

Fitobezoar gástrico gigante com úlcera gástrica por ingestão de diospiros – a propósito de caso clínico

Giant gastric phytobezoar with gastric ulcer by eating persimmons – a case report

*Magda Varela Alves¹, Teresa Salgueiro Antunes², Ana Catarina Caseiro³,
Nuno Araújo Bentes², Pedro Manuel Correia²*

¹ Interna de Formação Específica, ² Assistente Graduado, ³ Assistente Hospitalar
Hospital de Vila Franca de Xira – Serviço de Cirurgia Geral

RESUMO

Estão descritos diversos tipos de bezoares no tubo digestivo. Os autores apresentam o caso pouco frequente de um volumoso fitobezoar gástrico numa mulher de 66 anos sem antecedentes pessoais relevantes, admitida por dor abdominal intensa num quadro arrastado de bezoar, decorrente da ingestão abundante de diospiros. A dissolução química e a remoção endoscópica não tiveram sucesso. Tratando-se de um bezoar gigante com úlcera gástrica, foi submetida a gastrotomia e extracção do mesmo.

Palavras chave: fitobezoar gástrico, úlcera gástrica.

ABSTRACT

Several types of bezoars are described in the digestive tract. The authors present the infrequent case of a giant gastric phytobezoar in a 66-year old healthy woman, admitted for severe abdominal pain in a dragged bezoar framework resulting from the abundant intake of persimmons. The chemical dissolution and endoscopic removal were not successful. Because of being a bezoar with big dimensions and the existence of a gastric ulcer, she underwent a gastrotomy and extraction of the bezoar.

Key words: gastric phytobezoar, gastric ulcer.

INTRODUÇÃO

Os bezoares definem-se como um corpo estranho que resulta da acumulação de material ingerido mas não digerido com localização comum no tubo digestivo, estando contudo descritas outras localizações. São um diagnóstico raro e incidental, aquando da realização de exames de imagem ou endoscópicos.

A sua classificação tem por base a sua composição: fitobezoares (matéria vegetal), tricobezoares (cabelo)

e farmacobezoares (medicamentos), entre outras composições.

O estômago é o local mais comumente envolvido, mas estão descritos a nível esofágico, no intestino delgado e no recto.

São potenciais factores de risco os que alterem a fisiologia gástrica dificultando o esvaziamento gástrico, bem como diminuindo a secreção ácida; no entanto, podem surgir igualmente em doentes previamente saudáveis¹.



O interesse deste caso clínico motivou os autores pela baixa prevalência desta patologia, volumosos fitobezoaes gástricos, nomeadamente por ingestão de diospiros, principalmente em doentes sem compromisso aparente da motilidade gástrica^{1,2}. Após o diagnóstico, e não sendo o tratamento conservador eficaz, a compressão mecânica do bezoar promoveu um efeito erosivo da mucosa gástrica com a consequente úlcera gástrica sintomática.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino de 66 anos sem antecedentes pessoais de relevo que referiu a ingestão de uma quantidade “moderada” mas não quantificada de diospiros, desenvolvendo posteriormente um quadro de epigastralgia de intensidade moderada e constante. Por persistência da epigastralgia foi observada pelo médico assistente dias mais tarde. À observação tinha dor à palpação abdominal com ligeiro empastamento doloroso no epigastro sem sinais de irritação peritoneal. Perante este quadro clínico, foi-lhe solicitada uma endoscopia digestiva alta (EDA).

Decorrido um mês após o início dos sintomas, realizou então a EDA que revelou “*bezoar gástrico, sem lesões aparentes do estômago.*” Nesse contexto o médico assistente recomenda-lhe a ingestão diária de 1L de Coca-Cola® numa tentativa de dissolução química do bezoar.

28 dias depois, repetiu a EDA observando-se “*grande conglomerado alimentar sugestivo de bezoar no corpo estômago; úlcera extensa e escavada de fundo necrótico na incisura; múltiplas biópsias.*” Manteve a ingestão diária de Coca-Cola® com aumento para 3L/dia e iniciou analgesia com paracetamol e Omeprazol. As biópsias apenas revelaram sinais de gastrite da mucosa sem outras alterações.

Recorreu ao serviço de urgência no mês seguinte por quadro de epigastralgia intensa que aliviava com a ingestão alimentar, sem outras queixas associadas. Nesse contexto repetiu a EDA onde se observou “*bezoar gigante (12-15 cm de extensão), denso, não passível de remoção*

endoscópica (seta amarela). Na pequena curvatura, observa-se úlcera penetrada (por tracção mecânica do bezoar), com cerca de 4 cm, com coágulo no fundo (cabeça de seta), não removível após lavagem” (fig. 1).

