



Leonardo de Moura Leal

TRICOBESOAR EM ÍLEO DISTAL: RELATO DE CASO
TRICHOBESOAR IN TERMINAL ILEUM: CASE REPORT

Santa Maria - RS

2020

LEONARDO DE MOURA LEAL

TRICOBESOAR EM ÍLEO DISTAL: RELATO DE CASO
TRICHOESOAR IN TERMINAL ILEUM: CASE REPORT

Trabalho final de graduação II (TFG-II) apresentado ao Curso de Medicina, Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana – UFN, como requisito parcial para aprovação na disciplina TFG-II.

Orientador: Professor Dr. Carlos Jesus
Pereira Haygert

Santa Maria - RS

2020

SUMÁRIO

RESUMO.....	04
ABSTRACT.....	05
SIGLAS.....	06
INTRODUÇÃO.....	07
DESCRIÇÃO DO CASO.....	08
IMPRESSÃO E CONDUTA.....	09
DISCUSSÃO.....	20
CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS.....	25

RESUMO

Bezoar é uma massa formada devido ao acúmulo de conteúdo não digerível no trato gastrintestinal, e que pode ser classificado em subtipos de acordo com o conteúdo predominante na massa. São eles: tricobezoares, formados por fios de cabelo, algodão ou lã. Os fitobezoares, cujo conteúdo é de fibras vegetais, e por fim, os farmacobezoares, constituído de restos medicamentosos não digeridos. A clínica insidiosa caracteriza-se por dor abdominal, náusea, vômitos, anorexia e perda de peso.

Descobertos geralmente de forma incidental em exames de imagem, epidemiologicamente, os tricobezoares ocorrem sobretudo em mulheres jovens, com idades entre 10 e 30 anos, que comumente sofrem de distúrbios psiquiátricos. Diferentemente dos fitobezoares, cuja faixa etária mais acometida é a dos idosos, em pacientes com mastigação deficiente, cirurgia gástrica prévia e distúrbios de motilidade gastrintestinal. O estômago é o local de obstrução mais comum, no entanto é possível encontrarmos bezoares ao longo de todo o trato gastrintestinal.

Entre as possíveis complicações causadas por bezoares estão: perfuração, peritonite, pancreatite, intussuscepção e icterícia obstrutiva. O tratamento consiste em dissolução química, em primeira linha, remoção endoscópica, e, em último caso, remoção cirúrgica.

Palavras-chaves: bezoar, tricobezoar, obstrução gastrintestinal.

ABSTRACT

Bezoar is a mass formed due to the accumulation of non-digestible content in the gastrointestinal tract, and it can be divided into subtypes according to the predominant material in the mass. They are: trichobezoars, formed by hair, cotton or wool. Phytobezoars, which are constituted by vegetal fibers, and last, the pharmacobezoars, made of medicament rejects. The insidious clinic is characterized by abdominal pain, nausea, vomiting, anorexia and weight loss.

Often discovered incidentally by image studies, epidemiologically speaking, the trichobezoars occur foremost in women at young age, from 10 to 30 years old, that also suffer from psychiatric disturbs. On the other hand, the phytobezoars affect mostly the elderly patients, whose chewing is impaired, that had previous gastric surgery or have disturbs of the gastrointestinal motility. The stomach is the most common affected local, nonetheless, it is possible to find bezoars throughout the entire gastrointestinal lumen.

Among the complications caused by bezoars are: bowel perforation, peritonitis, pancreatitis, intussusception and obstructive jaundice. The first line of treatment consists in chemical dissolution, then, endoscopic removal, and ultimately, surgery.

Keywords: bezoar, trichobezoar, gastrointestinal occlusion

LISTA DE SIGLAS

HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
RS	Rio Grande do Sul
US	Ultrassonografia
UFN	Universidade Franciscana
TFG II	Trabalho Final de Graduação II
TC	Tomografia Computadorizada
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
SEV	Solução Endovenosa
NPO	Nada por via Oral

1. INTRODUÇÃO

O bezoar é um acúmulo de conteúdo não digerível no trato gastrointestinal e que pode, eventualmente, causar obstrução gástrica, duodenal ou do lúmen intestinal. Os tricobezoares, formados por fios de cabelo, algodão ou lã, diferentemente dos fitobezoares e farmacobezoares, não ocorrem devido a distúrbios de motilidade gástrica, digestivos ou por cirurgias gástricas prévias, mas sim, por distúrbios comportamentais psiquiátricos. A faixa etária de maior ocorrência de tricobezoares é a dos 10 aos 30 anos e, sobretudo, no sexo feminino. A formação de tricobezoares tem relação estreita com a chamada Síndrome de Rapunzel - uma condição clínica que combina a tricotilomania, em cuja o paciente tem um impulso de arrancar os próprios fios de cabelo - com a tricotofagia, a subsequente ingestão dos fios de cabelo. Esse é um distúrbio psiquiátrico mais frequentemente encontrado em pacientes pediátricos e deve ser cautelosamente abordado e assistido por profissionais da área de saúde mental.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente M.O.M.S, sexo feminino, 12 anos de idade, é admitida neste hospital (HUSM), com relato de dor abdominal e vômitos com 4 meses de história clínica. A paciente iniciou com dor abdominal epigástrica, sem irradiação para outros locais, há 4 meses. Refere que, na instalação do quadro clínico, sentia dor discreta cerca de uma vez ao dia e tinha episódios de vômitos eventuais. Os episódios de dor abdominal tornaram-se mais frequentes cerca de 2 meses após o início dos sintomas, quando a paciente procurou atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Na ocasião, foram realizados exames laboratoriais e ultrassonografia do abdome, os quais não mostraram alterações.

Há 7 dias, houve piora da dor abdominal, em frequência, intensidade e característica, agora iniciando-se no epigástrio e, após, tornando-se difusa em todo abdome. Os episódios de vômito também aumentaram, ocorrendo principalmente após as refeições. Na noite anterior à admissão, a paciente procurou novamente atendimento na UPA, já apresentando perda ponderal de 5kg desde o início do quadro clínico, onde ficou em observação com analgesia e SEV sendo administrados, coletou amostras para exames laboratoriais e, no dia seguinte, foi encaminhada ao HUSM com suspeita de pancreatite aguda.

A paciente era previamente hígida, nunca realizara cirurgias, negando ocorrência de menarca ou sexarca. Histórico familiar de mãe com sorologia para HIV positiva, irmã com história de litíase biliar e colecistectomia aos 20 anos de idade. Mãe e tia materna com história de hipertrigliceridemia.

Ao exame físico, paciente encontrava-se em regular estado geral, desidratada (+/++++), pálida, acianótica, anictérica, afebril, lúcida, orientada e coerente no espaço e no tempo. Não apresentava linfonodomegalias palpáveis. À ausculta respiratória encontrava-se eupneica, detectava-se murmúrio vesicular regularmente distribuído, sem presença de sons adventícios. À ausculta cardíaca evidenciou-se ritmo regular, em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros cardíacos auscultados. À avaliação abdominal, o abdome era plano, depressível, doloroso à palpação superficial e profunda, difusamente. Ruídos hidro-aéreos encontravam-se diminuídos. Sem sinais de peritonismo.

Extremidades estavam aquecidas e bem perfundidas, com tempo de reenchimento capilar inferior a 2 segundos.

