

Siderozeoar gástrico em doente psiquiátrico

Gastric iron foreign body

Alberto Youssef Laham*, Hécio Pinheiro Teles*, Carlos Augusto Real Martinez**,
Denise Gonçalves Priolli**, Jaques Waisberg***

Resumo

Pica é um tipo específico de transtorno alimentar caracterizado pela ingestão persistente de substâncias inadequadas à nutrição e que não fazem parte de uma prática aceita culturalmente. Geralmente ocorre em crianças, adolescentes e doentes com distúrbios psiquiátricos. O objetivo do presente relato é apresentar o caso de um homem de 36 anos, usuário de cocaína, em surto psicótico, que procurou atendimento médico em virtude de dor abdominal após ter ingerido objetos metálicos. A radiografia simples do abdômen confirmou a presença de estruturas metálicas no interior do estômago (faca, colher média, dois parafusos de grande proporção, talhadeira, broca perfuratriz, estilete de uso odontológico e fragmento de serra metálica). A endoscopia digestiva alta revelou a presença dos objetos metálicos na luz do estômago, que, em virtude de suas características, não foram passíveis de remoção endoscópica. Os objetos foram removidos cirurgicamente pela gastrotomia anterior. A recuperação pós-operatória se fez sem intercorrências e o paciente foi encaminhado para acompanhamento psiquiátrico.

Unitermos

Pica; bezoar; estômago; tratamento cirúrgico.

Abstract

Pica is a specific type of alimentary disturbance characterized by the persistent ingestion of substances that are inappropriate for nutrition and do not form part of culturally acceptable practices. It generally occurs among children, adolescents and patients with psychiatric disturbances. The objective of the present report is to present here the case of a 36-year-old man who was a cocaine user and had a psychotic attack due to abstinence. He sought medical assistance because of abdominal pain after ingesting metal objects. Simple radiography of the stomach showed the presence of metallic structures inside the stomach (knife, dessert spoon, two large screws, chisel, drill bit, a probe

for dental use and a fragment of a metal saw blade). Endoscopy of the upper digestive tract confirmed the presence of the metal objects in the lumen of the stomach. Because of their physical characteristics, they could not be removed by means of endoscopy. The patient was submitted to laparotomy and the objects were removed by means of anterior gastrotomy of small dimensions. The postoperative recovery took place without intercurrents and the patient was referred for psychiatric follow-up.

Uniterms

Pica; bezoar; stomach; surgical treatment.

Introdução

O termo bezoar é utilizado para designar todo e qualquer material sólido deglutido e não digerido, estranho ao organismo, localizado no interior do aparelho digestivo^{6,12}. Os bezoares são subdivididos, segundo sua composição, em tricobezoares (cabelos ou pelos), fitobezoares (fibras vegetais), litobezoares (pedras) e siderozeoares (objetos metálicos).

A doença geralmente ocorre em crianças e adolescentes com transtornos alimentares (Pica), mulheres grávidas, nefropatas em longos programas de hemodiálise, portadores de anemia crônica pela deficiência de ferro, enfermos com distúrbios psiquiátricos e em usuários de drogas em surtos psicóticos ou de abstinência^{7,13}. Embora sua prevalência no ser humano seja baixa, os bezoares estão associados a taxas de mortalidade de até 30% quando o tratamento precoce não é prontamente instituído¹³.

O objetivo do presente relato é apresentar um caso de siderozeoar ocorrido em usuário de droga, apresentando síndrome de abstinência, que ingeriu inusitada quantidade de corpos metálicos.

Trabalho realizado pela Disciplina de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina da Universidade São Francisco (USF), Bragança Paulista, SP.

* Médicos Assistentes do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital ABC, Santo André, SP.

** Professores Adjuntos da Disciplina de Cirurgia Geral da Universidade São Francisco, Bragança Paulista, SP. Doutores em Medicina pelo Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP.

