

### **(21339) - OCLUSÃO INTESTINAL POR BEZOAR: RELATO DE UM CASO**

Rita Marques<sup>1</sup>; Ricardo Vaz Pereira<sup>1</sup>; Carolina Marques<sup>1</sup>; Margarida Dupont<sup>1</sup>; Juliana Ribeiro<sup>1</sup>; Cátia Ferreira<sup>1</sup>; Artur Ribeiro<sup>1</sup>; Paulo Jorge Sousa<sup>1</sup>; João Pinto-De-Sousa<sup>1</sup>; Clara Leal<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Introdução:** A oclusão do intestino delgado (ID) é responsável por cerca de 2-4% das admissões na urgência por dor abdominal. Cerca de 20-30% dos casos necessitará de cirurgia. A principal causa de oclusão do ID são as aderências intraperitoneais. Uma causa incomum é a oclusão por bezoares (até 4%), que consistem em conglomerados de conteúdo ingerido de difícil digestão, que se acumulam no trato gastrointestinal. Os bezoares são classificados em quatro tipos principais, conforme a sua constituição: fito, trico, lacto ou farmacobezoares. A clínica é caracterizada pelos sintomas de oclusão intestinal com dor e distensão abdominal, vômitos e paragem de emissão de fezes. Os bezoares que causam oclusão intestinal frequentemente estão localizados no íleo terminal, requerendo intervenção cirúrgica. O objetivo do tratamento é extrair os corpos estranhos e prevenir nova impactação.

**Objetivo:** O objetivo deste trabalho é partilhar um caso de um doente com oclusão intestinal por bezoar.

**Resumo do Caso:** Homem de 65 anos, nacionalidade chinesa, com antecedentes médicos de diabetes *mellitus*, litíase renal e dislipidemia, e sem antecedentes de cirurgia abdominal. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor e distensão abdominal, intolerância alimentar e paragem de emissão de fezes e gases com 3 dias de evolução. Associadamente, com história de ingestão de bambu malcozinhado. Ao exame objetivo, apresentava o abdómen distendido, com ruídos hidroaéreos presentes, de timbre metaloide. Timpanismo generalizado, com dor à palpação profunda difusa, sem sinais de irritação peritoneal. Iniciado tratamento com analgesia, procinéticos, entubação gástrica e fluídos. Radiografia simples do abdómen com níveis hidroaéreos e

corpos estranhos no quadrante inferior direito. Tomografia axial computadorizada (TAC) abdominal e pélvica com evidência de espessamento parietal do íleo terminal, com distensão de todo o delgado a montante e fecalização do íleo distal, com suspeita de oclusão por impactação alimentar a nível da válvula ileocecal. O doente foi submetido a laparotomia exploradora e enterotomia da última ansa ileal, com extração de corpos estranhos compatíveis com fitobezoares. Período pós-operatório complicado por deiscência da enterorrafia e necessidade de revisão cirúrgica.

**Relevância:** O diagnóstico de oclusão intestinal por bezoares é desafiante tanto pela sua raridade como pelo facto dos doentes, frequentemente, não relacionarem os eventos precedentes com o episódio de oclusão. É importante considerar esta hipótese no diagnóstico diferencial, dado que pode estar associada a complicações como perfuração, hemorragia ou fistulização. A localização e as características do bezoar devem ser consideradas na escolha do procedimento cirúrgico.

**Palavras-chave :** oclusão intestinal, intestino delgado, bezoares