
RELATO DE CASO

TRICOFAGIA E OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR TRICOBEOZAR: UM RELATO DE CASO INICIALMENTE INTERPRETADO COMO HELMINTÍASE**TRICHOPHAGIA AND INTESTINAL OBSTRUCTION DUE TO TRICHOBEZOAR: A CASE REPORT INITIALLY INTERPRETED AS HELMINTHIASIS**

Mara Rúbia Assis Benvenuti ¹
Franciani Rodrigues da Rocha ²
Ana Carolina Assis Benvenuti ¹
Gabriel Riffel ¹
Luiza Bitencourt Schlichting ¹
Natália Gabriel da Cruz ¹
André Marques Vieira ³

DOI: <https://doi.org/10.63845/k0s0a505>

RESUMO

Os tricobezos são massas formadas predominantemente por cabelos, que se acumulam no trato gastrointestinal, caracterizando-se como uma condição rara e potencialmente grave, especialmente na população pediátrica. A apresentação clínica costuma ser insidiosa, podendo evoluir para complicações graves, como obstrução ou perfuração intestinal. Outra etiologia incomum para obstrução intestinal é a helmintíase, caracterizada como um grupo de doenças parasitárias intestinais, sendo causada, principalmente, pelo *Ascaris lumbricoides*. O presente estudo tem como objetivo relatar um caso de tricobezos em uma menina de cinco anos inicialmente diagnosticada com suboclusão intestinal por ascariíase. O diagnóstico inicial foi realizado baseado na clínica e no exame de imagem, que eram compatíveis com a hipótese de obstrução intestinal secundária à ascariíase. No entanto, o diagnóstico definitivo de tricobezos e o tratamento foram realizados apenas durante a intervenção cirúrgica. Este relato reforça a relevância do diagnóstico diferencial das causas raras de abdome agudo obstrutivo em crianças, destacando a importância da suspeição clínica e do manejo multidisciplinar para o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dessas condições.

Descritores: Obstrução intestinal. Tricobezos. Helmintíase.

¹ Discente de Graduação em Medicina. Núcleo de Pesquisa em Ciências Médicas: investigações em saúde - NPCMed, Faculdade de Medicina, Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI. Email: mara.assis.benvenuti@unidavi.edu.br, ana.benvenuti@unidavi.edu.br, gabriel.riffel@unidavi.edu.br, luiza.schlichting@unidavi.edu.br, natalia.cruz@unidavi.edu.br

² Doutora em Ciências da Saúde. Núcleo de Pesquisa em Ciências Médicas: investigações em saúde - NPCMed, Faculdade de Medicina, Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI. Email: franciani@unidavi.edu.br

³ Cirurgião Geral e do Aparelho Digestivo. Núcleo de Pesquisa em Ciências Médicas: investigações em saúde - NPCMed, Faculdade de Medicina, Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI - e Hospital Regional do Alto Vale - HRAV - Rio do Sul (SC), Brasil. Email: prof.andre.vieira@unidavi.edu.br

ABSTRACT

Trichobezoars are masses composed predominantly of hair that accumulate within the gastrointestinal tract, representing a rare and potentially severe condition, particularly in the pediatric population. The clinical presentation is usually insidious and nonspecific, but it may progress to serious complications such as intestinal obstruction or perforation. Another uncommon etiology of intestinal obstruction is helminthiasis, a group of intestinal parasitic diseases mainly caused by *Ascaris lumbricoides*. This study aims to report the case of a five-year-old female patient initially diagnosed with partial intestinal obstruction secondary to ascariasis. The initial diagnosis was based on clinical findings and imaging studies consistent with intestinal obstruction. However, the definitive diagnosis of trichobezoar, as well as its treatment, was established only during surgical intervention. This case reinforces the importance of considering rare etiologies in the differential diagnosis of acute obstructive abdomen in pediatric patients, emphasizing the role of clinical suspicion and a multidisciplinary approach in achieving early diagnosis and appropriate management.

Keywords: Intestinal obstruction. Trichobezoar. Helminthiasis.

