

Caso Endoscópico

Fernando Pereira¹

Uma adolescente de 15 anos de idade foi observada na consulta de Gastroenterologia Pediátrica por um quadro de anorexia, emagrecimento, astenia acentuada com duas semanas de evolução e anemia grave, de instalação progressiva e bem tolerada. Não referia perdas hemáticas digestivas ou urinárias e as perdas menstruais eram aparentemente normais.

Apresentava-se prostrada e pouco colaborante, com palidez cutâneo-mucosa acentuada e tumefacção epigástrica de grandes dimensões, não móvel, dura, sem pulsatilidade e aparentemente sem

dor à palpação. O restante exame objetivo não evidenciava alterações.

Tratava-se de adolescente sem antecedentes patológicos significativos, filha de pais separados há alguns anos mas sem patologia conhecida e com adequado desenvolvimento e aproveitamento escolar.

O estudo analítico que efectuou, revelou hemoglobina de 5,8 g/dl, leucocitose 22900/mm³, com 74% de neutrófilos, trombocitose 683000/mm³ e ferropenia. A proteína C reactiva e a velocidade de sedimentação eram normais, bem como a função renal e hepática. A radiografia

abdominal simples mostrou a presença de material do tipo sólido, amorfo na cavidade gástrica (figura 1) e a teleradiografia pulmonar era normal.

Efectuou endoscopia digestiva alta que permitiu obter a imagem que mostramos na figura 2.

Tendo em consideração o quadro clínico da nossa doente e as imagens 1 e 2 qual lhe parece ser o diagnóstico mais provável?

- 1 – Tumor benigno do estômago
- 2 – Hamartoma gástrico
- 3 – Bezoar



Figura 1

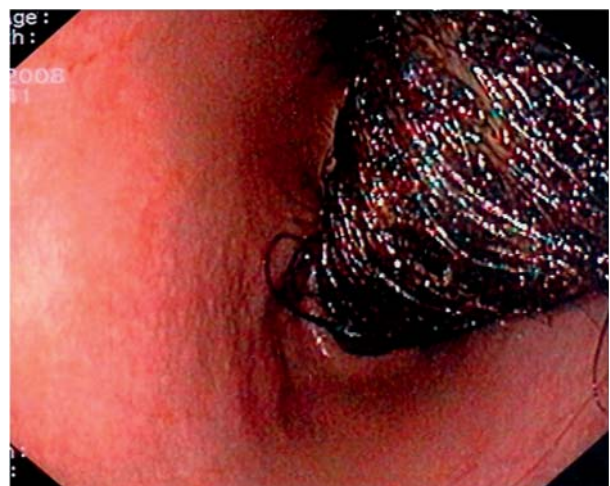


Figura 2

¹Serviço de Gastroenterologia
Hospital Maria Pia / CHPorto

COMENTÁRIOS

A radiografia abdominal simples que apresentamos na figura 1 mostramos uma câmara gasosa do estômago com bordo inferior convexo, sugerindo a presença de estrutura ocupando espaço na cavidade gástrica. A história de anemia crónica com ferro baixo, associada à presença de tumefação epigástrica e com esta imagem radiológica obrigava à realização de endoscopia digestiva alta para esclarecer a natureza da lesão gástrica. A imagem da figura 2 mostramos o antro gástrico com mucosa ligeiramente granitada, o piloro aberto e uma estrutura, corpo estranho com aspecto fusiforme, constituído por material fibrilar, ocupando parte da cavidade gástrica e ultrapassando o piloro. À observação endoscópica, a cavidade gástrica encontrava-se totalmente preenchida por um corpo estranho com a estrutura que se observa na figura 2 e havia também uma

úlceras na parede posterior com cerca de 10mm. Na figura 3 podemos observar o cárdia e a estrutura já descrita.

Tratava-se de facto de um tricobezoar volumoso que ocupava todo o estômago e que se estendia para o duodeno.

Inquirida sobre a ingestão de cabelo, a doente confessou ter esse hábito de longa data, trincando o seu cabelo que depois ingeria.

Tendo em consideração a dimensão e a natureza do material em presença não foi considerada a hipótese de extracção por via endoscópica e a doente foi submetida a laparotomia com gastrotomia e extracção do bezoar, que decorreu sem complicações.

A doente recuperou bem, deixou o hábito de ingerir o cabelo e melhorou rapidamente da sua anemia e ganhou peso.

Foi orientada para a consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência.

Os tricobezoares são relativamente raros, são mais frequentes em crianças com perturbações comportamentais e ocorrem ao longo de vários anos. A natureza fibrilar do cabelo impede a sua expulsão para o intestino e a sua não digestão gástrica conduz à progressiva acumulação. Os sintomas só aparecem quando o corpo estranho atinge dimensão considerável. O corpo estranho pode estender-se de forma contínua ao longo do intestino delgado constituindo o que se designa por síndrome de Rapunzel. A oclusão ou a rotura visceral podem ocorrer com risco elevado. A sua remoção deve ser cirúrgica.

Nascer e Crescer 2009; 18(2): 124-125

BIBLIOGRAFIA

1. Rabie EM, Arishi AR, Khan A, Ageely H, El-Nasr GAS, Fagih. "Rapunzel syndrome: The unsuspected culprit". *World Journal of Gastroenterology* 2008; 14(7):1141-1143.
2. Levy RM, Komanduri S. "Trichobezoar". *Images in clinical Medicine. NEJM* 2007, 357(21) e23.
3. Silva AP, Carvalho J, Pinho R, Fernandes S, Sousa P, Fraga J. "Giant gastric and duodenal tricobezoar". *Endoscopy* 2007; 39:E12-E13.

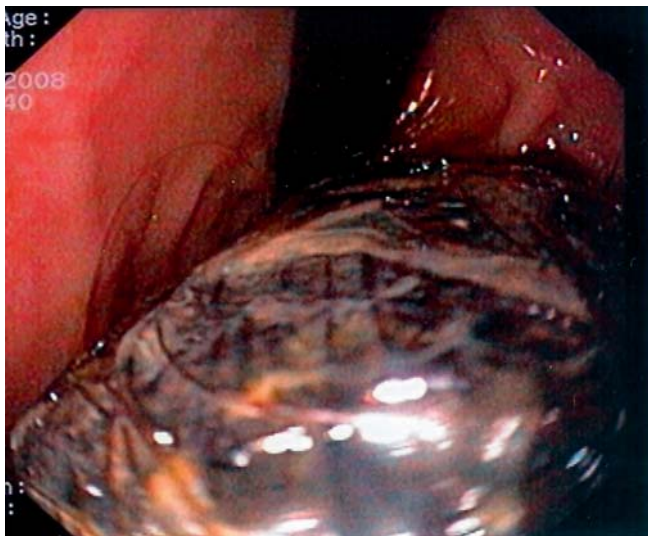


Figura 3