

Corpos estranhos

MÓNICA GRANJA*

RESUMO

Em Medicina vemos com frequência situações clínicas que não apresentam ad initium o seu quadro típico, desenrolando-se em sucessivos episódios de doença que, se se revestirem de alguma gravidade, tenderão a levar os pacientes a serviços de urgência hospitalares, locais onde é difícil obter uma visão prismática da situação. Descreve-se o caso de um homem de 71 anos, sem antecedentes, quer patológicos, quer de consumo frequente de cuidados de saúde, que, no intervalo de três meses, recorre dez vezes a consultas não programadas, seis das quais hospitalares. Na sequência destas consultas sofre três internamentos e é submetido a duas intervenções cirúrgicas urgentes, intervaladas de apenas uma semana. Termina com uma complicação infecciosa da ferida cirúrgica que o mantém por mais 90 dias sob os cuidados de enfermagem do seu Centro de Saúde. Com a apresentação do caso, transversal a vários serviços, pretende-se desvendar todas as faces de uma realidade parcialmente oculta nos sucessivos episódios de urgência ocorridos, possibilitando assim uma reflexão e a necessária mudança de atitudes.

Palavras-Chave: Bezoar; Serviços de Urgência

FOREIGN BODIES

ABSTRACT

In medical practice, the appearance of clinical pictures that do not present ad initium their typical features rather showing up in successive episodes of illness is somehow frequent. If these happen to be serious ones, they tend to drive patients straight to hospital emergency rooms where a prismatic sight of the situation is very difficult. The case of a 71 year old man without relevant former past history of disease and of frequent health care use is reported: during a three month period this man seeks urgent consultations for ten times (six of which in a hospital emergency room), being admitted to the hospital three times and submitted, in an one week period, to two urgent major surgical procedures. Last, but not the least, an infection of the wound complicates the last procedure, keeping him for a further three month period under the regular surveillance of primary care nurses.

The report of this case, that crosses several health departments, aims to reveal every face of a reality which is partially hidden in the successive urgent episodes, making way for a reflection and a much needed change in attitudes.

Key-Words: Bezoar; Emergency Room

INTRODUÇÃO

Em Medicina vemos com frequência situações clínicas que não apresentam *ad initium* o seu quadro típico, desenrolando-se em sucessivos episódios de doença que vamos integrando como se de peças de um *puzzle* se tratassem. Se estes episódios se revestirem de alguma gravidade, os pacientes tenderão a recorrer a serviços de urgência (SU) hospitalares, locais onde as prioridades do próprio serviço e a permanente mudança de equipa médica dificultam ainda mais a necessária visão prismática do paciente.

Por outro lado, grandes limitações de recursos em sistemas de saúde

pouco ágeis condicionam hiatos temporais mais longos entre o estabelecer da necessidade de intervenções diagnósticas e/ou terapêuticas e a sua efectiva realização, o que leva à progressão e multiplicação dos problemas iniciais, incrementando os gastos e limitando ainda mais os recursos.

O caso que se descreve ilustra as dificuldades enunciadas e com a sua apresentação, transversal a vários serviços, pretende-se desvendar todas as faces de uma realidade que ficou parcialmente oculta nos sucessivos episódios de urgência ocorridos, identificando dificuldades e possibilitando, assim, a reflexão e a mudança de atitudes necessárias.

DESCRIÇÃO DO CASO

FAP, 71 anos, reformado (exerceu

cargo político em Moçambique, onde viveu entre 1952 e 1976). É natural de Vila Nova de Foz Côa, alternando a sua residência nessa localidade e na Senhora da Hora. Nos seus antecedentes pessoais salienta-se:

- Fumador de cerca de 20 cigarros por dia desde jovem;
- Em 1970 úlcera duodenal submetida, em Moçambique, a cirurgia electiva de natureza não esclarecida;
- Em 1991 discectomia (por hérnia discal lombar) no Instituto Português de Oncologia do Porto, seguida de nova intervenção pelo mesmo motivo, cinco meses depois, na Ordem da Trindade;
- Em 2001 cirurgia por catarata no Hospital Geral de Santo António;
- Em 2002 diagnóstico de enfise-ma pulmonar (tosse seca persistente e imagiologia sugestiva, com gassimetria normal).