Os resultados dos exames laboratoriais coletados no dia anterior na UPA evidenciaram os seguintes valores: contagem de eritrócitos de 4,62M, hemoglobina de 14,1 g/dL, hematócrito de 41%, VCM de 88,74 fl, HCM de 30,52 pg, CHCM de 34,39 g/dL, e RDW de 13 na série vermelha. Na série branca, contagem de leucócitos de 9800; com 3% de bastões, 67% de segmentados, 0,4% de eosinófilos, 0,2% de basófilos, 7,3% de monócitos, 21,9% de linfócitos e 0% de plasmócitos. Ainda apresentava 337000 plaquetas. Nas provas hepáticas e pancreáticas, TGO e TGP com valores de 27 e 24 UI/L respectivamente, amilase de 323 UI/L e lipase de 508 UI/L. Proteína C-reativa com valor de 0,02 mg/dl.

3. IMPRESSÃO E CONDUTA

Foi iniciada investigação para a dor abdominal da paciente, tendo as suspeitas de abdome agudo e pancreatite aguda. Optou-se por internar a paciente, mantê-la em NPO, realizar nova ultrassonografia de abdome, repetir os exames laboratoriais e tratar a dor com analgésicos.

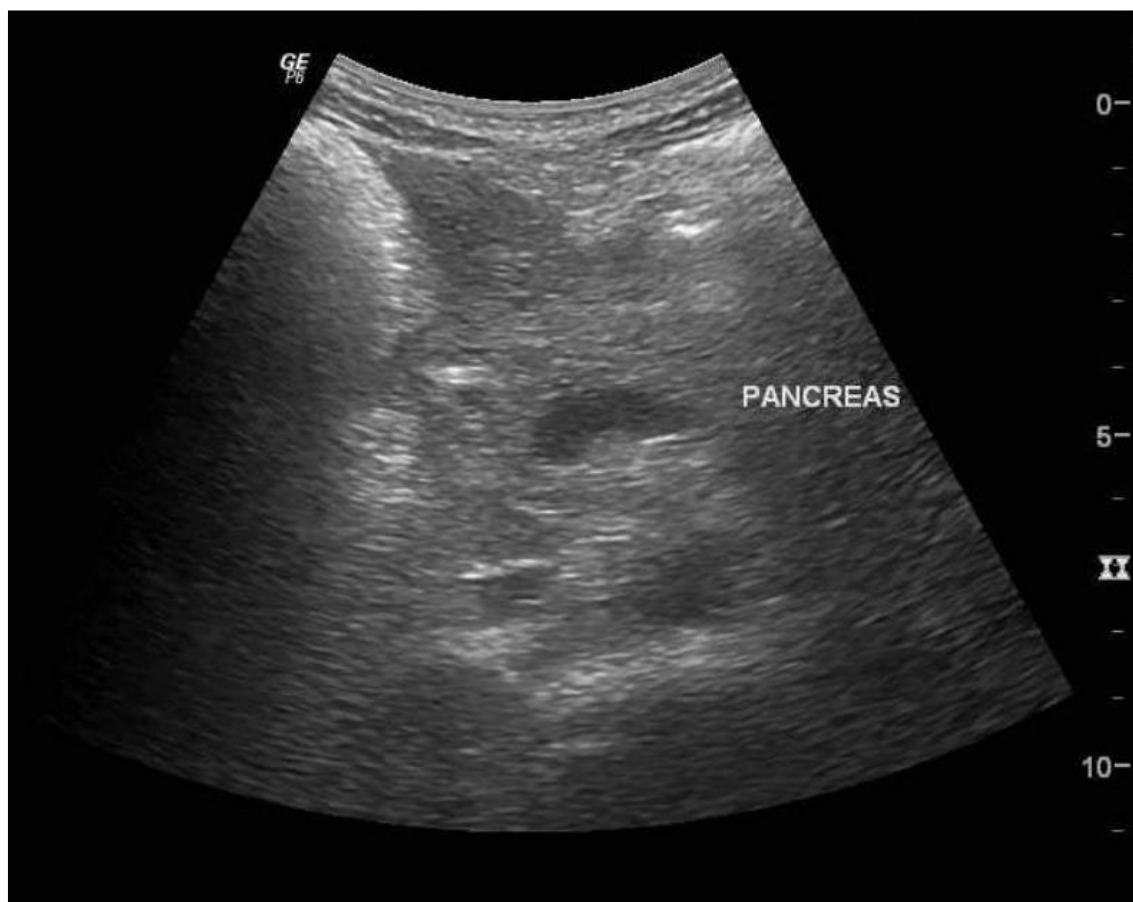


Imagem 1. Ultrassonografia de abdome evidenciando pâncreas.

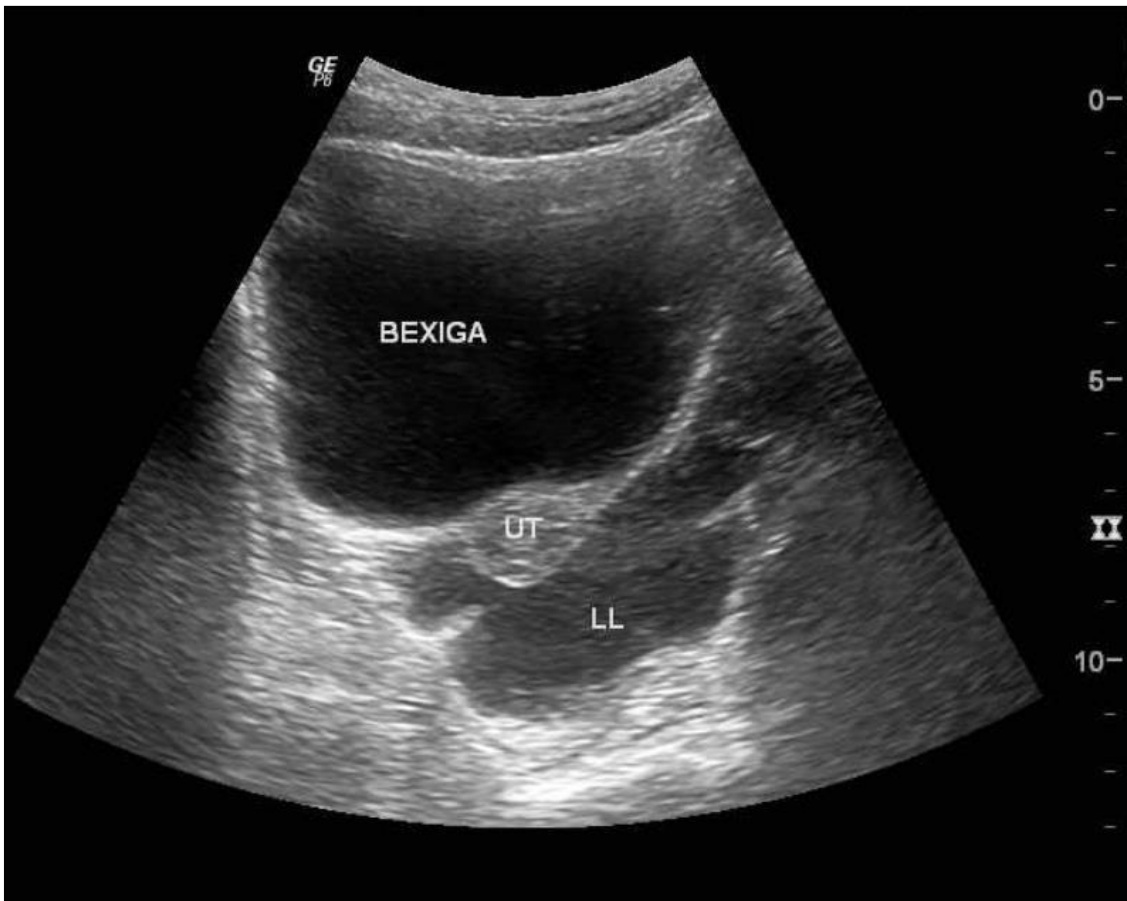


Imagem 2. Ultrassonografia de abdome em janela de bexiga urinária. Com quantidade moderada de líquido livre na cavidade abdominal/pélvica.