*** Professor Assistente da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP.

Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 36 anos, protético, usuário de cocaína há 16 anos, procurou atendimento médico queixando-se de dor epigástrica após as refeições, náuseas e vômitos alimentares. Os familiares informaram que há várias semanas o paciente apresentava agitação psicomotora e agressividade, fenômenos atribuídos à interrupção do uso diário de cocaína no período. Relatavam ainda que haviam surpreendido o paciente, ingerindo uma estrutura metálica (parafuso) dois dias antes de puderem convencê-lo a procurar auxílio médico. O exame físico geral era normal e o exame do abdômen mostrava discreta dor à palpação epigástrica. Durante a admissão, o paciente apresentava agitação psicomotora, agressividade, muitas vezes elaborando frases desconexas. Após sedação com benzodiazepínicos, foi submetido à radiografia simples do abdômen, que revelou a presença de vários objetos metálicos na projeção gástrica, dispostos nos sentidos longitudinal e oblíquo (Figura 1), não se observando presença de pneumoperitônio.

A endoscopia digestiva alta confirmou a presença dos objetos metálicos na luz do órgão, não sendo possível sua remoção em virtude do tamanho e das características das estruturas metálicas. A endoscopia mostrava ainda a presença de sufusões hemorrágicas dispersas pela mucosa

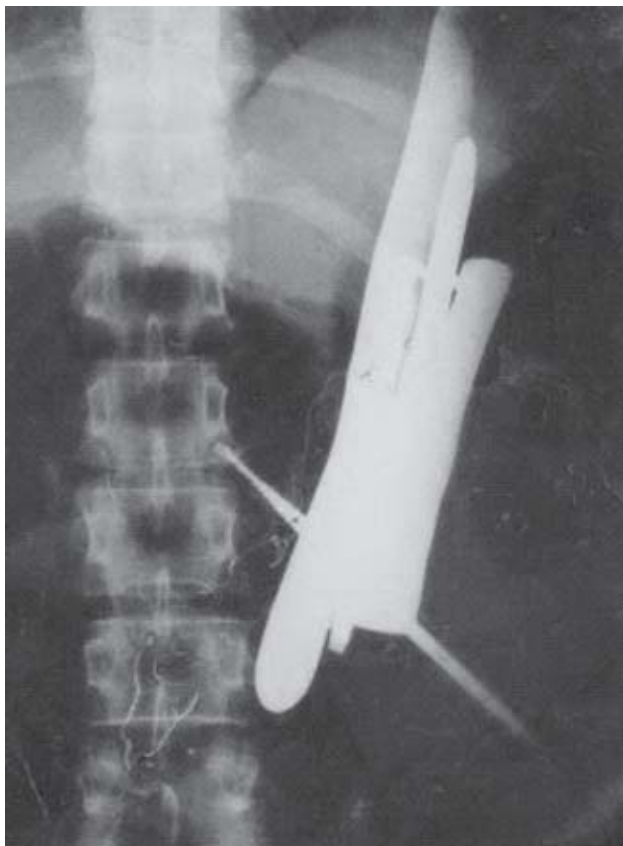


Figura 1
Radiografia simples revelando objetos metálicos no abdome superior

gástrica, principalmente na região antral. Encaminhado à laparotomia, constatou-se que não havia sinais de perfuração na superfície do estômago, optando-se por gastrotomia de 4 cm de extensão, na parede anterior, pouco acima da transição entre o corpo e o antro. Através dela foi possível remover oito objetos metálicos: dois talheres (faca grande e colher média), dois parafusos com 14 cm de comprimento, uma talhadeira de pedreiro de 14 cm de extensão, um pontalete metálico de 18 cm de comprimento, uma rugina odontológica com 17 cm de comprimento (que perfurava parcialmente a parede gástrica sem, contudo, transfixá-la) e fragmento de serra laminar com 6 cm de extensão (Figura 2).

