



Relato de caso: bezoar na infância, uma suspeita clínica importante

Autores: Renata Frossard*, Danielle Nardi*, Fábio Albanez**, Carla Araújo*, Raquel Takeguma*, Vanessa Andrade*

* Residentes em Pediatria HMIB

**Residente em Cirurgia Pediátrica HMIB

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA

INTRODUÇÃO

Bezoar é a impactação de material estranho no interior do trato digestivo, a partir da ingestão de diversas substâncias: cabelos, pêlos, fibras vegetais e outros. São classificados de acordo com sua composição sendo o tricobezoar, o bezoar composto por cabelo ou pelo, a forma mais comum na infância. Na maior parte das vezes estão associados a tricofagia e outros distúrbios psiquiátricos.

OBJETIVO

Descrever as características clínicas, evolutivas e terapêuticas de uma paciente que após várias hipóteses diagnósticas, foi submetida a laparotomia que evidenciou bezoar.

RELATO DO CASO

E.V.M.N. 7 anos, sexo feminino, admitida no pronto-socorro do HMIB, com diarreia aquosa, sem sangue ou muco, associada a dor abdominal importante, há uma semana. Nos três dias antes da internação apresentou vômitos, hiporexia e exacerbação da dor abdominal. Ao exame físico, paciente emagrecida, fácies de dor, desidratada grave, hipocorada, hipoperfundida, letárgica. À palpação do abdome dor difusa, sem percepção de massas ou visceromegalias. Na ecografia abdominal: distensão líquido-gasosa de alças intestinais. Foi avaliada pela cirurgia que descartou no momento intervenção cirúrgica. A criança evoluiu com rebaixamento do nível de consciência e distúrbios hidroeletrólíticos, encaminhada a UTI, iniciada dopamina e antibioticoterapia. Houve eliminação de vermes durante três dias de internação. Realizada TC de abdome com contraste: distensão líquida da vesícula biliar; presença de bolo de áscaris no ceco ascendente, com acentuada distensão líquida gasosa a montante; moderada ascite. Seguiu com piora da distensão, do edema de parede abdominal e vários episódios de vômitos, sendo indicada abordagem cirúrgica. Na laparotomia: líquido ascítico, grande distensão de alças de delgado, obstrução de íleo terminal a nível da válvula ileocecal por 30cm de bezoar. Após treze dias de internação, foi submetida a abordagem cirúrgica e evoluiu em boas condições clínicas, estável hemodinamicamente, foi avaliada pela psiquiatria, teve alta com retorno ambulatorial e seguimento na psiquiatria infantil.



COMENTÁRIOS SOBRE O CASO

De acordo com a literatura, bezoares são raros, porém adquiriram importância por estarem associados a complicações como obstruções intestinais, perfuração gástrica, intussuscepções, sangramentos, além de enteropatias, pancreatites, apendicites, icterícia obstrutiva. Apresentam uma sintomatologia inespecífica, insidiosa, gradual e, não raro, intermitente, guardando estreita relação sintomática com a localização. À medida que aumenta seu volume, pode causar anorexia, perda de peso e desconforto abdominal. Se houver obstrução, podem surgir vômitos e episódios de cólicas abdominais. Ao exame físico, pode ser evidenciado massa palpável, móvel e endurecida em região epigástrica, localização mais habitual dos bezoares. Ecografia, radiografia contrastada e endoscopia também podem auxiliar no diagnóstico.

No caso descrito, a sintomatologia inespecífica da paciente retardou o diagnóstico, sendo presumida infecção e abordada com antibioticoterapia, sem melhora do quadro, que só foi alterado após abordagem cirúrgica. Diferentemente da maior parte dos casos, em que os benzoares são gástricos, essa paciente apresentou obstrução por bezoar em íleo terminal, a nível da válvula ileocecal, retirado em laparotomia. O tratamento objetiva eliminação completa do bezoar do trato gastrintestinal. Pequenos ou médios bezoares podem ser retirados por endoscopia ou ondas de choque. O tratamento deve ser iniciado de forma não invasiva, mas a opção cirúrgica é a de melhor prognóstico nos quadros clínicos severos não responsivos ao manejo conservador e em caso de complicações.

CONCLUSÃO

O presente relato pretende destacar a importância da suspeita diagnóstica de bezoar a partir de um quadro de abdome agudo obstrutivo. O diagnóstico deve ser o mais precoce possível para efetivo tratamento e benefício do paciente. Avaliação e apoio psicológico e psiquiátrico também são importantes e necessários para propiciar melhor qualidade de vida ao paciente, prevenir as complicações e recidiva do quadro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Gorter, Kneepkens, Mattens, Aronson, Heij. Management of trichobezoar: case report and literature review. *Pediatrics Surgery Int* (2010) 26:457–463
- 2- Ventura DE, Herbella FAM, Schettini ST, Delmonte C (2005). Rapunzel syndrome with a fatal outcome in a neglected child. *Journal of Pediatrics Surgery* 40:1665–1667
- 3- Mehta MH, Patel RV (1992) Intussusception and intestinal perforations caused by multiple trichobezoars. *Journal of Pediatrics Surgery* 27:1234–1235
- 4- Schreiber H, Filston HC (1976) Obstructive jaundice due to gastric trichobezoar. *Journal of Pediatrics Surgery* 11:103–104