

Síndrome de Rapunzel. Relato de caso e revisão da literatura

NAJA NABUT¹; ANDRÉA GRACIANO²; HENRIQUE KAZUO LIMA KUBO³.

1- Cirurgião geral e Supervisor da Residência Cirurgia Geral do Hospital Evangélico de Londrina, PR; Preceptor curso de Medicina PUC-PR Londrina 2- Residente de Cirurgia Geral HEL 3- Interno PUC-PR Londrina

INTRODUÇÃO

A tricafagia (ingestão de cabelo) é a manifestação de um distúrbio psíquico que ocorre mais comumente em crianças ou adolescentes. O tricobezoar é o resultado do acúmulo deste material no tubo digestivo. É uma apresentação pouco comum na prática diária. A manifestação mais habitual é na forma de dor abdominal recorrente com dificuldade para alimentar-se ou massa abdominal quando é de grande volume. A Síndrome de Rapunzel é uma forma especial do tricobezoar onde o material acumulado preenche a câmara gástrica e estende-se além da mesma para dentro do duodeno e menos comumente até o jejuno.

RELATO DE CASO

Relata-se o caso de uma menina de 12 anos, com distúrbio neuropsiquiátrico com antecedente de tricotilomania. Foi trazida pela mãe com queixas de náuseas, vômitos, dificuldade para alimentar-se e perda de peso. A progenitora relatou que a filha ingeria o seu próprio cabelo e por vezes foi vista deglutindo o das suas bonecas. A criança já havia passado por atendimento médico sendo pedido EDA, porém não foi possível realizar. O exame físico mostrava uma criança introvertida, com massa epigástrica endurecida, sem dor. Feita a suspeita de tricobezoar, foi solicitado radiografia simples de abdômen que mostrou uma imagem radiopaca na projeção do estômago, ocupando praticamente todo o órgão. Frente às condições da criança, à impossibilidade de realizar o exame endoscópico e ao tamanho da imagem radiológica optamos pela laparotomia que foi realizada no dia seguinte, após melhora das condições clínicas. Na cirurgia evidenciou-se um estômago extremamente distendido, ocupado por uma massa endurecida, muito pouco depressível, ocupando praticamente

todo o órgão. Foi realizada uma gastrotomia, expondo uma massa de grandes dimensões, maciça, formada por cabelo e fios de fibras sintéticas, com o formato do órgão e ainda uma cauda longa indo através do duodeno por 40 cm de extensão. Na sua extremidade havia um novelo de fibras que coincidia com o início do jejuno onde houve compressão da parede com perfuração muito recente, com mínima quantidade de secreção entérica. Retirado o corpo estranho, foi feita lavagem da cavidade e sutura da gastrotomia e da perfuração jejunal. A criança teve uma evolução sem intercorrências, voltando a alimentar-se progressivamente no 2º P.O., obtendo alta hospitalar no quinto dia. Os retornos ambulatoriais no 10º pós-operatório, no 1º mês e posteriormente após um ano, mostraram uma recuperação dentro do esperado. Foi encaminhada novamente para acompanhamento neuropsiquiátrico e submetida a exame endoscópico após um ano sendo normal, sem evidências de material estranho.



Fig.1- Aspecto da gastrotomia



Fig.2- Aspecto do tricobezoar

DISCUSSÃO

O tricobezoar é um diagnóstico pouco comum porém deve ser lembrado por ocasião de paciente com possível tricofagia com dor abdominal. Este caso em especial tem algumas características ainda mais *sui generis* pois além do formato adquirido pelo acúmulo de cabelos, ocasionou obstrução do trato digestório alto e ainda apresentou-se com uma perfuração do jejuno.

REFERÊNCIAS: 1- Gastrointestinal trichobezoar: An experience with 17 cases. Mirza, M.B., et al, J of Pediat Surg, May 25, 2020
2- Tricobezoar gástrico: Relato de caso e revisão da literatura. Spadella, C.T. et al Acta Cir Bras 13(2) S.P. 1998
3- Tricobezoar gigante. Relato de caso e revisão da literatura. Silveira HJV, et al ABCD 25(2) SP 2012