

CC359

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE.  
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA.  
DISCIPLINA DE TÉCNICA OPERATÓRIA E CIRURGIA EXPERIMENTAL.

CORPO ESTRANHO NO TUBO DIGESTIVO  
POR INGESTÃO ACIDENTAL OU PROPOSITAL

ALUNO: ANDRÉ LUIS TEIXEIRA DE S. THIAGO

Trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Medicina.

junho 95

Orientador: Prof. Armando José d' Acampora, MD.

1995.

**CORPO ESTRANHO NO TUBO DIGESTIVO  
POR INGESTÃO ACIDENTAL OU PROPOSITAL**

**Autor: André Luis Teixeira de S. Thiago**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

## **RESUMO**

O autor mostra 7 casos de CORPOS ESTRANHOS, deglutidos acidental ou propositadamente, cujas repercussões foram variadas, assim como a ocorrência do tipo de CORPO ESTRANHO nos pacientes estudados ( espinha de peixe, ossos de galinha, agulha, dois pedaços de ferro, palito de madeira, prótese dentária e prego).

Quatro pacientes foram submetidos a laparotomia, dois a retirada sob visão direta por via baixa e um a acompanhamento radiológico até a eliminação natural do CORPO ESTRANHO.

Os casos serão discutidos quanto ao manejo diagnóstico-terapêutico, baseado nos artigos revistos.

## INTRODUÇÃO:

Denomina-se CORPO ESTRANHO (CE) no tubo digestivo, todo elemento proveniente do exterior, ou do próprio paciente, que possa, por si só, perturbar o trânsito intestinal <sup>(8)</sup>.

O acesso do CE, proveniente do exterior, ao tubo digestivo, ocorre mais comumente por ingestão, embora possa ocorrer através de outras formas: instrumentação terapêutica ou diagnóstica, erosão ou entrada à partir de ferimentos adjacentes, agressão ou acidental, etc... <sup>(4,12)</sup>.

Nos Estados Unidos da América, a ingestão de CE apresenta incidência de 120/1.000.000, e suas complicações são responsáveis por aproximadamente 1.500 mortes/ano <sup>(7)</sup>.

Existem grupos na população que apresentam maior risco de ingerir CE: crianças (principalmente menor de 4 anos), alcoolistas, edêntulos com uso de próteses, epiléticos, suicidas, pacientes com distúrbios psiquiátricos e portadores de qualquer patologia que altere a motilidade e/ou o diâmetro esofágico <sup>(1,8, 11,15,18)</sup>.

De acordo com a morfologia, os CE ingeridos podem ser divididos em <sup>(5,10)</sup>:

- arredondados ou prismáticos: moeda, pedaço de carne, bolinha de gude, botão de camisa, etc...;
- ponteados: espinha de peixe, osso de galinha, prego, alfinete, grampo, etc...;
- alongados e finos: parafuso, corrente metálica, pino, etc...;

Em um estudo realizado, em crianças e adultos, encontrou-se, ao diagnóstico, as seguintes localizações de CE no tubo digestivo <sup>(10)</sup>:

- 0,24% no esôfago;
- 64% no estômago;
- 29,5% nos intestinos delgado e grosso;
- 6,15% no reto e sigmóide.

Dos CE que adentram o esôfago, mais ou menos 90%, percorrem sem problemas todo o tubo digestivo. <sup>(11)</sup>

Aproximadamente 10% dos CE ingeridos impactam-se na árvore brônquica <sup>(4)</sup>.

Observa-se que os locais mais comuns de impactação de CE no tubo digestivo são <sup>(6,18)</sup>:

sta fo -  
Rads  
contato

- o esôfago e seus estreitamentos fisiológicos (principalmente na junção entre as musculaturas lisa e estriada).  
Na criança tem maior frequência por ser de calibre menor;

- o piloro;
- ângulo duodeno-jejunal;
- válvula íleo-cecal;
- apêndice vermiforme;
- divertículos.

como: (17,03,14)

Podem ocorrer complicações decorrentes da ingestão de CE, tais

- perfuração (mais freqüente no intestino delgado);
- obstrução;
- hemorragia por erosão de parede;
- peritonite local e difusa;
- obstrução por granuloma;
- intoxicação por material degradado.

À seguir, sete casos de ingestão de CE atendidos em nosso meio, serão descritos e discutidos quanto à conduta realizada, à luz da bibliografia consultada.

## DESCRIÇÃO DOS CASOS:

CASO 1. L.C.M., masculino, branco, 33 anos, solteiro, motorista.

Deu entrada nos Hospital de Florianópolis, com quadro de abdome agudo inflamatório, com abdome em tábua.

Dos antecedentes, era alcoolista.

Realizado rotina para abdome agudo, apresentou ao hemograma, uma leucocitose acentuada com desvio importante para a esquerda. Amilase era normal. Ao raio X de abdome, apresentava apagamento do psoas à direita.

Foi indicada a laparotomia com o diagnóstico de úlcera peptica perfurada.