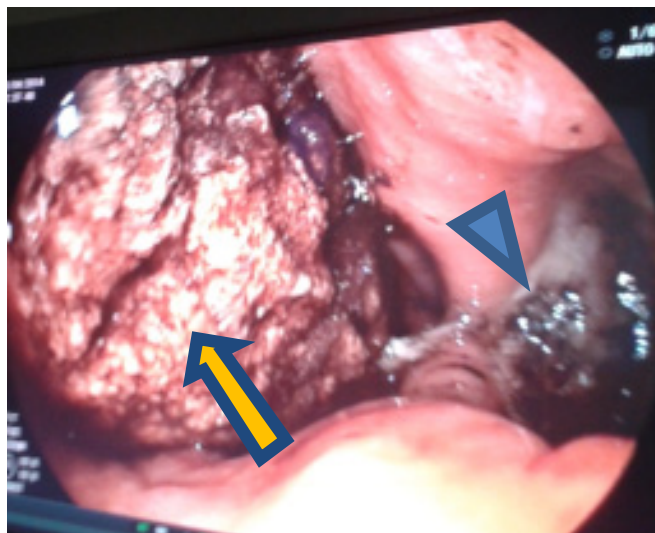


FIGURA 1 –Bezoar gigante (12-15 cm de extensão) – seta amarela. Úlcera penetrada na pequena curvatura, com cerca de 4 cm, com coágulo no fundo – seta azul.

Analiticamente sem alterações significativas. Foi estabelecido o diagnóstico de Fitobezoar gástrico gigante sendo internada para remoção cirúrgica do bezoar.

Foi submetida a gastrotomia com remoção de diospirofitobezoar com 15 x 7 cm procedendo-se também à biópsia de úlcera (fig. 2 a-d).

No 6º dia pós-operatório apresentou infecção da ferida operatória, sendo enviado exsudado da mesma para microbiologia e iniciada antibioterapia empírica com ciprofloxacina e metronidazol, bem como lavagem diária da loca. As biópsias foram sobreponíveis.

Realizou Esofago-Gastro-Duodenografia que não revelou qualquer extravasamento tanto em ortostatismo como em decúbito dorsal.

O agente identificado foi *Streptococcus Anginosus* alterando se a antibioterapia para amoxicilina e ácido clavulânico segundo o teste de susceptibilidade.

No 17º dia de pós-operatório teve alta com melhoria clínica.



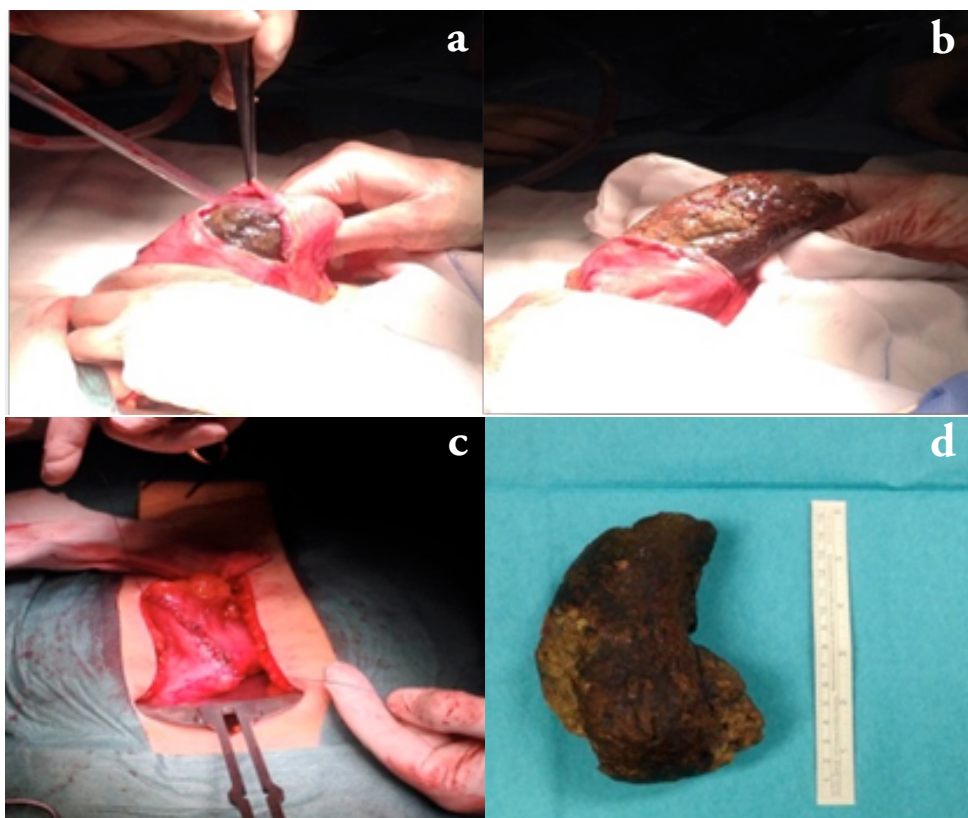


FIGURA 2 – Remoção cirúrgica do fitobezoar. a)gastrotomia; b)remoção do fitobezoar; c)gastrorrafia; d)fitobezoar 15x7 cm

DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO

Conhecidos como antídotos universais, os bezoares são utilizados desde o século XII A.C. pelos árabes e persas. No século XVI médicos portugueses incluíram o uso de bezoares na literatura médica europeia.