O US de abdome revelou fígado de tamanho normal, de contornos regulares, com ecogenicidade parenquimatosa discretamente aumentada, no entanto, e ecotextura heterogênea, não evidenciando lesões focais. Vesícula biliar pouco repleta, de paredes normoespessas, sem sinais de conteúdo patológico. As vias biliares e extra-hepáticas também não mostravam dilatação. Contudo, havia discreta indefinição nas margens pancreáticas e uma pequena quantidade de líquido livre na pelve. O US ainda mostrava baço de dimensão normal e parênquima homogêneo, rins tópicos, de tamanho normal, com contornos regulares e ecogenicidade preservada. Não foi encontrada evidência de litíase ou uronefrose. A bexiga urinária tinha paredes normoespessas e conteúdo homogêneo.

Os novos exames laboratoriais coletados no HUSM já no primeiro dia de internação da paciente revelaram um aumento no leucograma, com leucócitos de 11860, uma amilase de 444 UI/L e lipase 5109 UI/L nos marcadores pancreáticos, e exame qualitativo de urina não mostrou alterações.

A equipe de gastroenterologia do hospital foi consultada e o time de médicos atendentes da paciente decidiu pela manutenção da mesma em NPO até a melhora do quadro de dor e manutenção da analgesia. Estabeleceu-se um plano de iniciar alimentação com baixo teor em gordura quando a paciente aceitasse a dieta adequadamente e resolveu-se performar uma Tomografia Computadorizada (TC) de abdome.

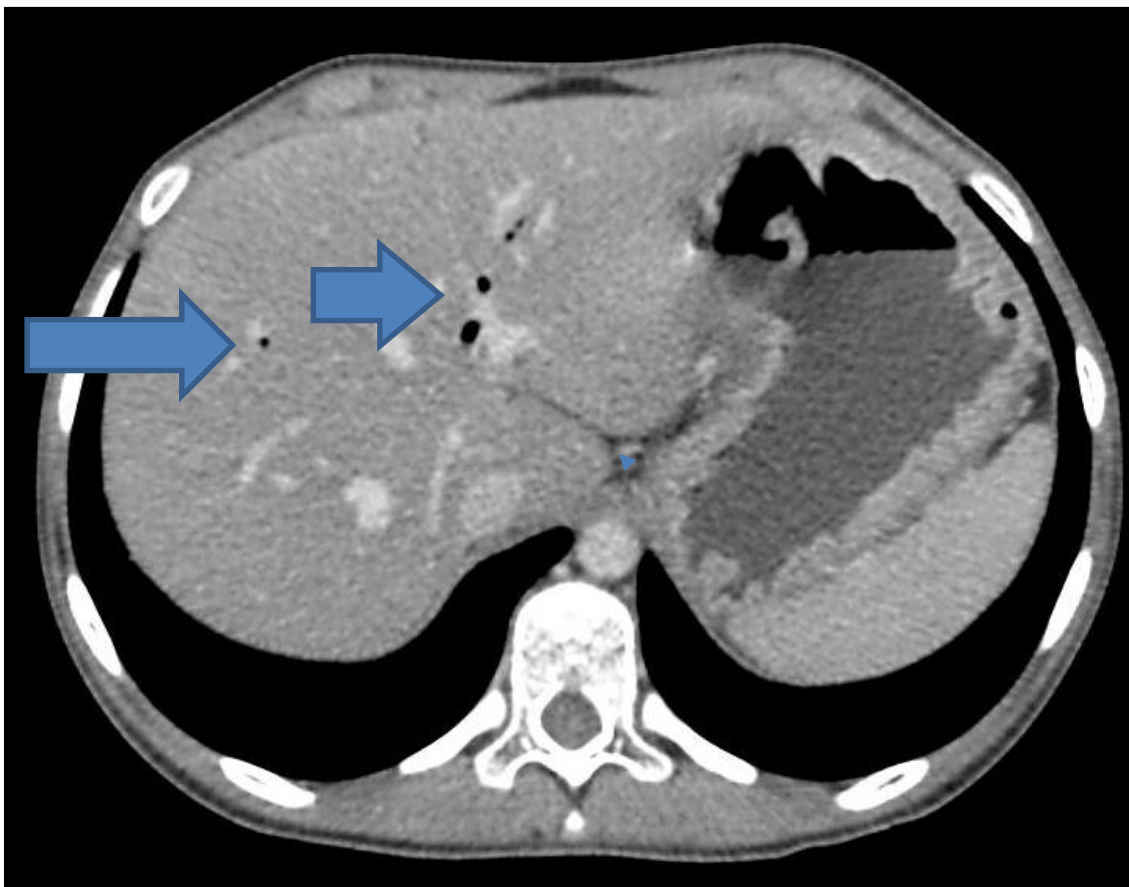


Imagem 3. TC de abdome com presença de ar na via biliar intra-hepática, com leve distensão da câmara gástrica.

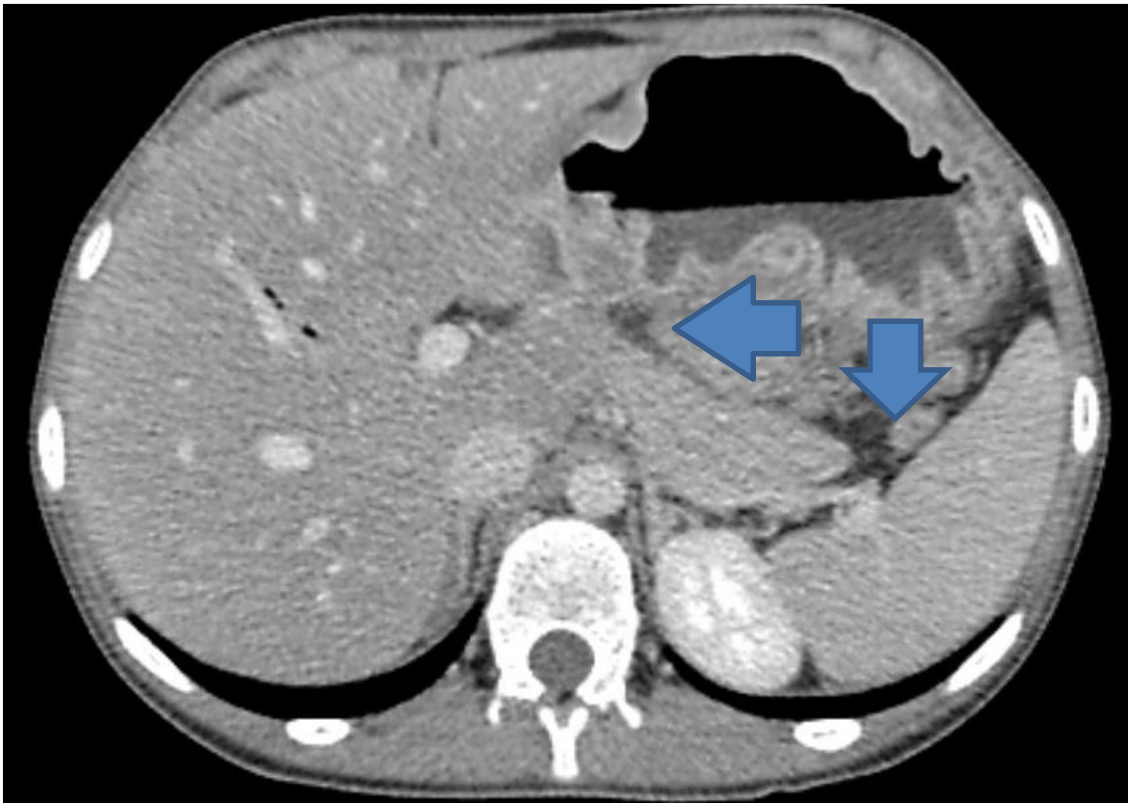


Imagem 4. Corte da Tomografia Computadorizada de abdome evidenciando novamente ar nas vias biliares intra-hepáticas e distensão gástrica.

