



Revista Portuguesa  
de

# irurgia

II Série • N.º 11 • Dezembro 2009

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

# Metalobezoar gástrico: um caso clínico

*Autores: Luís Amaral<sup>1</sup>, Teresa Eloí<sup>2</sup>, Pedro Martins<sup>1</sup>, Joana Mendes<sup>1</sup>, Emanuel Silva<sup>1</sup>, Ana Catarina Rego<sup>3</sup>, António Silva Melo<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>Interno do Complementar de Cirurgia Geral; <sup>2</sup>Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral

<sup>3</sup>Interna do Complementar de Gastroenterologia

<sup>4</sup>Assistente Hospitalar Graduado de Cirurgia Geral, Director do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital do Divino Espírito Santo

Instituição: Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

## RESUMO

Estão descritos diversos tipos de bezoares no tubo digestivo: o conceito de metalobezoar é inédito na literatura portuguesa e raramente referido a nível mundial.

Os autores apresentam o caso original de um volumoso metalobezoar gástrico num homem de 40 anos com atraso mental e distúrbio da personalidade, admitido por desconforto epigástrico após ingestão compulsiva recorrente de múltiplos objectos metálicos cuja remoção endoscópica foi impossível. Por hemorragia digestiva resultante de múltiplas erosões da mucosa gástrica, foi submetido a gastrotomia e extracção, sem complicações.

**Palavras-chave:** Bezoar gástrico; hemorragia digestiva

## INTRODUÇÃO

Um bezoar é um aglomerado de partículas alimentares ou corpos estranhos não totalmente digeridos, presentes no tubo digestivo. A localização mais frequente é o estômago, contudo outras localizações estão descritas na literatura. É classificado de acordo com a sua composição. Os mais comuns são fitobezoares (partículas vegetais), tricobezoares (cabelos), lactobezoar (fórmulas lácteas) e fármacobezoares (medicação). Na literatura mundial, estão descritos pontualmente casos de bezoares constituídos por objectos metálicos: assim surgiu o conceito de metalobezoar [1].

As manifestações clínicas são variadas e complicações graves como oclusão intestinal ou perfuração visceral estão descritas. A associação a patologias do foro psiquiátrico é comum.

Os autores descrevem o caso clínico de um volumoso metalobezoar gástrico num doente de 40 anos, com patologia psiquiátrica prévia, submetido a gastrotomia para remoção de múltiplos corpos estranhos condicionando erosão e hemorragia da mucosa gástrica.

## CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 40 anos, com antecedentes de atraso de desenvolvimento psico-motor, admitido no Serviço de Urgência por desconforto epigástrico com uma semana de evolução. História recente de ingestão compulsiva, recorrente, de múltiplos objectos de metal e plástico.

Exame objectivo sem sinais de abdómen agudo, evi-



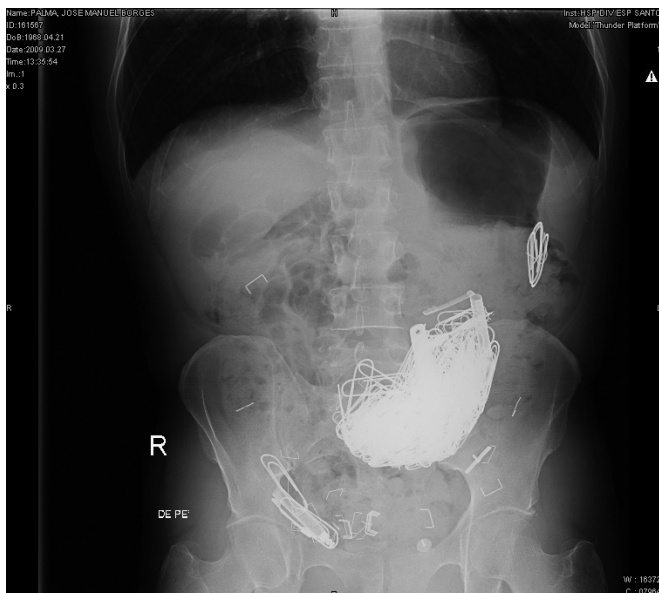


Fig. 1



Fig. 2

denciando apenas desconforto à palpação dos quadrantes superiores. O rx simples de abdómen evidenciou volumoso bezoar gástrico metálico, com alguns objectos já em aparente progressão no tubo digestivo (Fig 1). Sem sinais clínicos ou radiológicos de oclusão intestinal ou perfuração de víscera oca. Hemoglobina à admissão: 12,8g/dL. Realizou endoscopia digestiva alta para tentativa de remoção de corpos estranhos, infrutífera, tendo-se constatado existência de múltiplas erosões da mucosa gástrica, com sinais de hemorragia recente e encravamento de alguns dos corpos estranhos nas pregas do fundo gástrico, alguns inequivocamente penetrando a mucosa. Face aos riscos de hemorragia digestiva major e perfuração gástrica, e sendo impossível a extracção endoscópica, foi submetido a gastrotomia longitudinal para remoção de metalobezoar gástrico, constituído por múltiplos e variados objectos (Fig. 2), com encerramento manual primário da parede gástrica. Intra-operatoriamente, constatou-se grande quantidade de sangue digerido ao longo do delgado. Pós-operatório complicado de melenas e anemia aguda sintomática (hemoglobina ao 6º dia de pós-operatório de 5,4g/dL), com necessidade de suporte transfusional. Verificou-se progressão e exteriorização dos restantes objectos ao longo do tubo digestivo, com

confirmação radiológica antes da alta, ao 9º dia de pós-operatório, onde apenas eram visíveis três pequenos corpos estranhos residuais, em ansas de cólon. Foi avaliado pela Psiquiatria durante o internamento, mantendo o seguimento posterior por esta especialidade, com instituição de medidas de terapêutica comportamental e vigilância para prevenção na recorrência de comportamentos de ingestão compulsiva.