INTRODUÇÃO

A obstrução intestinal é uma emergência cirúrgica comum na pediatria^(1,2). Os sintomas típicos são alteração do hábito intestinal, distensão e dor abdominal, náusea e vômitos⁽³⁾. As causas para a obstrução intestinal são aderências, intussuscepção irreduzível, volvo intestinal, hérnia interna, ingestão de corpo estranho, ascaridíase⁽⁴⁾ e bezoares⁽²⁾.

A ascaridíase é a helmintíase mais prevalente do mundo e a de maior mortalidade, em decorrência das suas complicações. A principal delas é a suboclusão ou obstrução intestinal pelo enovelamento de grande número de parasitas no lúmen intestinal. A suspeita em relação a esse quadro ocorre em crianças com sintomas de obstrução intestinal associado a (à) história de eliminação de parasitas⁽⁵⁾.

Os bezoares são uma entidade patológica pouco frequente, definida como acúmulo de materiais insolúveis e indigeríveis no trato gastrointestinal⁽⁶⁾. A classificação dos bezoares é baseada no tipo de material que compõe a massa indigerível. Dentre os tipos, o fitobezoar é o mais comum, formado por restos de vegetais e frutas⁽⁷⁾. Outros tipos de bezoares incluem o tricobezoar (massa de cabelos), farmacobezoar (acúmulo de medicamentos) e lactobezoar (massa de fórmula láctea)⁽⁶⁾.

Os tricobezoares são massas predominantemente encontradas no estômago de mulheres jovens e são frequentemente associadas a distúrbios psiquiátricos⁽⁸⁾. A apresentação clínica dos tricobezoares geralmente é inespecífica, podendo permanecer assintomática por longos períodos. Quando presentes, os sintomas incluem náuseas, vômitos, plenitude pós-prandial, perda de peso e desconforto epigástrico⁽⁹⁾. Em casos raros, o quadro pode evoluir para sintomas graves de perfuração ou obstrução intestinal^(6,10).

Este estudo tem como objetivo relatar um caso de tricobezoar na faixa etária pediátrica, inicialmente confundido com um caso de obstrução intestinal por helmintos, e contribuir com a literatura

médica sobre essa condição singular, bem como aprimorar o entendimento sobre os melhores métodos diagnósticos e terapias frente à luz das evidências atuais.

O presente estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI), conforme parecer nº 7.664.863, bem como a devida assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

DESCRIÇÃO DO CASO

A.L.F.D., sexo feminino, 5 anos de idade, 15 kg, alérgica a ibuprofeno e dipirona, previamente hígida. Encaminhada para atendimento hospitalar por queixa de dor abdominal difusa associada a episódio de êmese com presença de helminto, inapetência e constipação há cinco dias. Mãe relatou uso domiciliar de antiparasitário, antiemético e soro de reidratação oral (SRO), sem melhora.

No exame físico, a paciente apresentava regular estado geral, desidratada, hipocorada e emagrecida. Na avaliação abdominal, apresentava abdome globoso, com ruídos hidroaéreos diminuídos, timpanismo à percussão e doloroso a palpação. Com base na clínica da paciente, a primeira hipótese diagnóstica foi obstrução intestinal por helmintose. A conduta inicial consistiu na realização de uma tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste, exames laboratoriais gerais, hidratação com soro fisiológico 0,9%, analgesia, antiemético e anti-inflamatório esteroidal.

A TC evidenciou distensão moderada a acentuada das alças de intestino delgado, nível hidroaéreo e possível fator obstrutivo, mantendo a hipótese de obstrução por helmintos (Figura 1). Os exames laboratoriais mostraram leve aumento da Proteína C-Reativa (1,7 mg/dL) e ureia (68 mg/dL). Demais exames sem alteração. Instituiu-se sonda nasogástrica (SNG) aberta, hidratação vigorosa e óleo mineral.

No D2 de internação na enfermaria pediátrica, a paciente manteve-se no mesmo estado clínico, sem alteração dos exames laboratoriais. Iniciou-se Ringer Lactato, antibioticoterapia e dieta nada por via oral (NPO).