Os objetos apresentavam-se escurecidos e alguns deles com pontos de oxidação evidentes. A gastrotomia foi suturada por meio de sutura em dois planos de sutura contínua com fio absorvível (Vicryl 2-0). A recuperação foi normal, tendo alta hospitalar no quarto dia pós-operatório. Atualmente encontra-se em acompanhamento psiquiátrico, dois anos após a cirurgia, sem recidiva da perversão alimentar.

Discussão

A palavra bezoar origina-se etimologicamente do árabe (*badzeher*) ou do pérsio antigo (*panzehr*). Os bezoares eram utilizados na Antiguidade como antídotos na proteção contra substâncias tóxicas ou como talismãs¹⁹. Quain, em 1854², descreveu, pela primeira vez, a necropsia de doente portador de bezoar gástrico. A enfermidade passou a ser mais bem compreendida a partir da revisão de 311 casos publicada por DeBakey e Ochsner em 1939⁴, que a classificaram, segundo seu componente principal; cabelos ou pelos (tricobezoar), fibras vegetais, sementes, raízes (fitobezoar) ou uma forma mista composta pelos dois elementos (tricotobezoar). Mais raramente, podem ser conseqüentes à ingestão de pedras (litobezoar ou itabezoar), coágulos de leite (lactobezoar) ou compostos metálicos (siderobezoar)⁷. O tráfico de entorpecentes, realizado por

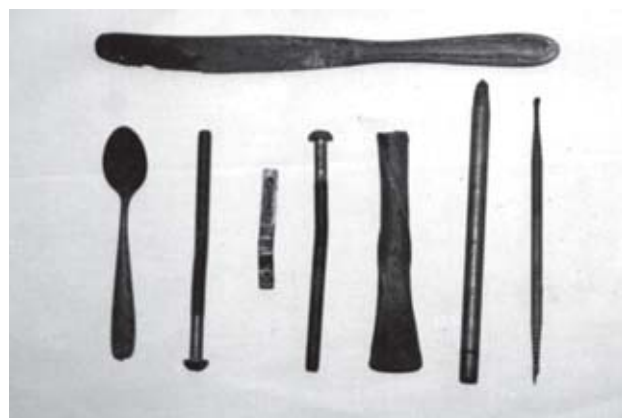


Figura 2
Fotografia mostrando os objetos retirados do interior do estômago

meio da ingestão de pacotes plásticos contendo substâncias alucinógenas, vem sendo considerado uma forma especial de bezoar gástrico⁹.

Entre nós, as publicações a respeito dos bezoares são relativamente raras. Spadella *et al.*, em 1998¹⁶, puderam encontrar 12 casos publicados, acrescentando mais um. Recentemente, mais quatro casos foram descritos^{6,7,12}.

Oitenta por cento dos casos de ingestão de corpos metálicos ocorrem em crianças, com maior prevalência entre seis meses e três anos, sendo as moedas o objeto mais freqüentemente ingerido (66% dos casos)⁹. Freqüentemente são crianças portadoras de anemia por deficiência de ferro^{1,10}. Objetos esféricos ou pontiagudos são encontrados em 10% dos casos de ingestão de objetos metálicos, porém responsáveis por 50% dos casos de evolução fatal¹⁴.

No adulto a ingestão de objetos metálicos ocorre predominantemente em gestantes com perversão do apetite, presidiários e doentes com transtornos psiquiátricos^{7,12}. Danford e Huber³, estudando 991 doentes psiquiátricos internados por um período de dois anos, constataram que 25% deles apresentavam perversão do hábito alimentar, ingerindo uma gama variada de objetos. Constataram ainda que existe uma relação direta entre a severidade do quadro psiquiátrico e o distúrbio alimentar. A ingestão de metais pode ser encontrada em estofadores, sapateiros e costureiras que, acidentalmente, ingerem pregos, presilhas ou alfinetes pelo hábito de colocá-los na boca durante sua atividade laborativa⁷. A ingestão voluntária de estruturas metálicas também pode ocorrer nos usuários de drogas que desenvolvem, à semelhança do paciente descrito no presente relato, surtos psicóticos ou de abstinência⁹.