Realizada a laparotomia, foi encontrado uma peritonite difusa, com secreção abdominal esverdeada, purulenta e fétida. No inventário da cavidade, notamos uma massa arredondada, localizada no grande epíplio, com 8 centímetros de diâmetro, próximo ao ângulo hepático do colo.

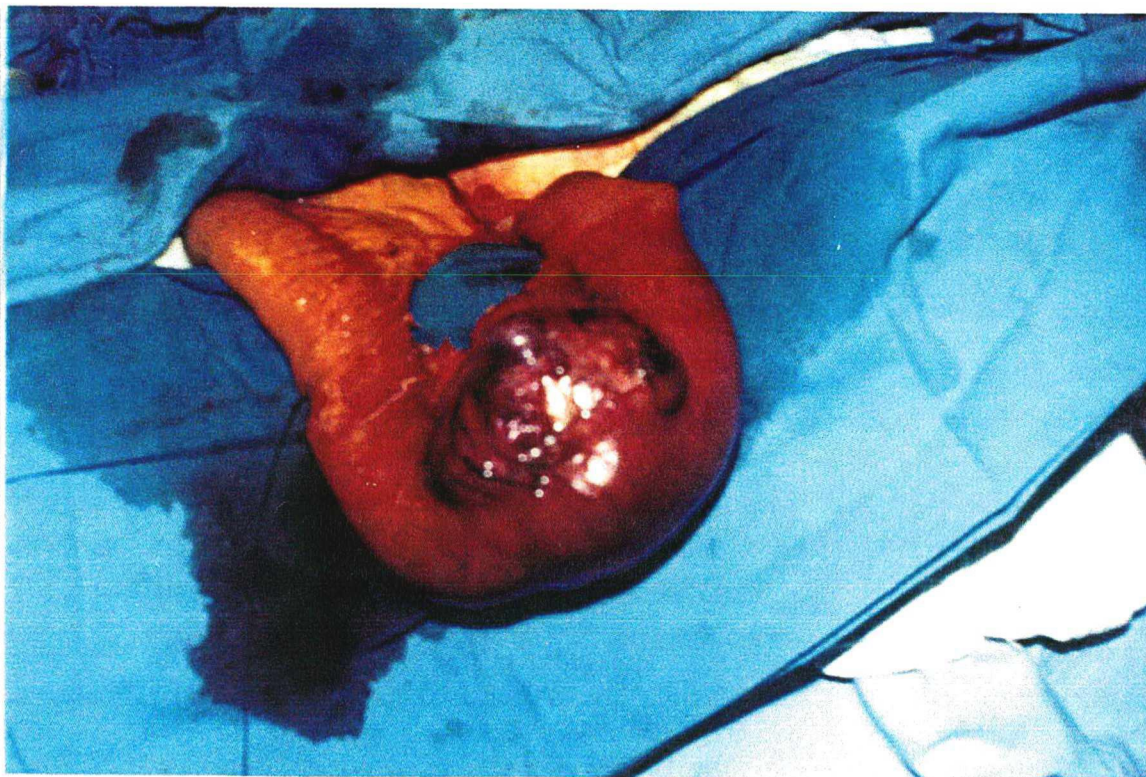
Feita a exérese da massa e lavada a cavidade exaustivamente, nada mais se achou na mesma.

Ao abriremos a massa, finda a cirurgia, deparamo-nos com um corpo estranho, ( espinha de peixe ), no interior da massa, totalmente recoberto por secreção purulenta e incluído dentro do epíplio. ( fig 1)

Diagnóstico histopatológico: peritonite , conseqüente a perfuração intestinal por corpo estranho ( espinha de peixe).

O paciente evoluiu satisfatoriamente, obtendo alta no 12º. dia pós-operatório.

FIGURA 1. MASSA NO INTERIOR DA QUAL ESTAVA A ESPINHA DE PEIXE.



O desenho e utz aujado. como deq  
meso do colo?

Redundâncias  
de sutura

CASO 2. J.N.C., 57 anos, feminino, do lar, natural e procedente de Florianópolis

A paciente queixava-se de dor abdominal em cólica, na fossa ilíaca esquerda, com perda de 15 kilogramas em 6 meses. Realizado o clister opaco, surgiu uma massa localizada no sigmóide médio, com alteração da mucosa e aspecto de anel de guardanapo.

A paciente internou com clínica de suboclusão intestinal, e foi levada a laparotomia com o diagnóstico de oclusão intestinal por neoplasia.

A laparotomia, apresentava como alteração, uma massa localizada no sigmóide médio, com aderência da trompa esquerda, adenomegalia de mesosigmóide, sem qualquer outra anormalidade intracavitária.

Ao realizarmos o descolamento da trompa da alça intestinal, houve a liberação de um corpo estranho e material fecal do interior da alça. Realizamos a ressecção segmentar do sigmóide, com sutura término-terminal em plano único.

Ao abriremos o segmento ressecado, finda a cirurgia, observamos um divertículo perfurado, por onde saía o corpo estranho, então identificado como um segmento ósseo de ave.

A paciente evoluiu com fistula estercoral que fechou espontaneamente em 3 semanas.