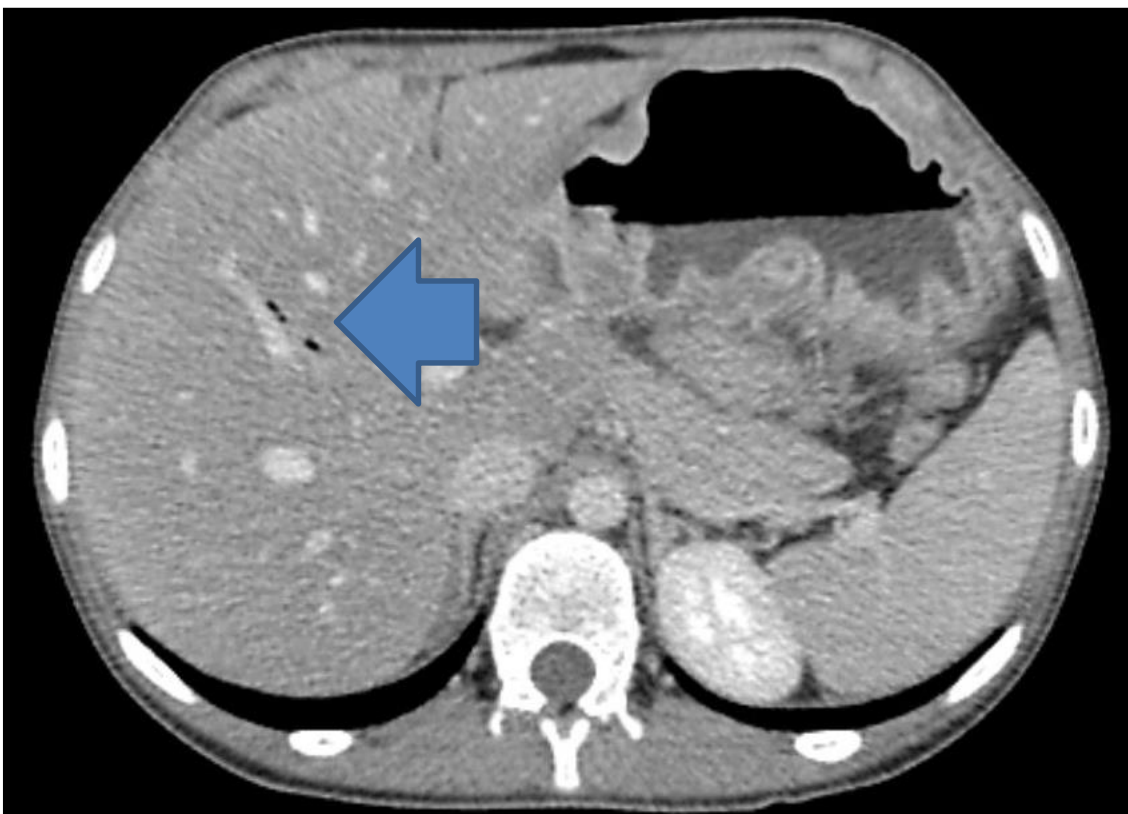


Imagem 5. TC de abdome evidenciando ar em vias biliares.

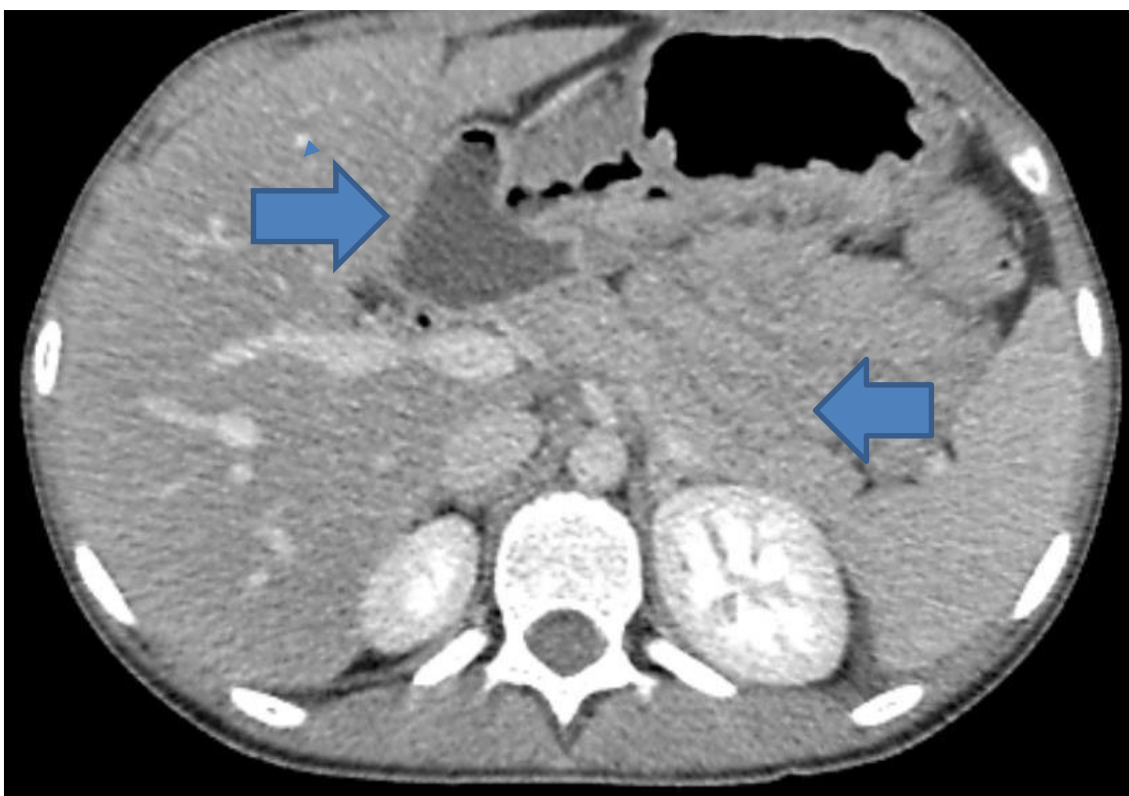
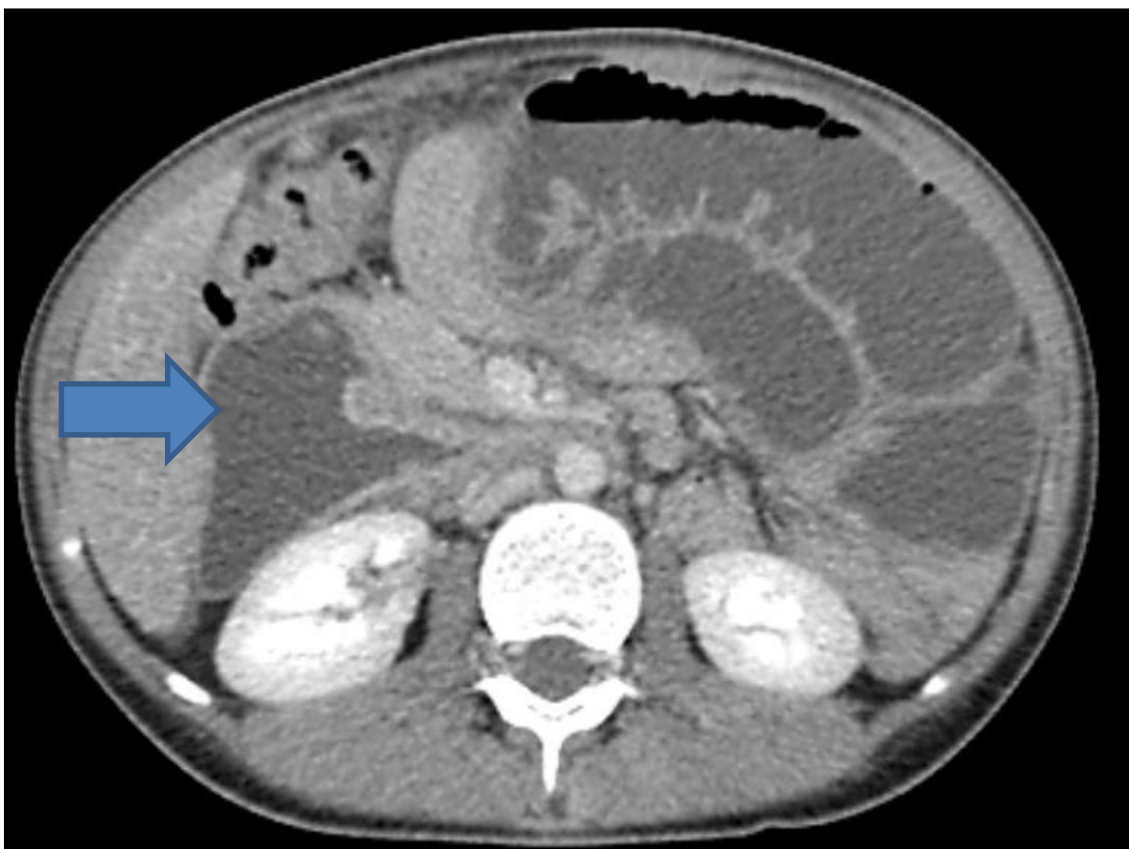


