroduodenal. A conduta cirúrgica consistiu de ressecção ileal e retirada do tricobezoar por gastrotomia. O pós-operatório foi sem intercorrências.

**UNITERMOS:** tricobezoar; obstrução intestinal; tricofagia

---

Bezoar resulta do acúmulo de corpo estranho indigerível em um ou mais segmentos do tubo digestivo, sendo mais comum no estômago e intestino delgado. O termo bezoar origina-se da palavra árabe "badzehr" ou persa "padzahr" ou do hebreu "beluzaar" (bad, pad ou belu: proteção - zehr, zahr ou zaar: veneno) e significa antídoto, proteção contra veneno<sup>(1,7,9)</sup>. Os primeiros relatos datam de 1000 anos AC, tendo sido encontrados no aparelho digestivo de ruminantes, sendo, na época, considerados como amuletos poderosos e sua posse objeto de grande empenho<sup>(6)</sup>.

Os bezosares são classificados de acordo com o segmento em que se alojam e segundo o material predominante na sua com-

posição: tricobezosares (cabelos, pêlos), fitobezosares (fibras vegetais e frutas) ou tricofitobezosares (mistos). Existem bezosares mais raros, como os micóticos, os lactobezosares (que acometem prematuros alimentados com fórmulas lácteas concentradas), farmacobezosares (associados a medicamentos como lecitina, ranitidina, antiácidos, etc.), litobezosares (pedras), os associados à presença de resinas e fibras de algodão (viciados em heroína) e outros. Acometem preferencialmente portadores de distúrbios mentais, de afecções gástricas associadas à hipocinesia e hiposecreção e os com ressecções gástricas<sup>(4)</sup>.

Os bezosares acarretam sintomas resultantes do processo obstrutivo mecânico, da compressão parietal e, mais raramente, da perfuração do segmento onde se instala. Os tricobezosares geralmente ficam confinados ao estômago mas eventualmente migram para o intestino delgado, onde podem causar obstrução<sup>(6,12)</sup>.

O presente trabalho relata a experiência vivida referente a portadora de bezoar gástrico e ileal, que apresentou obstrução intestinal.

## Relato de caso

SAS, Reg. 1235202, feminina, 22 anos, branca, solteira. Foi admitida no Pronto-Socorro com queixa de dor abdominal há duas semanas. A dor era referida no epigástrico, de forte intensidade, em crises, irradiando-se por todo o abdome, atenuando-se com uso de antiespasmódicos. O quadro clínico permaneceu inalterado por 13 dias, quando aos sintomas dolorosos somaram-se episódios de vômitos fétidos e escuros, acompanhados por dificuldade na eliminação de gases e obstipação intestinal. Apresentava hipoacusia bilateral, tendo sido submetida a cirurgias otológicas há dois anos; disartria desde a infância. Por freqüentes atritos com os pais, desenvolveu sentimentos de inferioridade e rejeição, segundo observações psiquiátricas em seu prontuário. Ao exame físico, apresentava-se desidratada, discretamente icterícia, disátrica. O abdome estava distendido, timpânico, palpando-se ao nível do epigástrico massa de consistência aumentada, superfície ligeiramente irregular, com limites imprecisos, móvel à palpação profunda e acompanhando os movimentos respiratórios, não aderida às estruturas abdominais vizias.

nhas. Os exames complementares de importância revelaram leucocitose (12.490) com desvio à esquerda (27% de bastonetes e 33% de segmentados), K: 2,9 mEq/l, Na: 134 mEq/l, bilirrubinas totais: 2,3 mg% e direta: 1,8 mg% e albumina: 3,2 g%. A endoscopia alta revelou a presença de corpo estranho sólido, de cor escura, tendo em sua superfície filamentos negros semelhantes a pêlos, ocupando a maior parte da luz gástrica e duodenal, compatível com tricobezoar. Nas porções visíveis a mucosa mostrava-se hiperemiada e discretamente edemaciada. A tomografia computadorizada do abdome mostrou grande dilatação do estômago, duodeno e de alças do delgado, de aspecto suboclusivo; presença de material com coeficiente de atenuação heterogêneo preenchendo o estômago e duodeno, sugestivo de bezoar. A radiografia simples do abdome mostrava alças delgadas dilatadas, com níveis líquidos. Com o diagnóstico de bezoar gástrico e obstrução do delgado distal a paciente foi submetida a laparotomia exploradora. O inventário da cavidade abdominal confirmou a presença do bezoar gástrico e ao nível do íleo terminal, próximo à válvula ileocecal, palpou-se formação discretamente depressível, com as mesmas características do bezoar gástrico, medindo 6,0 x 4,0 cm, ocupando toda a luz do segmento intestinal, firmemente impactada. As paredes ileais mostravam-se edemaciadas. As tentativas para fragmentação da massa ou para sua condução ao ceco foram infrutíferas. A conduta cirúrgica constou de gastrotomia longitudinal corpórea com retirada do bezoar e enterectomia de aproximadamente 10 cm, motivada pela natureza incerta da lesão, seguida de anastomose íleo-íleal (Fig. 1). O bezoar gástrico pesou 650 g e o íleal 180 g. O pós-operatório decorreu sem anormalidades, sendo posteriormente a paciente encaminhada ao Serviço de Psiquiatria.