No D3, a paciente permaneceu sem melhora clínica após as medidas terapêuticas iniciais. Realizou-se uma radiografia de abdome, que mostrou distensão gasosa das alças intestinais e ausência de ar na porção inferior do abdome (Figura 2). Os exames laboratoriais gerais estavam sem alterações. Após avaliação do setor de cirurgia pediátrica, optou-se pela intervenção cirúrgica. A enterotomia evidenciou obstrução intestinal por tricobezoar (Figura 3), associada à apendicectomia de oportunidade. Após o procedimento cirúrgico, foi acionado o serviço de psicologia e serviço social, que sugeriu acompanhamento após a alta hospitalar.

No D4, a paciente manteve-se estável e sem complicações e no exame físico foi identificado um quadro de pediculose. Os exames laboratoriais pós-operatórios evidenciaram anemia normocítica e normocrômica; os outros parâmetros estavam dentro da normalidade. Em conversa com a mãe da paciente, a responsável relatou que a criança apresenta história de tricofagia desde os dois anos de idade.

Foram solicitados exames de triagem para anemia e prescrito ectoparasiticida em solução, antiparasitário via SNG e isolamento de contato por 24h.

Entre o D5 e D9, a paciente permaneceu estável, com dois episódios de evacuação. A paciente apresentou melhora dos parâmetros laboratoriais de anemia, evolução da dieta líquida para dieta via oral branda e deambulação. As demais medidas permaneceram sem alterações e iniciou-se o planejamento de alta hospitalar.

No D10, devido à manutenção do bom estado geral da paciente, a mesma recebeu alta da avaliação cirúrgica, com carta de retorno para reavaliação. No D11, a paciente recebeu alta da enfermaria pediátrica, com prescrição de ferro e vitamina D, encaminhamento à Unidade Básica de Saúde (UBS) e orientação de acompanhamento psicológico e psiquiátrico.

Após duas semanas, a paciente retornou para reavaliação hospitalar, apresentando-se sem alterações ao exame físico e com boa cicatrização da ferida operatória. A responsável informou que a paciente irá buscar atendimento psicológico. Sete meses depois, no retorno ao ambulatório de cirurgia pediátrica, a responsável relatou que a paciente está em acompanhamento psicológico e psiquiátrico, além de ter interrompido a ingestão de cabelos, recebendo alta das avaliações hospitalares.

DISCUSSÃO

A dor abdominal aguda na pediatria é um dos principais motivos para a procura do atendimento médico. Dentre as suas etiologias, tem-se a obstrução intestinal⁽¹¹⁾. As características clínicas dessa condição são dor abdominal intensa, distensão abdominal, vômitos persistentes e alterações no padrão de evacuação⁽¹²⁾. As causas de obstrução variam de condições mais comuns, como aderências e intussuscepção, até mais raras, como helmintíase⁽⁴⁾ e bezoares⁽²⁾. No caso descrito, a paciente apresentou os sintomas típicos de obstrução intestinal associados a um episódio de êmese com a presença de um helminto, indicando a possibilidade desse quadro ser secundário à helmintíase.

As helmintíases compreendem um grupo de doenças parasitárias intestinais⁽¹³⁾. São causadas por um conjunto de parasitas, sendo o *Ascaris lumbricoides* (agente da ascaridíase) o mais prevalente⁽⁴⁾. A ascaridíase apresenta uma distribuição mundial, com maior prevalência em regiões tropicais e subtropicais. Sua ocorrência está diretamente associada à falta de saneamento básico e baixas condições socioeconômicas⁽¹⁴⁾. Em geral, é uma condição assintomática e em casos graves, o paciente pode apresentar dor abdominal, perda de peso, desnutrição, desidratação e anorexia^(4,15). A relação entre a epidemiologia, os sintomas da paciente e o episódio de êmese com eliminação de helminto corroboraram para que a principal hipótese diagnóstica inicial fosse infecção e obstrução intestinal por *Ascaris lumbricoides*.