Imagem 6.



Imagens 6 e 7. Evidenciam importante distensão de alças delgadas com pouco ar nos cólons sugerindo suboclusão intestinal.

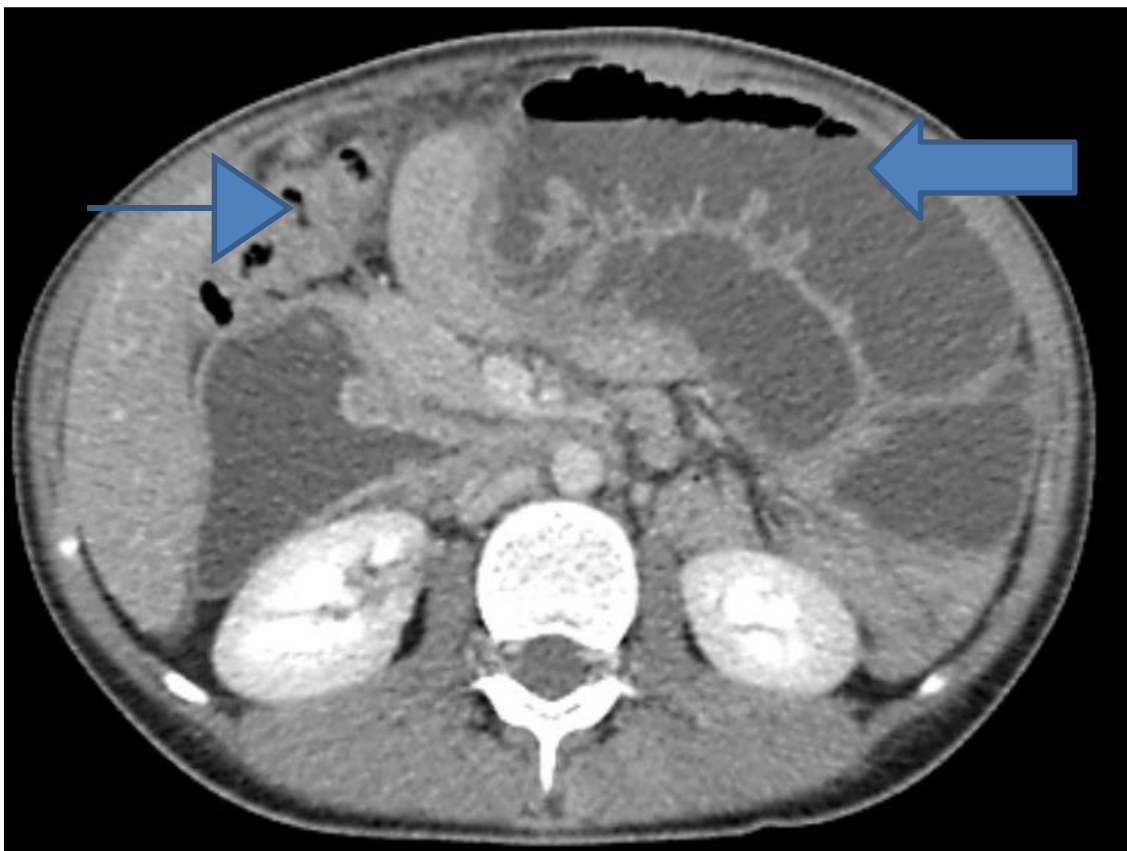


Imagem 8. TC de abdome mostrando presença de conteúdo heterogêneo no interior do íleo distal com importante dilatação de alças intestinais à montante, e moderada quantidade de líquido livre na cavidade abdominal/pélvica.