O diagnóstico clínico do siderobezoar raramente é realizado, entretanto, a anamnese bem feita, contando com a colaboração dos familiares, principalmente nos portadores de distúrbios psiquiátricos, pode ser útil, já que boa parte dos doentes enfrentou episódios semelhantes anteriores. O diagnóstico clínico é realizado quando o corpo estranho localiza-se no esôfago distal ou na presença de complicações representadas, principalmente, pela perfuração ou obstrução gástrica⁹. Na maioria dos casos a presença de corpo estranho no estômago é achado incidental durante a realização de exame radiológico. A radiografia simples do abdômen é o exame mais freqüentemente empregado na detecção de objetos metálicos no trato gastrointestinal. O método é útil no diagnóstico pela precisão diagnóstica, tanto na identificação do objeto metálico ingerido quanto na localização, permitindo, ainda, o diagnóstico das complicações representadas por perfuração e obstrução gástrica³.

A endoscopia digestiva alta é reservada para casos em que se constatou a possibilidade de remoção endoscópica ou nos raros casos em que a radiografia não identificou a presença do objeto metálico. O exame não deve ser realizado na suspeita de perfuração ou obstrução, que ocorrem em cerca de 7% dos pacientes⁹.

A maioria dos enfermos (80% a 90%) nos quais o corpo estranho atinge o estômago apresenta evolução favorável, após a eliminação espontânea ou remoção endoscópica^{5,9}. Quando o corpo estranho fica impactado na transição esôfago-estômago a remoção endoscópica é a opção terapêutica inicialmente indicada. Decker, em 1993⁵, estudando 56 casos, constatou que em 16% deles o objeto estava localizado na hipofaringe ou no esôfago, possibilitando a remoção por meio da endoscopia digestiva alta. Em outras séries a remoção endoscópica apresenta índices de sucesso maiores que 90%¹⁸.

Ocasionalmente, assim como no caso descrito, as características do material ou a quantidade ingerida torna a remoção endoscópica procedimento de risco, pela possibilidade de traumatismo durante a retirada, fazendo com que a remoção cirúrgica torne-se opção mais segura. Objetos metálicos maiores que 10 cm raramente ultrapassam o esôfago sem traumatizá-lo, tornando a possibilidade de sucesso na remoção por via endoscópica substancialmente menor^{8,15}.

A remoção cirúrgica do corpo estranho é realizada, na maioria das vezes, através de pequena gastrotomia na parede anterior da transição entre o corpo e antro gástrico. Quando existe perfuração local, a remoção poderá ser realizada prolongando-se ligeiramente o local perfurado, desde que não haja sinais de peritonite local.

Recentemente, a remoção de bezoares no estômago utilizando a videolaparoscopia, como via de acesso vem sendo empregada com sucesso⁶. Contudo, cabe destacar que na presença de objetos metálicos a utilização dessa via de acesso deve ser criteriosamente avaliada, pelo risco de traumatismos de outras vísceras da cavidade abdominal. Não obstante utilizarmos a laparoscopia de maneira rotineira em vários procedimentos cirúrgicos, o tamanho, o número e, principalmente, as características físicas dos objetos encontrados nos desencorajaram empregar tal via de acesso.

As características clínicas especiais dos doentes portadores de corpos estranhos gástricos estão associadas a índices de complicações pós-operatórias ao redor de 30%⁵. As dificuldades na abordagem desses doentes tanto pré como pós-operatória aumentam a incidência de complicações. Nas grandes séries publicadas, o retardo no diagnóstico e os problemas no manuseio desses doentes estão associados a índices de mortalidade que variam de 11% a 33%^{5,17}.