Desde Junho de 2001 que fre-

*Assistente de Medicina Geral e Familiar
Centro de Saúde da Senhora da Hora
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, SA

quenta irregularmente a consulta do seu actual médico de família, salientando-se que em todo ano de 2003 não recorreu nenhuma vez à mesma.

30 Dezembro 2003 SU do Hospital X

Dá entrada por epigastralgias iniciadas algumas semanas antes e que se tornaram progressivamente mais intensas. Estas dores eram agravadas pela ingestão de alimentos e acompanhadas de enfartamento pós-prandial. A informação clínica registada pelo médico de serviço é ininteligível. Faz no SU omeprazol e diclofenac parentéricos e sucralfato oral. Tem alta melhorado ao fim de quase três horas, medicado com omeprazole e ranitidina e com a recomendação de recorrer ao Centro de Saúde (CS) para realização de endoscopia digestiva alta (EDA).

8 Janeiro de 2004 Centro de Saúde

Comparece a consulta não programada e, na ausência do seu médico de família, é atendido em consulta de recurso. É-lhe então marcada uma EDA no Hospital X para 4/2/2004.

21 de Janeiro 2004 Centro de Saúde

Comparece à consulta não programada do seu médico de família referindo melhoria, mas não desaparecimento total, da epigastralgia e do enfartamento pós-prandial. O exame objectivo era normal. É-lhe suspensa a ranitidina, mantido o omeprazole e marcada consulta para daí a duas semanas, logo após a realização da EDA previamente agendada.

25 de Janeiro a 3 de Fevereiro 2004 Hospital Y

Apenas quatro dias depois, refere

agravamento da epigastralgia que se estende progressivamente a todo o abdómen, associando-se a vômitos intensos e, primeiro, à paragem de emissão de gases e fezes e, depois, ao início de incontáveis dejecções de fezes aquosas amareladas. Encontrava-se então na sua casa de Vila Nova de Foz Côa, pelo que recorre ao SU do hospital Y onde fica internado por suspeita de diverticulite do sigmoide. No internamento realiza ecografia abdominal e colonoscopia (que atingiu apenas o transversal médio «por má preparação»), confirmando esta a presença de «múltiplos pequenos divertículos do sigmoide». Tem alta medicado com omeprazol, loperamida, ciprofloxacina e uma associação de suplementos enzimáticos e bacilos lácteos, não conseguindo regressar à Senhora da Hora a tempo de realizar a EDA marcada para a manhã seguinte.

4 de Fevereiro 2004 Hospital X e Centro de Saúde

Falta à EDA no Hospital X e à consulta de programada no Centro de Saúde.

12 de Fevereiro 2004 Centro de Saúde

Comparece a nova consulta não programada, relatando o internamento anterior e justificando assim a falta quer à EDA, quer à consulta no CS. Mantinha epigastralgias e enfartamento pós-prandial, referindo agora perda de peso (não quantificável por ausência de um peso de referência). Ao exame objectivo salientava-se apenas um abdómen difusamente doloroso à palpação. É-lhe então pedido estudo analítico e nova EDA que, após contacto telefónico directo com o Hospital X, se conseguiu agendar para dali a cinco dias.

13 de Fevereiro 2004 SU do Hospital X

De novo dá entrada neste SU, cerca das 11 horas, registando-se no seu boletim de admissão «diarreia e melenas desde há cinco dias e dor abdominal difusa mais localizada ao hipogastro». Duas observações médicas subsequentes registavam os seus antecedentes pessoais de cirurgia por úlcera duodenal, bem como a sua recente diverticulite do sigmoide. A observação de um cirurgião geral referia no exame objectivo apenas dor ligeira «à palpação da FIE, sem sinais de irritação peritoneal». O toque rectal demonstrou ampola com fezes de coloração escura esverdeada. Realiza, nesse episódio de urgência, estudo analítico, incluindo tempos de coagulação e ecografia abdominal. A única alteração destes exames foi uma proteína C reactiva elevada (3,94) pelo que, poucas horas depois, tem alta.