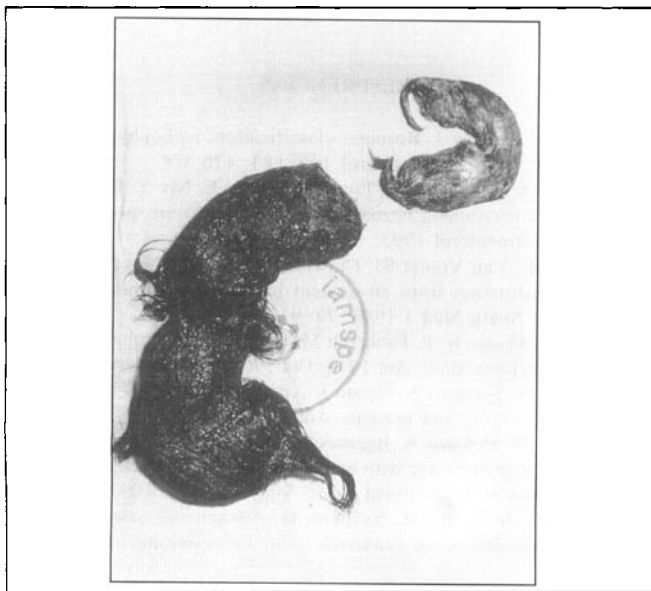


Fig. 1 - Tricobezoar removido por gastrotomia e segmento ileal ressecado.

## DISCUSSÃO

Os tricobezoares incidem predominantemente em mulheres jovens, com idade inferior a 30 anos. A história de tricofagia

é obtida em 50% dos doentes, usualmente com início na infância, sendo por muitos estudiosos encarada como distúrbio da personalidade, análogo ao hábito de roer unhas<sup>(6)</sup>. A paciente deste relato enquadrava-se nestas considerações.

Dos 311 casos de bezoares descritos por DeBakey e Ochsner, 55,3% eram tricobezoares<sup>(6)</sup>. Em recente revisão, dos 117 bezoares descritos, 87 estavam localizados no intestino delgado e 30 no estômago<sup>(13)</sup>.

Múltiplos fatores estão envolvidos na formação do bezoar: a mastigação deficiente causada pela ausência ou precariedade da placa dentária, a ingestão aumentada de alimentos ricos em resíduos e hábitos bizarros de ingestão<sup>(13,15)</sup>. A despeito da grande ocorrência de bezoares em ulcerosos operados pelas mais variadas técnicas, explicada pela diminuição da acidez e da motilidade do remanescente<sup>(4,13)</sup>, outros autores não encontraram diferenças quanto ao esvaziamento gástrico entre operados com e sem bezoar<sup>(5)</sup>.

O tricobezoar tem aparência de colméia, sendo revestido por substância mucóide brilhante, devida ao muco retido. Os cabelos ingeridos, seja qual for sua cor natural, tornam-se negros devido à desnaturação das proteínas pelo suco ácido gástrico. O odor é pútrido devido à deposição de alimentos gordurosos em seu interior, com posterior degradação e fermentação. A colonização bacteriana propicia risco aumentado de infecção no pós-operatório<sup>(12,17)</sup>.

Os sintomas dos tricobezoares estão na dependência de sua localização, do seu tamanho e da intensidade do transtorno funcional no segmento comprometido. Muitas vezes são inespecíficos e insidiosos, o que contribui para explicar o retardo diagnóstico e o grande volume de material depositado. Nos 131 casos de tricobezoares coletados por DeBakey e Ochsner os sintomas mais frequentes foram: dor ou desconforto epigástrico às refeições (70%), náuseas e vômitos (65%), astenia, anorexia e perda de peso (38%), alterações do hábito intestinal (32%) e hematêmese (6%)<sup>(6)</sup>. Mais raramente é relatada disfagia aguda causada por impactação esofágica do bezoar após vômitos copiosos<sup>(13)</sup>. Ao exame físico nota-se massa móvel, firme e bem definida no epigástrico (88%), muitas vezes dolorosa à palpação (70%); ocorrem com frequência alopecia e halitose. São raros os achados de crepitação à palpação abdominal e a identificação de cabelos nas fezes<sup>(6)</sup>. Os principais distúrbios oclusivos são representados por sinais e sintomas de obstrução pilórica e do intestino delgado, tendo como sede principal a porção distal do íleo, como neste relato.