## DISCUSSÃO:

O primeiro relato de um bezoar no ser humano remonta ao século XVIII, descrito por Baudamant [2], que descreveu o caso de um tricobezoar. Desde então, inúmeros e variados casos têm sido sucessivamente apresentados.

A classificação do bezoar é feita consoante o tipo de partículas que o compõem, sendo os mais comuns o fitobezoar (partículas vegetais) e o tricobezoar (cabelo), o último com particular incidência nas crianças ou adolescentes do sexo feminino. Até à data, são raras as descrições na literatura de casos isolados de bezoares constituídos por objectos metálicos, associados a ingestão compulsiva em doentes do foro psiquiátrico [3][4][5].



A localização mais comum é o estômago, mas estão descritos a nível esofágico, no intestino delgado e no recto. Alterações da fisiologia gástrica com atraso do esvaziamento e diminuição de produção de ácido estão implicadas na formação de um bezoar. Existem vários factores de risco conhecidos, nomeadamente estenose péptica, neoplasia gastroduodenal ou pancreática, doença de Crohn, hipotireoidismo, diabetes mellitus, insuficiência renal terminal, ventilação prolongada ou fármacos inibidores da motilidade gastrointestinal (opioides ou anticolinérgicos). Cirurgia gástrica prévia está presente em 70-94% dos doentes, sendo a vagotomia com piloroplastia ou antrectomia um factor predisponente largamente debatido. Nalguns doentes, porém, o único factor causal é a ingestão compulsiva associada a doença psiquiátrica, tal como no caso apresentado.

As manifestações clínicas são ténues e um vago desconforto epigástrico é o sintoma mais frequente. Náuseas, vômitos, dispepsia, anorexia ou enfartamento são outros sintomas comuns, decorrentes da impactação gástrica de corpos estranhos. Em casos mais graves podem ocorrer ulceração, hemorragia digestiva major, perfuração de víscera oca ou oclusão intestinal. O diagnóstico é feito com base na história clínica apenas quando conhecida a ingestão compulsiva ou crónica de materiais susceptíveis ou, em muitos casos, ocasionalmente por radiografia simples do abdómen ou endoscopia digestiva.

Estão descritos vários métodos terapêuticos na abordagem a bezoares gástricos, dependentes do tipo de constituinte. A extracção endoscópica é goldstandard em bezoares de pequenas dimensões ou fragmentáveis com o auxílio de métodos adjuvantes (litotrisia electrohidráulica, laser ou bezótomos cortantes). A digestão química ou enzimática tem sido utilizada com sucesso na dissolução de fito, lacto e tricobezoares.

A terapêutica cirúrgica está reservada para a falência da terapêutica endoscópica ou em casos complicados de perfuração, hemorragia ou oclusão intestinal. A laparoscopia foi já utilizada com bons resultados em casos seleccionados. Igualmente importante na abordagem terapêutica destes doentes é a prevenção da recorrência, através de rigoroso seguimento psiquiátrico e de medidas de acompanhamento psico-social.

O caso apresentado é curioso pela quantidade e variedade de objectos contidos no bezoar, apenas possível pela recorrência da ingestão compulsiva adoptada pelo doente. A exuberância e volume do bezoar encontrado, com múltiplos objectos metálicos perfurantes, alguns dos quais encravados na mucosa gástrica, impossibilitaram a remoção endoscópica de forma segura. A indicação cirúrgica foi colocada pela existência de ulceração com hemorragias punctiformes múltiplas da mucosa e pelo risco de perfuração incipiente. A opção laparoscópica foi neste caso excluída pela complexidade, volume e formato dos múltiplos objectos constituintes deste bizarro bezoar.

## BIBLIOGRAFIA

- [1] Salb RL. Metallic bezoar. *Med Radiogr Photogr* 1956, 32:32-33.
- [2] Erzurumlu et al. Gastrointestinal bezoars: a retrospective analysis of 34 cases. *World J Gastroenterol* 2005;11(12):1813-1817.
- [3] Devanesan J, Pisani A, Sharma P, Kazarian KK, Mersheimer WL. Metallic foreign bodies in the stomach. *Arch Surg* 1977 May; 112(5):664-5.
- [4] Kaplan et al. Metal bezoar. *Journ New Zeal Med Assoc*, July 2005, Vol118, Nº1219.
- [5] Yasin, MA, Malik, GN, Malik, SA, Rathore FA. Metal in stomach: a rare cause of gastric bezoar. *BMJ Case Reports* 2009 [doi:10.1136/bcr.06.2008.0278], published in February 2009.

