

Tricobezoar gástrico com Síndrome de Rapunzel: relato de caso

Gastric trichobezoar with Rapunzel Syndrome: a case report

DOI:10.34119/bjhrv6n2-178

Recebimento dos originais: 01/03/2023

Aceitação para publicação: 03/04/2023

Maria Fernanda Fernandes Teixeira

Especialista em Endoscopia Digestiva

Instituição: Centro Universitário UniFG

Endereço: Av. Pedro Felipe Duarte, 4911, Guanambi - BA, CEP: 46430-000

E-mail: maria.f.teixeira@nossoinstitutoanima.com.br

Vanessa Cristina Teixeira

Mestra em Ciências Ambientais e Saúde

Instituição: Centro Universitário UniFG

Endereço: Av. Pedro Felipe Duarte, 4911, Guanambi - BA, CEP: 46430-000

E-mail: blanda.med@gmail.com

RESUMO

Introdução: Tricobezoar gástrico é o acúmulo de fios de cabelo formando uma massa não digerível no estômago. A Síndrome de Rapunzel é uma apresentação rara do tricobezoar gástrico, e ocorre quando a massa de fios de cabelo situada no estômago forma uma “cauda” que estende-se pelo intestino delgado e provoca sintomas obstrutivos. É associada a distúrbios psiquiátricos de tricotilomania/tricofagia. **Relato de Caso:** Este trabalho apresenta o relato de caso de uma paciente jovem com tricobezoar gástrico e Síndrome de Rapunzel diagnosticada através de endoscopia digestiva alta e submetida a tratamento cirúrgico. **Discussão/Conclusão:** Embora sejam de ocorrência rara, os tricobezoares e Síndrome de Rapunzel devem ser considerados no diagnóstico diferencial de mulheres jovens com sintomas obstrutivos pois o diagnóstico precoce dessas condições melhoram o prognóstico do quadro.

Palavras-chave: dor abdominal, Tricobezoar, Síndrome de Rapunzel, endoscopia digestiva, obstrução intestinal.

ABSTRACT

Introduction: Gastric trichobezoar is the accumulation of hair strands forming an indigestible mass in the stomach. Rapunzel syndrome is a rare presentation of gastric trichobezoar and occurs when a mass of hair strands located in the stomach forms a “tail” that extends through the small intestine and causes obstructive symptoms. It is associated with psychiatric disorders of trichotillomania/trichophagia. **Case Report:** This report presents the case of a young patient with gastric trichobezoar and Rapunzel syndrome who was diagnosed via upper digestive endoscopy and underwent surgical treatment. **Discussion/Conclusion:** Although trichobezoar and Rapunzel syndrome are rare medical conditions, they should be considered in the differential diagnosis of young women with obstructive symptoms because early diagnosis of these conditions improves prognosis.

Keywords: Bezoar, Trichobezoar, Rapunzel Syndrome, trichotillomania, trichophagia.

1 INTRODUÇÃO

Bezoar é o acúmulo de material estranho e não digerível no trato gastrointestinal¹. Eles são classificados de acordo com o material constituinte, sendo os principais os tricobezoares (fios de cabelo), fitobezoares (fibras vegetais) e os farmacobezoares (comprimidos ou cápsulas). A Síndrome de Rapunzel é uma apresentação rara do tricobezoar gástrico, e ocorre quando a massa de fios de cabelo situada no estômago forma uma “cauda” que estende-se pelo intestino delgado e provoca sintomas obstrutivos².

Os sintomas provocados pelo tricobezoar dependem do seu tamanho e localização, e os pacientes podem permanecer assintomáticos por muitos anos até que o tricobezoar atinja grande volume. Os sintomas mais comuns são dor abdominal crônica, plenitude pós-prandial, náuseas e vômitos e o diagnóstico é realizado principalmente através da história clínica e exames de imagem³.