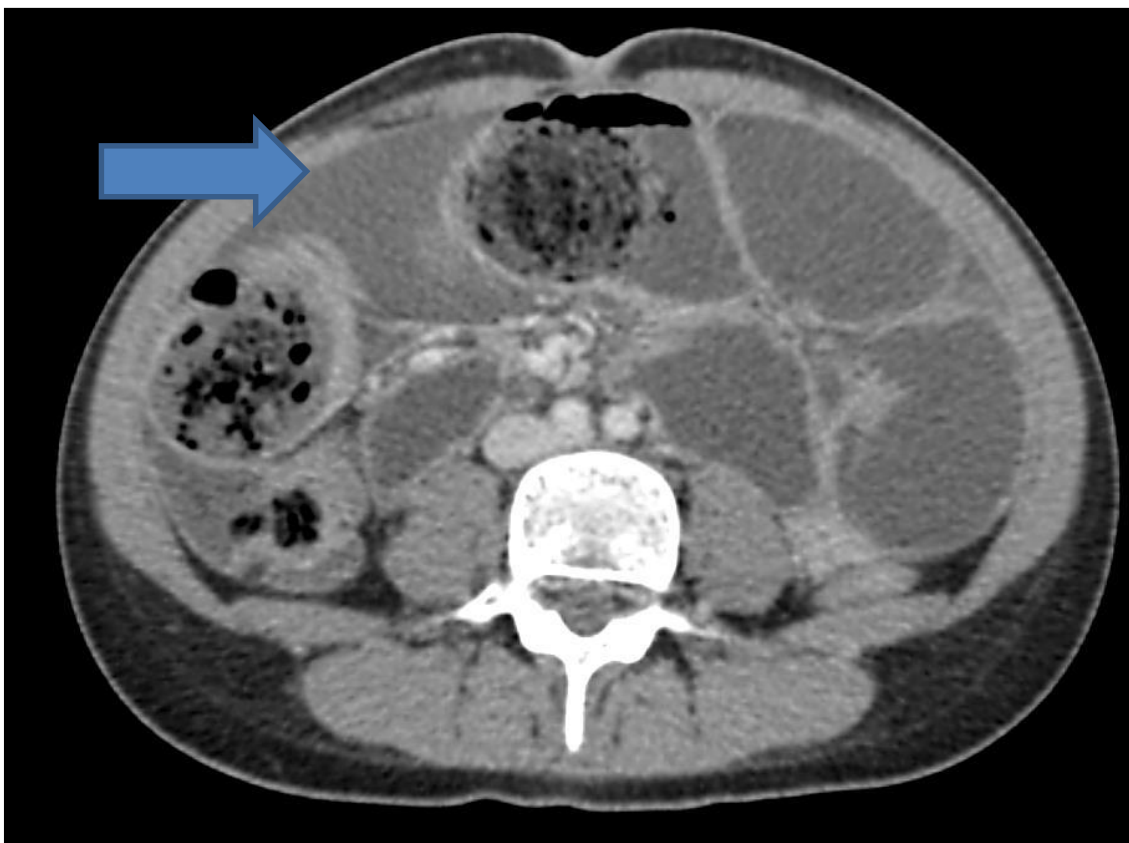


Imagem 9.



Imagem 10. Imagens 9 e 10 da TC abdominal também evidenciam a presença de conteúdo heterogêneo em alça do íleo distal. Ainda mostram distensão significativa em alças à montante.

A TC abdominal demonstrou fígado, pâncreas e glândulas adrenais de dimensões, contornos e coeficientes de atenuação adequados com a normalidade. Aorta abdominal de calibre usual e sem sinais de lesões parietais. Os rins se apresentavam tópicos e com sua espessura parenquimatosa preservada. No entanto, evidenciou-se à TC mínima aerobilia, ainda mostrou-se importante distensão gástrica, distensão duodenal, de alças intestinais delgadas, com a distensão estendendo-se até o segmento ileal, o qual apresentava crítica distensão com presença de conteúdo heterogêneo em seu interior, sugestivo de bezoar. Os demais segmentos do cólon, pós-suboclusão, possuíam calibres finos e foi localizada pequena quantidade de líquido livre na cavidade abdominal.

No segundo dia de internação, foram realizados novos exames laboratoriais na paciente, obtendo-se valores de 55 UI/L de amilase, 91 UI/L de lipase. Foram realizadas sorologias para Toxoplasmose (IgM e IgG), Anti-HCV, Anti HIV e Citomegalovírus (IgM e IgG), todas com resultado não reagente. Além de testagem HBsAg, também resultando não reagente. Clinicamente, a paciente apresentava-se bem, porém continuou em NPO pelo resto do dia.

No terceiro dia internada no HUSM, a paciente apresentou súbita deterioração do quadro clínico, com piora significativa da dor abdominal, para a qual lhe foi dado dipirona, tramadol e morfina para obtenção de alívio apenas parcial da dor. A paciente então evoluiu com episódio de êmese, com conteúdo líquido, amarelo e de odor fétido. Foi realizada radiografia de abdome e optou-se por leva-la para cirurgia de laparotomia exploratória.



Imagem 11. Radiografia de abdome evidenciando níveis hidroaéreos em alças do intestino delgado, com pouca quantidade de ar nos cólons, sugerindo suboclusão intestinal.

À laparotomia exploratória foi encontrada massa, compatível com tricobezoar, obstruindo o íleo distal do trato intestinal da paciente. A alça intestinal encontrava-se distendida, porém com aspecto de viabilidade, motivo pelo qual foi decidido não realizar a sua ressecção. Não houve perda sanguínea significativa durante a cirurgia, tampouco ocorreram intercorrências no decorrer do procedimento.

Foi ressecada peça cirúrgica caracterizando tricobezoar gigante, que consistia em uma porção irregularmente ovoide, constituída por fios de cabelo, pelos e fios de algodão. O tricobezoar pesava 400g e suas dimensões eram de 62,0cm x 16,0cm x 5,0 cm.



Peça cirúrgica: Tricobezoar removido, via laparotomia, do íleo distal da paciente. Medindo 62,0cm x 16,0cm x 2,0cm.

O *follow up* cirúrgico da paciente correu bem, evoluindo para a cura do quadro. Em entrevista com a mãe da paciente foi coletada história de que a menina tem o hábito de roer as unhas constantemente e comportamento

ansioso. Em avaliação psiquiátrica ainda no HUSM, a paciente foi avaliada por profissional e aos olhos do mesmo mostrou capacidades de juízo crítico e *insight* prejudicados ou ausentes. Ainda foi avaliada com fala taquilálica e comportamento ansioso durante a avaliação psicológica.

Após término do período pós-cirúrgico, a paciente se manteve estável e evoluiu para alta hospitalar, na qual lhe foi garantido encaminhamento com caráter de urgência para ambulatório de psiquiatria pediátrica.

4. DISCUSSÃO

Bezoares são concreções de material animal, vegetal ou mineral retidas no tubo digestivo, sendo mais comuns os tricobezoares e os fitobezoares, formados por fios de cabelo e fibras vegetais, respectivamente. Existem, no entanto, ainda os farmacobezoares, estes formados por restos medicamentosos não digeridos. Eles são causadores de várias doenças gastrintestinais, incluindo obstruções, suboclusões, intussuscepções, sangramentos, perfurações, além de enteropatias, pancreatites, apendicites, icterícia obstrutiva e ainda outras menos comuns. O local do trato digestivo mais acometido pelos bezoares é o estômago, no entanto é possível encontra-los no trato intestinal também. O sexo feminino é o mais propenso à ocorrência de bezoares, entre as idades de 10 e 30 anos, mas sobretudo, na faixa etária pediátrica concentram-se a maioria das ocorrências.

A associação da patologia bezoar com distúrbios psiquiátricos é relevante, podendo inclusive apresentar recorrências diversas. Estes pacientes devem, sempre que possível, ser tratados de forma conservadora, sendo a endoscopia o método de escolha mais efetivo, embora esteja limitado à natureza e a quantidade e tamanho dos bezoares. A remoção cirúrgica tem sua preferência na gastrotomia anterior longitudinal e posterior ordenha cautelosa.

Os bezoares muitas vezes não estão localizados em um único e específico segmento do tubo digestivo, mas podem apresentar extensão em continuidade desde o estômago até o intestino delgado ou ainda apresentar-se em múltiplas massas fragmentadas detectáveis em qualquer segmento intestinal.