A extensão do bezoar ao duodeno pode desencadear processo inflamatório ao nível da papila, ocasionando icterícia ou pancreatite aguda<sup>(9)</sup>; a icterícia da enferma objeto deste estudo foi assim interpretada.

A obstrução intestinal por bezoares é facilitada pela desidratação do conteúdo intestinal (diálise), pela restrição líquida, pela administração de drogas contendo hidróxido de alumínio e pelos hipossecretores da acidez gástrica<sup>(3)</sup>. O hipoperistaltismo induzido por analgésicos, provocando íleo paralítico, também é fator contribuinte para sua instalação<sup>(11)</sup>.

Os bezoares sintomáticos são grandes, chegando a pesar 3 kg. Ao lado de sintomas obstrutivos, não é raro o apareci-

mento da gastrite erosiva ou de úlcera, de natureza traumática, capazes de desencadear hemorragia de vulto<sup>(1)</sup>. A úlcera gástrica é mais freqüente que a intestinal, ocorrendo em 10% das vezes, tendo rápida cicatrização após a remoção do bezoar<sup>(6)</sup>; assim, procedimentos cirúrgicos visando sua abolição não estão indicados. A compressão da parede gástrica pelo tricobezoar, com conseqüente isquemia e necrose, resulta em perfuração, que ocorre em 6,6% dos casos<sup>(13)</sup>. Grandes formações podem estar presentes durante anos de forma assintomática adquirindo no final a forma em J do estômago.

Por vezes, o tricobezoar gástrico pode estender-se até o delgado terminal ou mesmo até ganhar o cólon transversal<sup>(7)</sup>, conferindo-se então o nome de síndrome de Rapunzel ao quadro clínico, em homenagem à heroína de longos cabelos descrita pelos irmãos Grim<sup>(7,17)</sup>.

Não é rara a ocorrência de intussuscepção; as perfurações ocorrem mais raramente<sup>(7)</sup>. Os exames laboratoriais revelam a presença de anemia microcítica hipocrômica ou megaloblástica e leucocitose discreta<sup>(6)</sup>. Os vômitos causados pela obstrução podem produzir alcalose hiponatrêmica e hipocalêmica, como neste caso.

A endoscopia digestiva diagnóstica e identifica o bezoar, sendo também indicada na sua terapêutica.

Quando o bezoar atinge tamanho expressivo a radiografia simples do abdome pode detectar imagem de corpo estranho na topografia do segmento ocupado. Na presença de fenômeno obstrutivo, exibe níveis hidroaéreos, com dilatação das alças delgadas, como ocorreu no presente relato.

A radiografia contrastada mostra massa não aderente ao estômago, fusiforme; o contraste circunda, reveste e infiltra o tricobezoar, excluindo o diagnóstico de neoplasia<sup>(10,14)</sup>. Quando a obstrução intestinal é incompleta, o trânsito baritado pode sugerir a presença do bezoar.

A ultra-sonografia, em mãos experientes, revela área de ecogenicidade aumentada ao longo da parede anterior da massa, com sombra acústica posterior nítida<sup>(10)</sup>.

A tomografia computadorizada revela imagem anelar, concêntrica e compressiva, com ar e "debris" em seu interior<sup>(14)</sup>.

O tratamento mais eficaz para tricobezoares gástricos de grande tamanho é sua retirada por gastrotomia, com mortalidade praticamente nula<sup>(13)</sup>. O tratamento da obstrução do intestino delgado é cirúrgico. Quando possível, a concreção poderá ser fragmentada e conduzida ao ceco. Durante a laparotomia deve ser realizado inventário intestinal exaustivo, a fim de excluir a possibilidade da existência de outros bezoares.

A concomitância de bezoares intestinais e gástricos está ao redor de 26%<sup>(13)</sup>. Bezoares gástricos podem ser tratados sem o auxílio da cirurgia. O endoscopista experiente consegue sua fragmentação e remoção quando de tamanho compatível; várias sessões podem ser necessárias, tornando o procedimento monótono e tedioso, não sendo isento de complicações<sup>(2)</sup>. A dissolução de bezoares com solventes orgânicos é de uso mais restrito. Celulase, papaína, bicarbonato de sódio, acetil-cisteína e combinações desses agentes foram utilizados com resultados não uniformes, provavelmente pela variada composição dos bezoares. Os fitobezoares são os mais propensos a responderem a terapêutica enzimática<sup>(8)</sup>. Mais recentemente,

novos procedimentos foram incorporados à terapêutica não cirúrgica - litotripsia extracorpórea, utilização de Nd: YAG laser endoscópico - nem sempre com sucesso<sup>(16)</sup>.