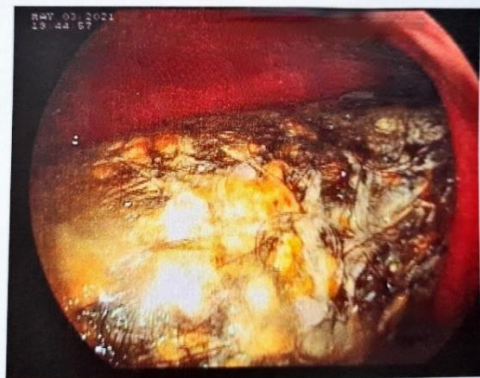
Este trabalho apresenta o relato de caso de uma paciente jovem com tricobezoar gástrico e Síndrome de Rapunzel diagnosticada através de endoscopia digestiva alta e submetida a tratamento cirúrgico.

2 RELATO DE CASO

Paciente sexo feminino, 18 anos de idade, com relato de dor abdominal em região epigástrica, plenitude pós-prandial e azia há cerca de 1 ano e vômitos ocasionais há cerca de 6 meses. Há 1 semana evoluiu com distensão abdominal e piora dos vômitos.

Realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou volumoso corpo estranho de enovelado de fios de cabelos, característico de tricobezoar, ocupando todo o lúmen gástrico, ultrapassando o piloro e estendendo-se para além da segunda porção duodenal. Devido ao grande volume do tricobezoar, não apresentava indicação para extração endoscópica, sendo orientada avaliação com o cirurgião (Fig. 1).

Fig. 1. Endoscopia Digestiva Alta evidenciando volumoso tricobezoar ocupando todo o lúmen gástrico



A tomografia computadorizada de abdome evidenciou conteúdo em “miolo de pão” em quantidade aumentada, distendendo o estômago, duodeno e porção proximal de jejuno, sugerindo bezoar intragástrico e intestinal (Fig. 2).

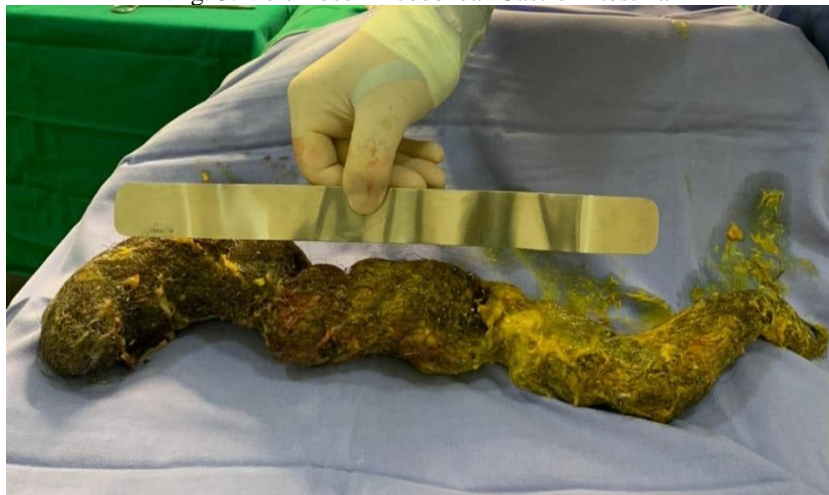
Fig. 2. Tomografia Computadorizada de Abdome evidenciando bezoar intragástrico e intestinal



A paciente apresentava antecedentes patológicos de déficit cognitivo e distúrbio neuropsiquiátrico desde o nascimento e tricotilomania e tricofagia há 3 anos. Familiar relata ter notado alguns episódios de eliminação de enovelados de fios de cabelos nas fezes. Nega outras comorbidades ou cirurgia prévia. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, corada, eutrófica, hidratada, sinais vitais sem alterações, áreas de alopecia em couro cabeludo nas regiões biparietal e occipital, abdome com massa palpável, endurecida e indolor em região epigástrica sem sinais de irritação peritonial. Exames laboratoriais sem alterações.

