

# Recidiva de tricobezoar gástrico em crianças

## Recurrent gastric trichobezoar in a child

Joana Morgado<sup>1</sup>, Joana Gaspar<sup>1</sup>, Fernanda Barros<sup>1</sup>, Rui Rosado<sup>1</sup>



Figura 1. Tricobezoar gástrico removido após primeira laparotomia

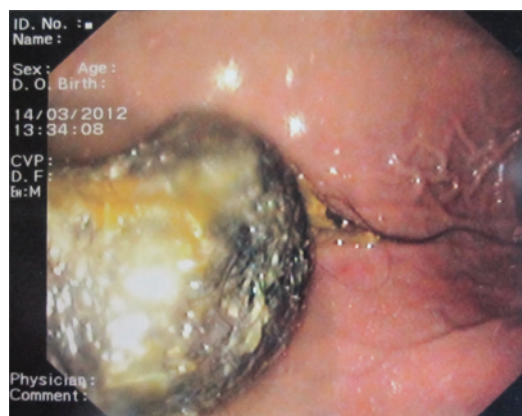


Figura 2. Recidiva de tricobezoar gástrico visualizado em endoscopia digestiva alta

Paciente de 9 anos de idade, sexo feminino, com desenvolvimento estaturoponderal e psicomotor adequados para a idade, foi referenciada ao Serviço de Urgência em março de 2012 por epigastralgia, vômitos alimentares pós-prandiais com 2 dias de evolução, e massa sólida epigástrica de consistência pétrea e móvel. A paciente tinha história de tricofagia e, 2 anos antes, tinha sido submetida à laparotomia para remoção de volumoso tricobezoar gástrico. A endoscopia digestiva alta confirmou a hipótese de diagnóstico de tricobezoar gástrico. Foi realizada nova laparotomia anterior e retirada massa sólida de cabelos com 12cm x 6cm x 4cm, dimensões estas semelhantes às do tricobezoar gástrico removido 2 anos antes (Figura 1), e pequena cauda de cabelos que se estendia pelo duodeno (Figura 2). Essa paciente foi, então, referenciada a uma consulta de psiquiatria da infância e da adolescência, apresentando, até a data,

evolução favorável, sem evidência clínica ou ecográfica de recidiva.

Os bezoares resultam da ingestão continuada e prolongada de materiais não digeridos, levando à sua acumulação no lúmen do tubo digestivo. São classificados de acordo com sua composição.<sup>(1,2)</sup> Os tricobezoares são compostos por cabelo ou pelo, ocorrendo cerca de 90% em doentes do sexo feminino com idade inferior a 20 anos.<sup>(3)</sup> Quando presentes, podem estar associados a inúmeras complicações, como oclusão intestinal, perfuração gástrica ou outras.<sup>(4)</sup> Na literatura, não é conhecida a taxa de recorrência em pacientes operados a tricobezoares gástricos. Após cirurgia, esses pacientes devem ser referenciados a consulta de psiquiatria e serem avaliados regularmente. Pacientes que não recebem apoio social e psiquiátrico após o primeiro tratamento podem sofrer recidiva.<sup>(5)</sup>

<sup>1</sup> Hospital do Espírito Santo, Évora, Portugal.

Autor correspondente: Joana Morgado – Serviço de Pediatria, Hospital do Espírito Santo de Évora – Largo Senhor da Pobreza – CEP: 7000-811 – Évora, Portugal – Tel.: +00 351266740100  
E-mail: joanamorgado@hotmail.com

Data de submissão: 15/2/2014 – Data de aceite: 20/8/2014

DOI: 10.1590/S1679-45082015A13079

## REFERÊNCIAS

1. Erzurumlu K, Malazgirt Z, Bektas A, Dervisoglu A, Polat C, Senyurek G, et al. Gastrointestinal bezoars: a retrospective analysis of 34 cases. *World J Gastroenterol.* 2005;11(12):1813-7.
2. Santiago Sánchez CA, Garau Díaz P, Lugo Vicente HL. Trichobezoar in a 11-year old girl: a case report. *Bol Asoc Med P R.* 1996;88(1-3):8-11.
3. Tiwary SK, Kumar S, Khanna R, Khanna AK. Recurrent Rapunzel syndrome. *Singapore Med J.* 2011;52(6):e128-30.
4. Barzilai M, Peled N, Soudack M, Siplovich L. [Trichobezoars]. *Harefuah.* 1998; 135(3-4):97-101, 167. Hebrew.
5. Altintoprak F. Gastric outlet syndrome associated with a recurrent trichobezoar: report of a case. *Turki J Gastroenterol.* 2010;21(4):471-2.