A presença de corpo estranho gástrico encontrado em doentes psiquiátricos ou usuários de drogas pode ser recidivante, sendo aconselhável o rigoroso acompanhamento psiquiátrico após a remoção cirúrgica. O paciente do presente relato recebeu orientação psiquiátrica e encontra-se livre da perversão alimentar e do uso de drogas há dois anos. Cabe destacar ainda que nos pacientes portadores de anemia por deficiência de ferro a correção deve ser realizada, pois reduz significativamente a possibilidade de um novo episódio¹.

Referências bibliográficas

1. Campo C, Malcorra JJ, Balda MI, Hernández-Navarro F. Pica and gastric bezoar. *Sangre (Barc)* 1990;35:235-6.
2. Chisholm EM, Leong HT, Chung SC, Li AK. Phytobezoar: an uncommon cause of small bowel obstruction. *Ann R Coll Surg Engl* 1992;74:342-4.
3. Dandford DE, Huber AM. Pica among mentally retarded adults. *Am J Ment Retard* 1982;81:41-6.
4. DeBakey M, Ochsner A. Bezoar and concretions: a comprehensive review of the literature with analysis of 303 collected cases and a presentation of 8 additional cases. *Surgery* 1939;5:132-60.
5. Decker JC. Pica in the mentally handicapped: a 15 year surgical perspective. *Can J Surg* 1993;36:551-4.
6. Domene CE, Aun M, Volpe P. Extração de fitobezoar gástrico por videolaparoscopia: considerações técnicas originais. *Rev Col Bras Cir* 2002;29:244-6.
7. Huggins DW, Medeiros LB, Farias Júnior HA, Mello AS, Tenório KPF. Tricobezoar gástrico. Relato de um caso. *RBM rev bras med* 1999;56:57-9.
8. Kalayac C, Tankurt E, Tözüm N, Ulusoy NB. Endoscopic removal of swallowed endotracheal tubes from two patients: an unusual complication of coronary by-pass surgery. *Endoscopy* 1994;26:364.
9. Lee J. Bezoars and foreign bodies of the stomach. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1996;6:605-19.
10. McGehee FT, Buchanan GR. Tricophagia and trichobezoar: etiologic role of iron deficiency. *J Pediatr* 1980;97:946-9.
11. Mosca S, Manes G, Martino R, Amitrano L, Bottino V, Bove A, Câmara A, De Nucci C, Di Costanzo G, Guardascione M, Lampasi F, Picascia S, Picciotto FP, Riccio E, Rocco VP, Uomo G, Balzano A. Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract: report on a series of 414 adult patients. *Endoscopy* 2001;33:692-6.
12. Nóbrega CG, Maciel, RM, Leal GN, Duarte CSLG, Nóbrega JCA. Tricobezoar gástrico. *Rev Bras Cienc Saude* 2001;5:93-8.
13. Phillips MR, Zaheer S, Drugas GT. Gastric trichobezoar: case report and literature review. *Mayo Clin Proc* 1998;73:653-6.
14. O'Reilly JS, Walter MA. Consumer product aspiration and ingestion in children: Analysis of emergency room reports to the national electronic injury surveillance system. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1992;101:739-41.
15. Selivanov V, Sheldon GF, Cello JP, Crass RA. Management of foreign body ingestion. *Ann Surg* 1984;199:187-91.
16. Spadella CT, Saad-Hossne R, Saad LHC. Tricobezoar gástrico: relato de caso e revisão da literatura. *Acta Cir Bras* 1998;13:110-5.
17. Temourian B, Cigtay AS, Smyth NPD. Management of ingested foreign bodies in psychotic patient. *Arch Surg* 1964;88:915-20.
18. Webb WA. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract. *Gastroenterology* 1988;94:204-16.
19. Willians RS. The fascinating history of bezoar. *Med J Aust* 1986;145:613-4.

Endereço para correspondência

Dr. Carlos Augusto Real Martinez
Rua Rui Barbosa, 255, ap. 32
Santo André, SP – CEP 09190-370
E-mail: caomartinez@uol.com.br