17 de Fevereiro 2004 Hospital X

Na EDA visualização de «extenso bezoar na cavidade gástrica» e, no antro, «três úlceras em terreno inflamatório». O piloro é descrito como «deformado mas permeável e com cicatriz de úlcera». É medicado com domperidona e esomeprazole e marcada para dali a 45 dias nova endoscopia com sedação para extracção do bezoar.

As biópsias efectuadas revelaram: «Retalhos de mucosa gástrica de tipo antro com alterações cito-arquitecturais próprias de bordo de lesão ulcerada e com focos de metaplasia intestinal (...) também material fibrino-leucocitário a traduzir ulceração; ausência de sinais de malignidade».

24 de Fevereiro 2004 SU do Hospital X

Pela terceira vez recorre a este SU.

A queixa constante dos registos médicos é de uma epigastralgia de intensidade rapidamente crescente iniciada subitamente duas horas após almoço. É de novo observado por cirurgião que, além de reconhecer os seus já referidos antecedentes pessoais, lhes acrescenta o recém-diagnosticado bezoar. É ainda descrita ligeira dor à palpação do epigastro e ruídos peristálticos de frequência aumentada. Do estudo analítico e radiológico pedido, salienta-se uma muito discreta elevação das enzimas hepáticas (com enzimas cardíacas normais), uma queda da PCR que ainda assim se manteve ligeiramente elevada (1,14) e, ao Rx abdominal simples, níveis hidroaéreos no intestino delgado. Duas hipóteses de diagnóstico etiológico para este quadro sub-oclusivo são colocadas pelo cirurgião: «bridas? bezoar a progredir?», ficando o doente internado.

24 de Fevereiro a 2 de Março 2004 Serviço de Cirurgia do Hospital X

No dia seguinte ao internamento o doente sente-se melhor e o Rx abdominal simples é já normal. Dois dias mais tarde, é registado no processo: «contacta-se Gastro para avaliar possibilidade de extracção do bezoar». A resposta é assinalada quatro dias depois: «a EDA com sedação já está marcada para 30 de Março» (dali a quatro semanas) «e não é possível antecipá-la». Como o doente está assintomático e com exame objectivo normal, tem alta nesse mesmo dia, sendo-lhe prescrita dieta, domperidona e esomeprazole.

3 de Março 2004 Centro de Saúde

Vem a consulta urgente com o seu médico de família apenas para dar conta dos últimos acontecimentos.

16 de Março 2004 SU do Hospital X

Recorre mais uma vez ao SU por «dor abdominal generalizada e vômitos líquidos», sendo realizado Rx abdominal simples (normal) e novamente pedida observação por cirurgia, a qual não está registada na ficha clínica do SU. O doente tem alta menos de três horas depois da admissão, medicado (segundo informação fornecida pelo doente) com ácido acetilsalicílico.

16 de Março 2004 SU do Hospital X

De regresso a casa, o seu estado deteriora-se e a própria esposa toma a iniciativa de telefonar para o hospital exigindo observação «pelo médico chefe» (*sic*), ameaçando com a presença da comunicação social caso tal não acontecesse. É assim que, pouco mais de três horas após a última alta, é de novo admitido no SU, sendo internado de imediato. Poucos dados estão registados relativos ao exame físico nesta admissão, salientando-se apenas a referência a drenagem naso-gástrica de conteúdo entérico. Nos exames complementares, há referência a um Rx abdominal simples normal, uma ligeira leucocitose (13.200/ μ L) com neutrofilia (87,7%), uma também ligeira elevação da DHL, com normalidade de todos os restantes parâmetros.