O diagnóstico da ascaridíase baseia-se na avaliação clínica e em exames complementares, sendo o parasitológico de fezes o principal método confirmatório. Alterações laboratoriais como anemia e leucocitose podem ocorrer, mas são inespecíficos. Embora a TC de abdome com contraste não seja o

exame padrão-ouro para o diagnóstico de ascaridíase, apresenta alta sensibilidade e especificidade para identificação de obstrução intestinal no geral⁽¹⁶⁾. Na ocorrência relatada, realizou-se a TC de abdome com contraste para identificar o possível fator de obstrução. Como não foi possível afirmar, pelo estudo tomográfico, a natureza da massa de obstrução, manteve-se a hipótese de oclusão por ascaridíase até a intervenção cirúrgica, que diagnosticou a obstrução por um tricobezoar.

Descritos pela primeira vez em 1854 pelo anatomista Richard Quain, os bezoares são agregados intraluminais de materiais indigeríveis. A incidência dos bezoares é variável, mas é amplamente aceito tratar-se de uma entidade rara. Pode acometer qualquer segmento do trato gastrointestinal, mas o estômago é o órgão mais afetado⁽⁶⁾. Ao contrário da literatura evidenciada, a paciente do caso apresentou um bezoar no intestino delgado.

A classificação dos bezoares ocorre de acordo com o material que o forma, sendo o tricobezoar composto por pelos e cabelos⁽⁶⁾. Na população pediátrica, a incidência do tricobezoar é menos de 1% dos casos, sendo mais comum no sexo feminino e associado com doenças psiquiátricas. A maioria dos pacientes é assintomático, entretanto as manifestações clínicas, quando presentes, são inespecíficas, como dor abdominal crônica, vômitos, anorexia, perda de peso e anemia⁽¹⁷⁾. O caso descrito concorda com o perfil epidemiológico e com a clínica evidenciada na literatura.

A ocorrência do tricobezoar está associada à tricotilomania, transtorno caracterizado pela necessidade compulsiva de arrancar os próprios cabelos, e à tricofagia, que consiste na ingestão desses fios. Embora esses comportamentos sejam comuns em pacientes com tricobezoar sintomático, os tricobezoares gástricos representam apenas cerca de 0,5% dos casos entre indivíduos que apresentam esses distúrbios. O histórico dessas condições costuma ser omitido pelos pacientes, o que dificulta o diagnóstico e o reconhecimento das complicações decorrentes do tricobezoar⁽¹⁷⁾. O caso relatado corrobora com o estudo mostrado tendo em vista que, somente após a intervenção cirúrgica, foi confirmado o histórico de tricofagia da paciente.

A confirmação diagnóstica do tricobezoar ocorre por meio de exames de imagem, sendo a endoscopia digestiva alta (EDA) o exame padrão-ouro⁽¹⁸⁾, embora sua avaliação se restrinja ao trato gastrointestinal superior⁽⁶⁾. A radiografia simples de abdome é útil para detectar sinais de obstrução intestinal, porém raramente é capaz de identificar o tricobezoar como a etiologia da obstrução. A TC com contraste é o método radiológico de maior acurácia, permitindo estabelecer o tamanho e a localização da obstrução, além de excluir diagnósticos diferenciais⁽¹⁹⁾. Na TC, o tricobezoar apresenta-se como uma massa heterogênea intraluminal com áreas gás intercaladas⁽¹⁸⁾. O caso descrito diverge da literatura por não ter sido possível realizar o diagnóstico de tricobezoar por meio do exame de imagem.

Em caso de obstrução intestinal por tricobezoar, a abordagem terapêutica deve ser a realização da descompressão gástrica e intestinal associada à reposição de fluídos e eletrólitos, seguida da remoção do tricobezoar⁽⁶⁾. Em alguns casos, pode-se tentar a remoção por via endoscópica, no entanto é uma abordagem que apresenta baixa taxa de sucesso. No geral, é necessária intervenção cirúrgica, que pode ser a laparotomia ou a laparoscopia. Embora a laparoscopia seja uma alternativa terapêutica com

menor taxa de complicações, é geralmente convertida em laparotomia, que já se mostrou ser 100% eficaz na remoção dos tricobezoares⁽¹⁸⁾. O tratamento realizado no caso relatado está em consonância com o que é preconizado na literatura, uma vez que foi realizado as medidas de suporte associadas a uma laparotomia, com a peculiaridade de que o procedimento cirúrgico apresentou caráter diagnóstico e terapêutico.