Foi encaminhada para avaliação cirúrgica, sendo submetida a laparotomia com incisão mediana supra-umbilical. Em seguida foi realizada gastrotomia em parede anterior, evidenciado volumoso corpo estranho de tricobezoar que ocupava todo o estômago, duodeno e porção proximal de jejuno, essas regiões apresentavam paredes íntegras e mucosa preservada; retirada peça completa, de coloração escurecida, odor fétido, medindo cerca de 70cm de comprimento (Fig. 3).

Fig. 3. Volumoso Tricobezoar Gastro-Intestinal



A paciente apresentou boa evolução clínica, sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no 3º dia de pós-operatório, com orientação para manter acompanhamento em serviço de psiquiatria para prevenção de recidiva do quadro.

3 DISCUSSÃO

O tricobezoar gástrico com Síndrome de Rapunzel é uma afecção rara do trato gastrointestinal. Ocorre com mais frequência em mulheres jovens (cerca de 90% dos casos) e com distúrbios psiquiátricos associados a tricotilomania (compulsão em arrancar os fios de cabelo) e tricofagia (compulsão em deglutir os fios de cabelo) ^{1, 4}. É importante o questionamento ativo ao paciente sobre a ocorrência da tricotilomania/tricofagia, pois geralmente eles tendem a omitir essas informações dos relatos ⁵.

Os pacientes podem permanecer assintomáticos por muitos anos até que o tricobezoar cresça ao ponto de causar obstrução. Os sintomas mais comuns são dor abdominal crônica, plenitude pós-prandial, náuseas e vômitos, podendo também ocorrer sintomas como perda de peso, inapetência, hematêmese e deficiências nutricionais³. Mais raramente podem apresentar-se com sintomas de complicações associadas, como perfuração gastro-intestinal, peritonite, úlcera gástrica, icterícia obstrutiva e pancreatite aguda⁶.

Ao exame físico o paciente pode apresentar-se com massa abdominal palpável, geralmente indolor, associada a distensão abdominal. Em alguns pacientes é possível observar alopecia de couro cabeludo, halitose e achados constitucionais como emagrecimento e desnutrição, mas na maioria dos casos o exame físico encontra-se sem anormalidades⁶.

A formação dos tricobezoares ocorre quando os fios de cabelo ficam retidos nas dobras da mucosa gástrica pois sua superfície escorregadia dificulta a propulsão pelo peristaltismo. À

medida que mais cabelo é acrescentado, o peristaltismo faz com que ele fique emaranhado e forme uma massa única que assume a forma do estômago. Quando essa massa atinge grande tamanho leva a atonia gástrica que intensifica o processo e piora os sintomas. A decomposição e fermentação das gorduras no interior da massa confere-lhe odor fétido e o conteúdo ácido do estômago desnatura as proteínas do cabelo dando-lhe sua cor preta, independente da cor original do cabelo⁵. Quando a massa de fios de cabelo situada no estômago forma uma “cauda” que estende-se pelo intestino delgado e provoca sintomas obstrutivos instala-se a Síndrome de Rapunzel.

O diagnóstico de tricobezoar é realizado principalmente através da história clínica e de exames de imagem. A endoscopia digestiva alta é considerada padrão ouro, pois permite visualização direta do tricobezoar com avaliação das características da massa e da presença de complicações associadas, e nos casos de pequeno tamanho também permite intervenção terapêutica. Outros exames de imagem que podem ser realizados são os exames radiológicos simples e contrastados do trato digestivo, ultrassonografia e tomografia computadorizada de abdome, que evidenciam a massa ou falha de enchimento no estômago e intestino delgado e delineiam sua extensão^{1, 3}. Muitos pacientes são diagnosticados tardiamente ao serem submetidos a laparotomia exploradora de emergência na investigação de abdome agudo obstrutivo.

O tratamento de escolha nos tricobezoes volumosos e na Síndrome de Rapunzel é cirúrgico, com gastrotomia e/ou enterotomia, podendo ser por laparotomia ou laparoscopia⁶. Nos casos de tricobezoes de pequeno tamanho pode ser optado pela extração via endoscópica com auxílio de fragmentação mecânica⁷.