16 de Março a 1 de Abril 2004 Serviço de Cirurgia do Hospital X

Algumas horas depois é submetido a cirurgia laparoscópica, destacando-se do respectivo relato «constatação de distensão do delgado desde o ângulo de Treitz até 20 cm a montante, onde se nota conteúdo duro e irregular». Foi feita enterotomia e extracção do bezoar na localização descrita, referindo-se em

seguida que o estômago foi identificado, não havendo qualquer corpo estranho no seu interior.

Não sendo referidas neste relato cirúrgico as dimensões do bezoar, elas são fornecidas no entanto pelo relatório de anatomia-patológica: «formação nodular de 6,5 x 4 x 4 cm», acrescentando ainda ser este «de cor verde amarelada, friável» e constituído por «material de tipo vegetal e colónias de fungos».

Melhorando o seu estado clínico nos primeiros dias do pós-operatório, ao quarto dia porém reinicia dor e distensão abdominais, pelo que realiza Rx abdominal simples que revela foice gasosa supra-hepática. A dor e a distensão vão piorando pelo que acaba sendo feita nova entubação naso-gástrica, registando-se drenagem de cerca de 2 litros de conteúdo biliar, com alívio sintomático imediato mas transitório. As queixas foram-se repetindo, bem como a drenagem naso-gástrica e dois dias mais tarde realiza Rx gastro-duodenal contrastado que revela distensão de ansas do delgado sem que haja presença de contraste no cólon.

É assim que a 24 de Março, apenas uma semana depois da primeira cirurgia, é novamente intervencionado, desta vez por laparotomia, constando-se «oclusão do delgado (íleon) por bezoar a cerca de 40 cm da válvula ileo-cecal, com cerca de 6 x 4 cm de diâmetro». Desta vez a opção foi pela «fragmentação do bezoar e sua mobilização até ao cego».

O seu estado geral evolui favoravelmente nos dias seguintes à segunda intervenção, mas desenvolve ainda complicação infecciosa na cicatriz da laparotomia (celulite extensa com drenagem espontânea de pús). Tem alta a 1 de Abril, medicado com omeprazole e antibiótico e orientado para a consulta de Cirur-

gia onde comparece para realização de penso até ser transferido para os cuidados de enfermagem do seu CS.

12 de Abril a 12 de Julho 2004

Centro de Saúde

Comparece diariamente para cuidados de enfermagem à ferida cirúrgica infectada até à sua completa cicatrização. Mantém-se medicado com omeprazole diário.

COMENTÁRIO

Um bezoar é uma massa compacta de vegetais, cabelos ou outros corpos estranhos, que fica retida em algum ponto do tracto gastro-intestinal e vai crescendo por agregação de novos materiais. Relativamente raros na prática clínica (têm sido apontados como responsáveis por cerca de 0,3 a 6% das oclusões intestinais⁽¹⁾), os bezoars são conhecidos desde a antiguidade e objecto de crenças e superstições, nas quais tem origem o seu nome (do árabe «badzehr», do turco «panzehir» ou do persa «padzahr», palavras que significam antídoto).

Podendo ser encontrados desde o esófago até ao recto, a maioria dos bezoars forma-se no estômago e, embora migrando com alguma frequência para o delgado, só raramente se formam a montante ou a jusante. Os factores predisponentes à formação de um bezoar são múltiplos e associam-se com frequência (quadro II), destacando-se claramente, de entre eles, os antecedentes de cirurgia gástrica, presentes em três quartos dos casos de bezoar.

Assintomáticos na sua maioria, os bezoars podem, no entanto, causar complicações ao longo do tubo digestivo, sendo as mais frequentes a dispepsia e os quadros oclusivos ou sub-occlusivos, mais frequentes a nível do delgado, mas possíveis a qualquer outro nível (quadro III). Pela gravidade das possíveis complicações, a mortalidade associada aos bezoars não é negligenciável (numa série de 87 casos, ocorreu uma morte⁽²⁾).