Classificam-se em tricobezoar, fitobezoar e farmacobezoar de acordo com o material de composição. Os fitobezoares ocorrem mais comumente em pacientes adultos submetidos à cirurgias gástricas prévias, distúrbios de acidez e diminuição da motilidade gástrica. Comuns também em idosos cuja mastigação já é deficiente, tanto por distrofia muscular ou ainda pela ausência dos dentes para a maceração dos alimentos. Os tricobezoares são formados por cabelos, pelos, fios de algodão ou lã. Geralmente, resultam da ingestão de pelos ou cabelo humano, de bonecas ou brinquedos de pelúcia. O termo Síndrome de

Rapunzel é comumente usado para descrever o tricobezoar que se estende desde o estômago até o cólon, o tricobezoar gigante. É mais frequente no sexo feminino. É um distúrbio característico de mulheres jovens, adolescentes e escolares também. Não ocorre frequentemente em pacientes femininas pré-escolares, embora existam casos relatados na literatura médica. As ocorrências no sexo masculino são excepcionais.

Os bezoares têm sido descritos desde o século XII a.C , e seu nome tem origem árabe. Baudamant foi quem primeiro os descreveu em 1779 em um achado ocasional de uma autópsia em paciente portadora de tricobezoar. Coube a Quain, em 1854, a primeira descrição clínica em paciente vivo, portador de distúrbio psiquiátrico, em cujo trato digestivo fora encontrado fitobezoar constituído por fibras vegetais de côco. Contudo, a primeira intervenção cirúrgica para remoção de bezoar foi realizada mais tarde no mesmo século, em 1883, por Schonborn.

Os bezoares são considerados raros, porém, a quantidade relativamente pequena de relatos na literatura médica pode não refletir a ocorrência real da doença. Eles se tornam de interesse clínico, uma vez que são causadores de inúmeras complicações potencialmente graves ao ser humano, assim como várias doenças digestivas como obstruções, perfurações, hemorragias, enteropatias e icterícia obstrutiva.

A sintomatologia da doença por bezoar é frequentemente inespecífica, insidiosa e gradual. Também não é raro que ocorra de forma intermitente, com episódios isolados, guardando estreita relação com a localização da massa compacta. À medida que a massa ganha volume no lúmen do trato digestivo, podem causar anorexia, perda ponderal e desconforto abdominal relacionado às refeições. Quando há grau de obstrução, surgem vômitos e dor abdominal como principais sintomas. O exame físico pode evidenciar massa palpável em alguns casos.

O exame ultrassonográfico de abdome e o estudo radiológico contrastado do estômago podem ser úteis no diagnóstico diferencial. No entanto, a sensibilidade desses estudos de imagem pode ser falha na detecção da natureza do bezoar formado. Foi relatado por Wolfson et al. que radiografias simples de abdome obtidas após ingestão de líquido carbonatado pelo paciente demonstram com mais clareza a natureza da massa impactada que o contraste de Bário. Todavia, a Endoscopia Digestiva Alta nos permite a comprovação diagnóstica e o estabelecimento e a composição do bezoar sem restrições.

O tratamento cirúrgico está reservado a casos de bezoares muito volumosas e extensas, ou, em pacientes comprometidos por complicações ou riscos iminentes de desfechos clínicos piores, quando opta-se por cirurgia de caráter emergencial.

O objetivo final do tratamento, contudo, após a resolução clínica, deve ser a abordagem da tricofagia, fitofagia ou outra, bem como a prevenção de casos recorrentes. Faz-se necessário o encaminhamento dos pacientes para acompanhamento psiquiátrico para investigação de desordem psíquica subjacente e tratamento adequado para tal.

5. CONCLUSÃO

Portanto, no presente relato de caso, a paciente M.O.M.S, feminino, escolar, 12 anos de idade, procedente de Santa Maria – RS, procurou a Emergência do HUSM com queixa de dor abdominal e êmese há 4 meses, que teve piora há 7 dias, crescendo em intensidade e mudando a característica, agora iniciando em epigástrio, e, após, tornando-se difusa progressiva e associada à anorexia e vômitos mais frequentes.

Ao exame físico da internação apresentava-se em regular estado geral, desidratada, afebril, anictérica, acianótica, com ausculta cardíaca e pulmonar normais. O abdome demonstrava ruídos hidroaéreos diminuídos, plano, depressível, doloroso à palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonismo.

Na história patológica pregressa referiu ser previamente hígida, negou cirurgias prévias, bem como negou ter tido menarca ou sexarca até o momento. Possuía irmã com histórico de litíase biliar e colecistectomia aos 20 anos de idade, mãe HIV positivo e tia com história de hipertrigliceridemia.

Os resultados dos exames laboratoriais coletados no dia anterior à internação evidenciaram contagem de eritrócitos de 4,62M, hemoglobina de 14,1 g/dL, hematócrito de 41%, VCM de 88,74 fl, HCM de 30,52 pg, CHCM de 34,39 g/dL, e RDW de 13 na série vermelha. Na série branca, contagem de leucócitos de 9800; com 3% de bastões, 67% de segmentados, 0,4% de eosinófilos, 0,2% de basófilos, 7,3% de monócitos, 21,9% de linfócitos e 0% de plasmócitos. Ainda apresentava 337000 plaquetas. Nas provas hepáticas e pancreáticas, TGO e TGP com valores de 27 e 24 UI/L respectivamente, amilase de 323 UI/L e lipase de 508 UI/L. E uma Proteína C-reativa com valor de 0,02 mg/dl. A principal hipótese diagnóstica até o momento era pancreatite aguda, cuja suspeita foi o motivo da internação no hospital, onde a paciente ficou sendo observada pelo time médico e o seu quadro clínico mais minuciosamente investigado.

Durante o primeiro dia de internação, novos exames demonstraram aumento na contagem de leucócitos, cujo número detectado no hemograma foi de 11860. Ao mesmo tempo, os marcadores pancreáticos também tiveram aumento relevante em relação às medições prévias, o valor de amilase chegou à 444 UI/L e o de lipase aos 5109 UI/L. Foi estabelecido o plano de manter a paciente em NPO, tratar a dor com medicamentos analgésicos e realizar US de abdome total.

Ao exame ultrassonográfico, foi observado fígado com discreto aumento da ecogenicidade do parênquima hepático, no entanto, sem presença de lesões focais. Vias biliares e extra-hepáticas também não mostraram dilatação. A vesícula biliar era pouco repleta, possuía paredes normoespessas e conteúdo sem sinais patológicos. Contudo, havia discreta indefinição nas margens pancreáticas e uma pequena quantidade de líquido livre na pelve. O US ainda mostrava baço de dimensão normal e parênquima homogêneo, rins tópicos, de tamanho normal, com contornos regulares e ecogenicidade preservada. Não foi encontrada evidência de litíase ou uronefrose. A bexiga urinária tinha paredes normoespessas e conteúdo homogêneo.

A equipe de gastroenterologia do HUSM foi consultada e foi decidido realizar exame de tomografia computadorizada de abdome na paciente, frente aos resultados pouco esclarecedores do US de abdome realizado anteriormente. As imagens geradas pela tomografia mostraram mínima aerobilia, ainda mostrou-se importante distensão gástrica, distensão duodenal, de alças intestinais delgadas, com a distensão estendendo-se até o segmento ileal, o qual apresentava crítica distensão com presença de conteúdo heterogêneo em seu interior, sugestivo de bezoar. Os demais segmentos do cólon, pós-suboclusão, possuíam calibres finos e foi localizada pequena quantidade de líquido livre na cavidade abdominal.

Uma vez que a paciente encontrava-se em bom e estável estado clínico no momento, optou-se pela manutenção da dieta NPO, medicação sintomática se necessária e a continuidade da conduta expectante, uma vez que a primeira linha de tratamento para bezoares é a tentativa de dissolução química da massa, para posteriormente tentar-se a dissolução via endoscópica caso haja falha na primeira linha e, em último caso, a via cirúrgica.