Um aspecto relevante é a necessidade da prevenção secundária voltada para o fator psicológico da formação do tricobezoar. Devido a raridade dessa condição, não existe um protocolo terapêutico concreto após a remoção do tricobezoar. Entende-se que a abordagem psicoterapêutica focada nos transtornos de tricotilomania e tricofagia é essencial para evitar a recorrência dos tricobezoares⁽²⁰⁾. A paciente descrita no caso iniciou acompanhamento psicológico após a alta hospitalar, apresentando evolução favorável com significativa melhora do quadro de tricofagia.

CONCLUSÃO

O presente estudo revela uma condição rara de obstrução intestinal na faixa etária pediátrica, tratada com sucesso por meio de abordagem cirúrgica associada à intervenção psicoterapêutica pós-operatória. O caso evidencia a importância da suspeição clínica diante de quadros de obstrução intestinal, sobretudo quando a sobreposição de sinais e sintomas pode levar a hipóteses diagnósticas iniciais conflitantes.

REFERÊNCIAS

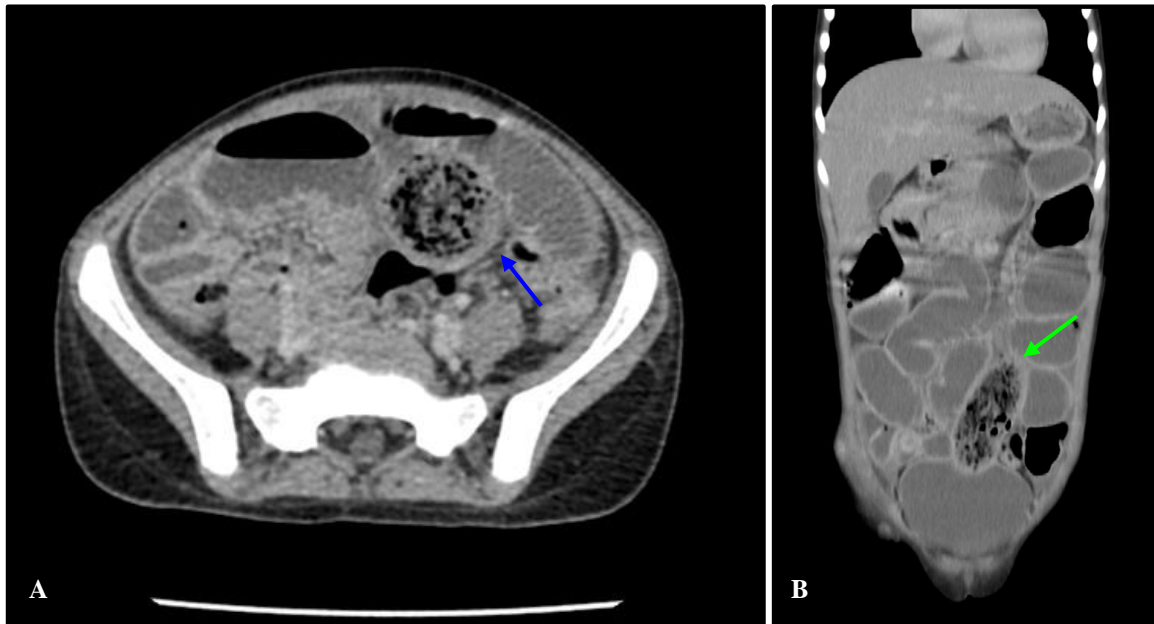
1. Smith DA, Kashyap S, Nehring SM. **Intestinal obstruction. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan [updated 2023 Jul 31; cited 2025 Oct 31].**
2. Liu M, Cheng F, Liu X, Zheng B, Wang F, Qin C, Ding G, Fu T, Geng L. **Diagnosis and surgical management strategy for pediatric small bowel obstruction: Experience from a single medical center.** Front Surg. 2023 Feb 21;10:1043470.
3. Yadav KK, Ghimire R, Subedi S, Kandel K, Yadav RK, Ghimire B, Shah JK. **Radiolucent foreign body leading to complete small bowel obstruction: a diagnostic dilemma - a case report.** Ann Med Surg (Lond). 2023 Oct 2;85(12):6144-6147.
4. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamentos Científicos de Gastroenterologia e Infectologia. **Parasitoses intestinais: diagnóstico e tratamento – Guia Prático de Atualização.** 2019-2021.
5. Ali AY, Mohamed Abdi A, Mambet E. **Small bowel obstruction caused by massive ascariasis: two case reports.** Ann Med Surg (Lond). 2023 Feb 6;85(3):486-489.
6. Paschos KA, Chatzigeorgiadis A. **Pathophysiological and clinical aspects of the diagnosis and treatment of bezoars.** Ann Gastroenterol. 2019;32(3):224-232.