O diagnóstico é mais frequentemente feito pela EDA (perante um bezoar gástrico) e pelo Rx abdominal simples (em caso de oclusão intestinal), podendo ser também úteis

o trânsito do delgado (particularmente nas sub-oclusões), a ecografia abdominal, o clister opaco e a tomografia axial computadorizada

Um diagnóstico precoce é importante pois o tratamento da maioria dos bezoars gástricos pode ser electivo e endoscópico (por fragmentação e retirada ou digestão enzimática), prevenindo assim as suas complicações. A migração de um bezoar gástrico pode provocar oclusão, hemorragia e/ou perfuração intestinais, situações que requerem laparotomia de urgência. Nesta intervenção, a técnica recomendada é a fragmentação manual dos bezoars, «mungido-se» em seguida os fragmentos até ao cego. A enterotomia para remoção do bezoar (com as suas mais prováveis complicações), só é feita se a fragmentação manual não for possível. A abordagem laparoscópica é possível e deve seguir as mesmas recomendações⁽³⁾.

Perante um bezoar intestinal é sempre necessário explorar o estômago (mesmo por EDA se não possível durante a cirurgia), restante intestino e mesmo a vesícula biliar devido à possibilidade de existência de

QUADRO I

CRONOGRAMA

30/12 SU Hospital X
 08/01 Centro de Saúde
 21/01 Centro de Saúde
 25/01 a 03/02 SU e internamento do Hospital Y
 04/02 Exame Hospital X e Centro de Saúde
 12/02 Centro de Saúde
 13/02 SU Hospital X
 17/02 Exame no Hospital X
 24/02 a 2/03 SU e internamento do Hospital X
 03/03 Centro de Saúde
 16/03 SU Hospital X
 16/03 a 01/04 SU e internamento do Hospital X
 2/04 a 12/04 Consulta do Hospital X
 12/04 a 12/07 Centro de Saúde

QUADRO II

FACTORES PREDISPONETES À FORMAÇÃO DE BEZOARS

estase gástrica (pós-cirúrgica, diabética ou outra)
 ingestão de substâncias pouco ou não digeríveis
 diospiros com casca
 polpa de laranja
 cabelos
 fios de tapete
 certas fórmulas medicamentosas
 fórmulas lácteas infantis
 mastigação inadequada
 dieta rica em fibras
 bridas, bandas congénitas ou divertículos do delgado
 hipocloridria

QUADRO III

FORMAS MAIS FREQUENTES DE APRESENTAÇÃO CLÍNICA DOS BEZOARS

epigastralgias
 outra dor abdominal
 náuseas/vómitos
 enfartamento pós-prandial
 massa palpável no epigastro
 diarreia
 paragem de emissão de gases e fezes
 ulceração
 hemorragia / anemia ferripriva
 malnutrição
 perfuração
 peritonite

bezoars síncronos (calcula-se que em cerca de 17,5 a 24% dos bezoars intestinais há um gástrico concomitante^{2,4}).

A persistência de um bezoar após tratamento cirúrgico é possível, assim como a sua recorrência (referidos 4 e 12 casos, respectivamente, numa série de 87 casos publicada²). Para prevenir as recorrências, deve recomendar-se uma redução da quantidade de fibra na dieta, a consulta regular de um médico dentista para preservar e/ou melhorar a mastigação, o uso de pró-cinéticos e a manutenção do paciente sob vigilância clínica periódica.

Não sendo um problema frequente na prática clínica, na literatura médica abundam os relatos de caso relativos a bezoars, a maioria dos quais com quadro clínico florido e resultando em situações emergentes por condicionarem oclusão intestinal. Não tendo este caso uma apresentação clínica que o distinga da generalidade de outros casos relatados na literatura^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}, ele destaca-se, no entanto, pelo seu desenrolar prolongado e pelas suas complicações. Tal parece ficar a dever-se a uma sucessão de dificuldades que, em determinados pontos da história, impediram uma resolução mais precoce e livre de complicações:

- A valorização da presença de queixas alternadamente altas e baixas poderia conduzir a que mais precocemente fosse colocada a hipótese diagnóstica de um bezoar.
- As queixas digestivas que motivaram o primeiro internamento, poderiam corresponder já a um primeiro quadro de sub-oclusão e de diverticulite.