As complicações pós-operatórias são freqüentes, sendo a mais comum os abscessos da parede abdominal. Quadros respiratórios motivados por broncoaspiração resultante das obstruções lúminares pelo bezoar e septicemia oriunda da peritonite pós-perfuração são os eventos mais temíveis<sup>(13)</sup>.

A taxa de mortalidade decorrente de tricobezoares não tratados é de 30%, podendo atingir cifras de até 50% nas complicações<sup>(2)</sup>.

---

#### BARBOSA AL, BROMBERG SH, AMORIM FC, GONÇALVES JE & GODOY AC - Intestinal obstruction due to trichobezoar.

**SUMMARY:** Trichobezoars are a rare cause of intestinal obstruction and like gastric bezoars most commonly occur in young females with trichophagia. A 22-year-old white woman was admitted to the surgical service with a history of intermittent epigastric pain and vomiting in the last three days. Findings on physical examination included dehydration, jaundice and distended abdomen without peritoneal irritation. There was a soft mobile, non-tender mass in the epigastrium. Plain abdominal radiography showed dilated loops of small intestine with fluid levels. Upper endoscopy revealed a firm mass of hairs in stomach and duodenum lumen. Her haematological investigations showed leucocyte count  $12.49 \times 10^9/l$ . Her totality bilirubin was 2.3 mg% and her potassium was 2.9 mEq/l. On exploration, a firm mass was found impacted in the terminal ileum and was treated by resection. A large hair ball extending from the stomach into the duodenum was removed through a vertical gastrotomy incision. The patient had a satisfactory postoperative convalescence and was discharged home on the seventh postoperative day.

**KEY WORDS:** trichobezoar; intestinal obstruction; trichophagia

---

#### REFERÊNCIAS

1. Andrus C, Ponsky J. Bezoars: classification, pathophysiology and treatment. *Am J Gastroenterol* 1993; 83: 476-478.
2. Benharroch D, Krugliak P, Porath A, Zurgil E, Niv Y. Pathogenetic aspects of persimmon bezoars. A case-control retrospective study. *J Clin Gastroenterol* 1993; 17: 149-152.
3. Burrus GL, Van Voorst SJ, Crawford AJ, Bhattacharya SK. Small bowel obstruction from an antacid bezoar. a ranitine-antacid interaction? *South Med J* 1986; 79: 917-918.
4. Cain GD, Moore Jr. P, Patterson M. Bezoars. A complication of the postgastroectomy state. *Am J Dig Dis* 1968; 13: 801-809.
5. Calabuig R, Navarro S, Carrió I, Artigas V, Monés J, Lacalle JP. Gastric emptying and bezoars. *Am J Surg* 1989; 157: 287-290.
6. DeBaey M, Ochsner A. Bezoars and concretions: a comprehensive review of the literature with an analysis of 333 collected cases and presentation of 8 additional cases. *Surgery* 1938; 4: 934-963.
7. Deslypere JP, Pract M, Verdonk G. An unusual case of trichobezoar. the Rapunzel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1982; 77: 467-70.
8. Klammer TW, Max MH. Recurrent gastric bezoars. a new approach to treatment and prevention. *Am J Surg* 1983; 145: 417-419.
9. Mekisic A, Farmer E. Trichobezoars. *Aust N Z J Surg* 1994; 64: 281-283.
10. Newman B, Girdany BR. Gastric trichobezoars-sonographic and computed tomographic appearance. *Pediatr Radiol* 1990; 20: 526-527.

11. O'Neil HK, Hibbeln JF, Resnick DJ, Bass EM, Aizenstem RI. Intestinal obstruction by a bezoar from tube feedings. *AJR* 1996; 167: 1477-1478.
12. Qureshi NH, Morris K, McDevitt B. Trichobezoar - a condition to think of in case of mobile abdominal mass. *Br Med J* 1992; 85: 74.
13. Robles R, Parrilla P, Escamilla C, Lujan JA, Torralba JA, Liron R, Moreno A. Gastrointestinal bezoars. *Br J Surg* 1994; 81: 1000-1001.
14. Tamminen J, Rosenfeld D. CT diagnosis of a gastric trichobezoar. *Comput Med Imaging Graph* 1988; 12: 339-341.
15. Uretsky BF. Paper bezoars causing intestinal obstruction. *Arch Surg* 1974; 109: 123-124.
16. Van Gossun A, Delhaye M, Cremer M. Failure of non-surgical procedures to treat gastric trichobezoars. *Endoscopy* 1989; 21: 113.
17. Wolfson PJ, Fabius RJ, Leibowitz NA. The Rapunzell syndrome: an unusual trichobezoar. *Am J Gastroenterol* 1987; 82: 365-367.

**Endereço para correspondência:**

Sansom Henrique Bromberg  
Rua Conselheiro Brotero, 1505 - conj. 51  
01232-000 - São Paulo - SP