7. Powell SD, Pereira N. **Bezoars: Culprits of gastrointestinal obstruction that may lead to surgical intervention and potentially surgical complications.** Clin Case Rep. 2023 Dec 5;11(12):e8126.
8. Abreu M. **Tricobezoar: um caso raro de formação isolada em intestino delgado, na região de íleo distal.** Relato de caso na cirurgia pediátrica. J Pediatr (Rio J). 2019;80(3):200-203.
9. Soares TMFG, Brugnera A, Gonçalves RG, Rodrigues LCF, Oliveira VE. **Perfuração gástrica secundária a tricobezoar gigante: descrição de caso e revisão da literatura.** Arco Saúde. 2024 Jul 22 [cited 2025 Sep 2];5(3):e1839.
10. Tadeu C, Matos S, Souza NB, Atenas F. **Abdome agudo no departamento de emergência: uma revisão.** Brasília Med. 2022;59(Anual):1-10.
11. Almalki FG, Alqarni NQ, Althagafi MS, Al Eid AS, Badri ZA, Alzahrani MI, Altirkistani BA, AbuGhasham AH, Alhnaidi MA. **Assessment of Acute Abdominal Pain in Children Presenting to the Emergency Department: A Retrospective Observational Study.** Cureus. 2025 Jun 13;17(6):e85914.
12. Almeida LFR, Machado IR, Fulgêncio TS, Freitas VA, Souza TC. **Obstrução intestinal em pacientes pediátricos: manifestações clínicas, conduta cirúrgica e desfechos.** Rev Iberoam Humanid Cienc Educ. 2024;10(7):552-562.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia Prático para o Controle das Geo-helmintíases.** Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
14. Siviero I, de Almeida UVB, Penna CRR, Di Puglia EBM, Simões BCB. **Abdominal complications of ascariasis in childhood.** J Pediatr (Rio J). 2024 Sep-Oct;100(5):460-467.
15. Supangat S, Tohari AI, Aisy R, Hidayat MRF, Nugraha MY, Athoillah N, Suciwiayati NI, Shodikin MA, Armiyanti Y. **Intestinal obstruction due to Ascaris lumbricoides in child: a case report.** J Med Case Rep. 2025 Apr 10;19(1):171.
16. Cardoso MRR, Sameshima YT, Del Campo Braojos Braga F, Gual F, Fernandes-Ferreira R, Souza AS. **Multimodality imaging of pediatric ascariasis.** Pediatr Radiol. 2025;55(1):128-135.
17. Kaba M, Karadağ ÇA, Sever N, Ser İ, Demir M, Yıldız A, Usta AM. **A rare cause of intestinal obstruction in children trichobezoar: How to diagnose? Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.** 2023 Oct 27;29(11):1288-1295.
18. Marginean CO, Melit LE, Sasaran MO, Marginean R, Derzsi Z. **Rapunzel Syndrome-An Extremely Rare Cause of Digestive Symptoms in Children: A Case Report and a Review of the Literature.** Front Pediatr. 2021 Jun 9;9:684379.