A prioridade no agendar da fragmentação do bezoar gástrico (devida quer às suas dimensões, quer à associação a múltiplas ulcerações,

quer ainda aos quadros sub-occlusivos que haviam ocorrido) foi coarctada por limitações dos recursos.

- A sucessão de episódios de urgência, num curto espaço de tempo e por parte de um paciente que não era previamente um utilizador frequente do SU, factos facilmente identificáveis com os actuais sistemas de informação do hospital X, poderia ter constituído um sinal de alerta na sua avaliação.

- Finalmente, a identificação, durante a primeira cirurgia, do segundo fragmento do bezoar (com 4 por 6 cm de diâmetro) removido uma semana depois, poderia ter evitado essa segunda intervenção cirúrgica.

Com a apresentação deste caso transversal (pois não pertence a um médico ou serviço) pretende-se desvendar todas as faces de uma realidade, sempre parcialmente oculta nos sucessivos episódios de urgência ocorridos, possibilitando assim uma reflexão e a necessária mudança de atitudes, nomeadamente, o agilizar dos recursos disponíveis, o estabelecimento de uma real e permanente articulação entre os diferentes profissionais e serviços e o centrar da atenção dos profissionais e do sistema de saúde em cada doente e no seu todo clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goldstein SS, Lewis JH, Rothstein R. Intestinal obstruction due to bezoars. *Am J Gastroenterol* 1984; 79(4): 313-8.
2. Escamilla C, Robles-Campos R, Parrilla-Paricio P, Lujan-Mompean J, Liron-Ruiz R, Torralba-Martinez JA. Intestinal obstruction and bezoars. *J Am Coll Surg* 1994;179(3): 285-8.
3. Robles R, Lujan JA, Parrilla P, Torralba JA, Escamilla C. Laparoscopic surgery in the treatment of small bowel obstruction by bezoar. *Br J Surg* 1995;82 (4): 520.
4. Wang PY, Skarsgard ED, Baker RJ. Carpet bezoar obstruction of the small in-

testine. *J Pediatr Surg* 1996;31(12):1691-3.

5. Pranesh N, Mainprize K. An interesting case of small bowel obstruction. *Postgrad Med J* 2002; 78: 626, 630.

6. Salim AS. Small bowel obstruction with multiple perforations due to enterolith (bezoar) formed without gastrointestinal pathology. *Postgrad Med J* 1990; 66: 872-3.

7. Alsafwah S Alzein M. Small bowel obstruction due to trichobezoar: role of upper endoscopy in diagnosis. *Gastrointest Endosc* 2000; 52(6): 784-6.

8. Haga N, Chikamori M, Kitamura T, Shiomi S, Kitagawa H, Mizusima S et al. Obstruction due to persimmon bezoars: computed tomography detection. *Hepato-gastroenterology* 2001; 48: 1069-71.

9. Larson J, Vender R, Camuto P, Scholhamer C, Mansourian V. Phytobezoar of pure vegetable matter causing colonic obstruction. *J Clin Gastroenterol* 1995; 20(2): 176-7.

10. Martinez Sánchez G, Seseras J, Biendicho P, Rezzonico M, Piqué JM. Úlcera gástrica y oclusión intestinal: qué fue primero la infección por *helicobacter pylori* o los bezoares? *Gastroenterología y Hepatología* 2001;24(7):368-9.

Endereço para correspondência

Mónica Granja
Centro de Saúde da Senhora da Hora
R. da Lagoa
4460 senhora da Hora
Tel.: 229 568 500
E-mail: monicagranja@netcabo.pt

Recebido para publicação em: 22/02/05
Aceite para publicação em: 05/06/05