No acompanhamento dos pacientes com tricobezoar deve ser indicado o tratamento psiquiátrico e psicológico abrangente e de longo prazo da tricotilomania/tricofagia para evitar recorrência do quadro. É preconizado o uso de terapia cognitiva comportamental e, se necessário, a terapia farmacológica. A melhor terapia farmacológica não é bem definida, mas foram observados bons resultados com o uso de fluoxetina e de outros inibidores da recaptação de serotonina⁷. Em alguns casos também é indicado o acompanhamento psicológico para o cônjuge e familiares, devido a possível associação dos distúrbios psiquiátricos do paciente a conflitos familiares, histórico de negligência e abusos⁷.

O perfil da paciente apresentado neste trabalho é condizente com o mais frequente da literatura, de mulher jovem com transtorno psiquiátrico. Embora a paciente já estivesse sendo acompanhada em serviço de psiquiatria devido déficit cognitivo e distúrbio neuropsiquiátrico apresentado desde a infância, não estava recebendo uma abordagem terapêutica direcionada

para os distúrbios de tricotilomania/tricofagia, sendo assim esse quadro se manteve por tempo prolongado e propiciou a formação do tricobezoar com Síndrome de Rapunzel em estado avançado que levou a sintomas obstrutivos e necessidade de abordagem cirúrgica. Este relato de caso reforça a importância do manejo adequado da tricotilomania/tricofagia e da busca pelo diagnóstico precoce de tricobezoar e Síndrome de Rapunzel para melhorar o prognóstico e diminuir a morbimortalidade dessa condição.

4 CONCLUSÃO

Embora sejam de ocorrência rara, os tricobezoares e Síndrome de Rapunzel devem ser considerados no diagnóstico diferencial de mulheres jovens com quadro de dor abdominal, vômitos e massa abdominal palpável, pois o diagnóstico precoce dessas condições melhoram o prognóstico do quadro e diminui a ocorrência de complicações.

REFERÊNCIAS

- 1- Altonbary AY, Bahgat MH. Rapunzel syndrome. *J Transl Int Med.* 2015 Apr-Jun;3(2):79-81. doi: 10.1515/jtim-2015-0008. Epub 2015 Jun 30. PMID: 27847892; PMCID: PMC4936449.
- 2- George SV, Samarasam I, Mathew G, Chandran S. A Hairy Tail not a Fairy Tale - Rapunzel Syndrome. *Indian J Surg.* 2013 Jun;75(Suppl 1):80-1. doi: 10.1007/s12262-011-0369-4. Epub 2011 Nov 11. PMID: 24426521; PMCID: PMC3693240.
- 3- Kim JS, Nam CW. A case of rapunzel syndrome. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2013 Jun;16(2):127-30. doi: 10.5223/pghn.2013.16.2.127. Epub 2013 Jun 30. PMID: 24010117; PMCID: PMC3760701.
- 4- Matheus PVS, Leandro MG, Stephanie SF, Calil SAN. Síndrome de Rapunzel: Um Relato de Caso. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR.* Vol.30, n.3,pp.57-59 (Mar – Mai 2020)
- 5- Naik S, Gupta V, Naik S, Rangole A, Chaudhary AK, Jain P, Sharma AK. Rapunzel syndrome reviewed and redefined. *Dig Surg.* 2007;24(3):157-61. doi: 10.1159/000102098. Epub 2007 Apr 27. PMID: 17476105.
- 6- Khanna K, Tandon S, Yadav DK, Khanna V. Rapunzel syndrome: a tail too long to tell! *BMJ Case Rep.* 2018 Apr 5;2018:bcr2018224756. doi: 10.1136/bcr-2018-224756. PMID: 29622718; PMCID: PMC5893972.
- 7- Gonuguntla V, Joshi DD. Rapunzel syndrome: a comprehensive review of an unusual case of trichobezoar. *Clin Med Res.* 2009 Sep;7(3):99-102. doi: 10.3121/cm.2009.822. Epub 2009 Jul 22. PMID: 19625498; PMCID: PMC2757434.