Contudo, no terceiro dia de internação a paciente apresentou piora vertiginosa do quadro clínico, com a volta da dor abdominal em maior intensidade e episódios de êmese com conteúdo de cor amarela e de odor fétido. Após realização de novo TC de abdome, a equipe de cirurgia digestiva optou por intervenção cirúrgica imediata por laparotomia exploratória, visando prevenir possível complicação grave como perfuração de alças e peritonite.

A cirurgia de laparotomia exploratória acessou a cavidade abdominal da paciente, sem intercorrências, e foi retirado tricobezoar gigante, formado por fios de cabelo e algodão, do segmento distal do íleo, sem necessidade de ressecção

de alça intestinal. O tricobezoar pesava 400g e as dimensões da peça cirúrgica eram de 62,0cm x 16,0cm x 2,0 cm.

A história comportamental, posteriormente coletada com a mãe e a com paciente foi compatível com o achado de tricobezoar, devido a hábito de tricotilomania e tricotofagia da paciente. A mesma evoluiu para cura completa do quadro descrito e obteve alta hospitalar, melhorada com encaminhamento para o setor de Psiquiatria Pediátrica para apoio psicológico, terapia e investigação de transtorno psiquiátrico associado.

A decisão tomada pela equipe clínica juntamente com a equipe cirúrgica em momento preciso possibilitou a intervenção cirúrgica à tempo hábil e um desfecho trágico foi evitado.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DONALD R KIRKS, et al. Diagnóstico por imagem em Pediatria e Neonatologia. Editora Revinter, 2003.

DAVID SUTTON, et al. Textbook of Radiology and Imaging, CHURCHILL LIVINGSTONE, 2003.

RIPOLLES T, GARCIA ARAGUAYO G, MARTINEZ MJ, GIL P. Gastrointestinal bezoars: sonographic and CT characteristics. AJR AM Roentgenol. 2001

NEWMAN B, GIRDANY BR, Gastric trichobezoars sonographic and computed tomographic appearance. Pediatrics Radiology. 1990

ENG K, KAY M. Gastrointestinal bezoars: history and current treatment paradigms. Gastroenterology Hepatology.

DELABNROUSSE E, BRUNELLE S, SAGUET O, DESTRUMELLE N, LANDECY G, KASTLER B. Small bowel obstruction secondary to phytobezoar CT findings. 2001.

BUSQUETS J, et al. Cir Esp. 2014. **Evolution and results of the surgical management of 143 cases of severe acute pancreatitis in a referral centre.**

Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/24916318/?i=19&from=pancreatitis%20aguda>>. Acesso em: 17 de julho de 2019.

JESUS LISIEUX EYER de, Novelli Rosa JM. Trichobezoars. 2007.

HIRUGADE ST, TALLPALIKAR MC, DESHPANDE AV, et al. Rapunzel syndrome with long tail. Pediatrics 2001.

BERNSTEIN LH, GUTSTEINS, EFRON G, WAGLE A, GRAHAM E. Trichobezoar: an unusual case of megaloblastic anaemia and hypoproteinaemia in childhood. 1973.

WOLFSON PJ, FABIUS RJ, LEIBOWITZ AN. The Rapunzel Syndrome: an unusual trichobezoar.

KASPER, Dennis L. **Medicina interna de Harrison/** [Dennis L.] Kasper... [et al]; tradução: Ademar Valadares Fonseca... et al. [revisão técnica: Alessandro Finkelsztejn... et al]. - 19. ed. - Porto Alegre: AMGH, 2017.

HARTWIG, W. **Reduction in Mortality With Delayed Surgical Therapy of Severe Pancreatitis.** Journal of Gastrointestinal Surgery, 2002.

HOWARD, T. J, Patel, J. B., Zyromski, N., Sandrasegaran, K. Yu, J., Nakeeb, A., ... Lillemo, K. D. (2007). **Declining Morbidity and Mortality Rates in the Surgical Management of Pancreatic Necrosis.** Journal of Gastrointestinal Surgery, 11(1), 43–49. The Society for Surgery of the Alimentary Tract. Published online: 23 January 2007.

ANEXOS

Figura 1:

Ranson (causa alcoólica ou outra)	Ranson (causa biliar)
Na admissão	Na admissão
Idade > 55 anos	Idade > 70 anos
GB > 16 000/mm ³	GB > 18 000/mm ³
LDH > 350 U/l	LDH > 250 U/l
AST > 250 U/l	AST > 250 U/l
Glicemia > 200 mg/dl	Glicemia > 220 mg/dl
Às 48 h	Às 48 h
Queda do hematócrito > 10%	Queda do hematócrito > 10%
Aumento do BUN > 5 mg/dl	Aumento do BUN > 2 mg/dl
Cálcio < 8 mg/dl	Cálcio < 8 mg/dl
PO ² < 60 mmHg	PO ² < 60 mmHg
Déficit de bases > 4 mEq/l	Déficit de bases > 5 mEq/l
Perda de fluidos > 6L	Perda de fluidos > 4L
Cada item vale 1 ponto (0 a 11 pontos)	

Adaptado de Feldman M, Friedman L, Brandt L. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, Ninth Edition 2010. GB=global de leucócitos; LDH=desidrogenase láctica; AST=aspartato aminotransferase; BUN=uréia sérica; PO²=pressão parcial do oxigênio no sangue arterial

Figura 2:

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE APACHE II									
A	4	3	2	1	0	1	2	3	4
T retal (°c)	> 40,9	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	< 30
PAM	> 159	130-159	110-129		70-109		50-69		< 50
FC	> 179	140-179	110-129		70-109		55-69	40-54	< 40
FR	> 49	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		< 6
SatO ₂	> 499	350-499	200-349		< 200				
SiFiO ₂ ≥ 0,5									
SiFiO ₂ ≤ 0,5					> 70	61-70		56-60	< 56
pH art.	> 7,69	7,60-7,69		7,50-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	< 7,15
Na (mmol/l)	> 179	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	< 111
K (mmol/l)	> 6,9	6,0-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3,0-3,4	2,5-2,9		< 2,5
Cr (mg/dl)	> 3,4	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		< 0,6		
Ht (%)	> 59,9		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		< 20
GB (x1000)	> 39,9		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		< 1
Soma de pontos (A)= 0 a 4 pontos por cada item, consoante valores.									
ESCALA DE COMA DE GLASGOW (B)					ÍNDICE DA IDADE (C)				
Avaliação da abertura ocular/ Avaliação da resposta verbal/ Avaliação da resposta motora					Idade em anos:				
					<45 anos: 0 pontos				
					45-54: 2 pontos				
					55-64: 3 pontos				
Soma de pontos (B)=15- Escala de coma de Glasgow atual					65-74: 5 pontos				
					≥75: 6 pontos				
CONDIÇÕES CRÔNICAS (D)									
Comorbidades:									
- Sem história de condições crônicas: 0 pontos									
- Com história de condições crônicas, se o doente for admitido após cirurgia eletiva: 2 pontos									
- Com história de condições crônicas, se o doente for admitido por cirurgia de urgência ou por outro motivo: 5 pontos									
ESCORE APACHE II= Somatório de A+ B+ C+ D									

Adaptado de Knaus WA; Draper EA; Wagner DP; Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. Crit care Med 1985; 13(10): 818-29. T retal=temperatura retal; PAM=pressão arterial média; FC=frequência cardíaca; FR=frequência respiratória; Sato₂=saturação de oxigênio; pH art=pH arterial; Na=sódio plasmático; K=potássio plasmático; Cr=creatinina; Ht=hematócrito; GB=global de leucócitos