Desconhece-se a verdadeira incidência embora os estudos apontem para <1%. Na actualidade estão descritos vários casos e com múltiplas composições. A classificação do bezoar é feita consoante a composição, sendo os mais comuns o fitobezoar (partículas vegetais), farmacobezoares (medicamentos) e o tricobezoar (cabelo), o último com particular incidência nas crianças ou adolescentes do sexo feminino.

Factores que promovam o atraso no esvaziamento gástrico e a diminuição da produção de ácido, promovem alterações na fisiologia gástrica, estando assim implicados na formação de bezoares. São potenciais factores de risco

a dismotilidade gástrica, especialmente pós-vagotomia com piloroplastia (há diminuição da secreção gástrica, atraso no esvaziamento e perda da função pilórica), gastroparésia, obstrução gástrica (estenose, neoplasia gástrica, duodenal ou pancreática), desidratação e fármacos inibidores da motilidade gastrointestinal (opiáceos e anticolinérgicos)^{1,2}; no entanto, podem surgir igualmente em doentes sem patologias prévias como o caso apresentado.

A clínica e os achados do exame objectivo revelam-se inespecíficos, sendo a epigastralgia a queixa mais mencionada.

O diagnóstico é estabelecido pela história clínica de ingestão compulsiva e/ou exagerada comprovada por exames de imagem como a radiografia simples do abdómen, enema baritado, tomografia computadorizada e principalmente pela endoscopia digestiva alta, método mais sensível e também usado na abordagem



terapêutica inicial. Esta abordagem inicial consiste na dissolução química com vários agentes como a Coca-Cola®, papaína, celulase e acetilcisteína coadjuvados com metoclopramida⁴. Segundo o estudo de Lee et al, a dissolução com Coca-Cola® apenas resultou em 23,5% de fitobezoares sem resultados nos diosfitobezoares dada a sua composição. Embora se desconheça o mecanismo de ação da Coca-Cola®, acredita-se que a sua natureza gasocarbónica (ácido cítrico, fosfórico e benzoico) ácida cujo pH varia entre 2,7 e 3,5, é comumente utilizada na dissolução química dos bezoares ou na sua fragmentação⁵. Salienta-se que a resposta é melhor em bezoares de pequenas dimensões ou mais digeríveis.

Apesar de várias abordagens estarem descritas para o tratamento dos bezoares, a remoção endoscópica é a preconizada em bezoares de pequenas dimensões ou fragmentáveis com o auxílio de métodos adjuvantes

(litotricia electrohidráulica, laser ou bezótomos cortantes). Nos casos de falência das abordagens menos invasivas ou em casos complicados de perfuração, hemorragia ou oclusão intestinal, a intervenção cirúrgica (gastrotomia ou enterotomia) está indicada⁶.

A particularidade deste caso prende-se com o volume do bezoar sem qualquer dissolução química com a ingestão diária de 1-3L Coca-Cola® durante 3 meses. No decorrer desse tempo, não foi possível a remoção endoscópica. De referir que tanto a compressão mecânica do bezoar como a corrosão química provocada pela bebida, culminaram com uma complicação descrita, uma úlcera gástrica com coágulo. Salientam-se assim os efeitos secundários inerentes ao crescimento e compressão mecânica do bezoar, como também do tratamento conservador prolongado, resultando numa úlcera gástrica sintomática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Gelrud D., Guelrud M., Gastric Bezoar. UptoDate:2014
- 2 Jones MP, Maganti K: A systematic review of surgical therapy for gastroparesis. Am J Gastroenterol 98:2122, 2003.[PubMed: 14572555]
- 3 Erzurumlu et al. Gastrointestinal bezoars: a retrospective analysis of 34 cases. World J Gastroenterol 2005;11(12):1813-1817.
- 4 Ladas SD, Kamberoglou D, Karamanolis G, et al. Systematic review: Coca-Cola can effectively dissolve gastric phytobezoars as a first-line treatment. Aliment Pharmacol Ther 2013; 37:169.
- 5 Lee B.J., Park J.J., Chun H.J., Kim J.H., Yeon J.E., Jeon Y.T. How good is cola for dissolution of gastric phytobezoars? World Journal of Gastroenterology. 2009; 15:2265–2269.
- 6 Durkhure R, Singh JP, Singhal V. Cotton Bezoar--a rare cause of intestinal obstruction: case report. BMC Surg 2003; 3:5.

Correspondência:

MAGDA VARELA ALVES
e-mail: alves.magda0@gmail.com

Data de recepção do artigo:

07/01/2016

Data de aceitação do artigo:

02/08/2017