19. Kyin C, Patel P, Casas-Melley A, Abdalla WM, Westmoreland T. **Acute Case of Trichobezoar Diagnosed From Computed Tomography and 3D Images: Rapunzel Syndrome Re-examined.** Cureus. 2023 Feb 28;15(2):e35597.
20. Kwok AMF. **Trichobezoar as a cause of pediatric acute small bowel obstruction.** Clin Case Rep. 2019 Dec 18;8(1):166-170.

FIGURAS

Figura 1. **A.** Tomografia computadorizada com contraste em corte axial, evidenciando nível hidroaéreo e possível fator obstrutivo (*seta azul*). **B.** Tomografia computadorizada com contraste em corte coronal, mostrando distensão acentuada das alças de intestino delgado e possível fator obstrutivo (*seta verde*).



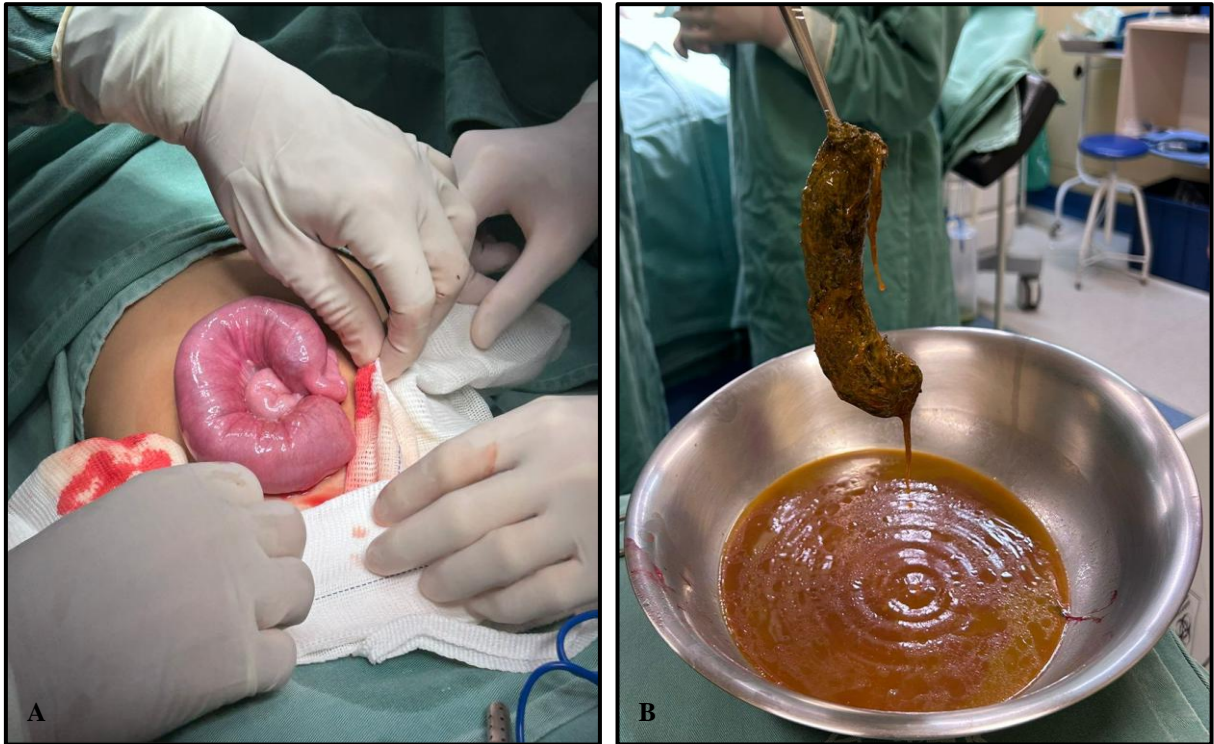
Fonte: Acervo dos autores.

Figura 2. Radiografia de abdome evidenciando distensão gasosa das alças intestinais.



Fonte: Acervo dos autores.

Figura 3. A. Procedimento cirúrgico. **B.** Tricobezoar retirado após enterotomia.



Fonte: Acervo dos autores.