CASO 3. K.C. 24 anos, sexo feminino, casada, comerciante, com queixas de dor abdominal na fossa ilíaca direita, de média intensidade, com 3 dias de evolução.

Ao ser atendida, houve a suspeita de apendicite aguda e o colega solicitou um raio X simples de abdome. Ao raio X, notamos um corpo estranho radioopaco que assemelhava-se a uma agulha de costurar, localizada na topografia do ceco.

Optamos então por aguardar 24 horas e refazer o estudo radiológico da paciente. Neste estudo notamos que a agulha havia se movido e estava na topografia do colo transverso.

Como conduta optamos por fazer uma colonoscopia, quando localizamos o corpo estranho ao nível de 1/3 proximal do colo transverso, e de onde o retiramos com uma pinça de corpo estranho.

FIGURA 2. RAIOS X DE ABDOME MOSTRANDO A PRESENÇA DA AGULHA DENTRO DO INTESTINO GROSSO.





CASO 4. E. B. V., 30 anos, masculino, solteiro, pedreiro, com história de ter engolido propositalmente 2 pedaços de ferro ha 2 dias, permanecendo com dor abdominal intensa em todo o abdome.

Ao exame na admissão, apresentava de positivo, dor intensa a palpação superficial e profunda do abdome.

Na rotina de abdome agudo, notamos hemograma dentro dos limites da normalidade e ao raio X simples de abdome, apresentava 2 corpos estranhos na topografia gastroduodenal. Indicamos a laparotomia por perfuração de víscera ôca.

O achado cirúrgico, foi de perfuração da 2ª e 3ª porções do duodeno por corpo estranho ( 2 pedaços de ferro de construção civil) e ascaridíase de jejuno.

A conduta foi exérese do corpo estranho por duodenostomia com retirada de dois pedaços de ferro de construção civil, e rafia da duodenostomia com drenagem. Havia um corpo estranho no estômago o que foi retirado por gastrotomia.

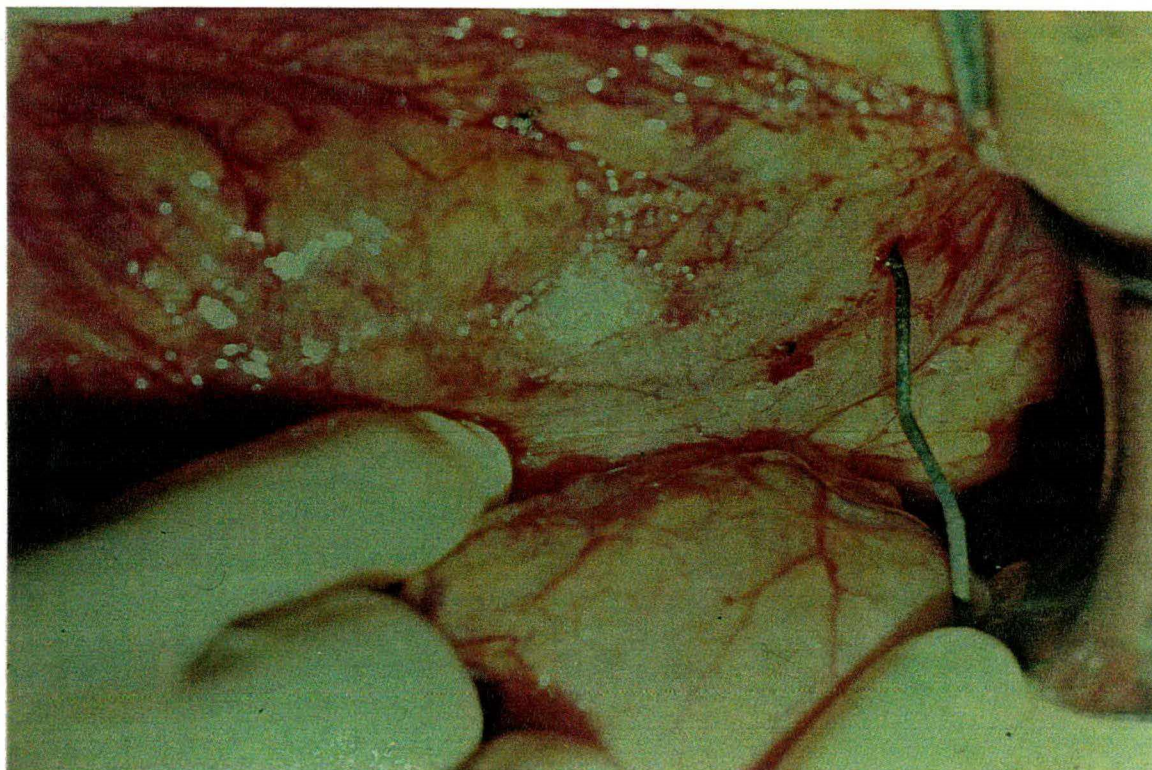
Realizado rafia do estômago e duodeno em plano único, com vycril 3 zeros. A evolução foi boa e o paciente teve alta em 8 dias.

FIGURA 3. RAIOS X DE ABDOME MOSTRANDO CORPO ESTRANHO RADIOOPACO NO INTERIOR DA CAVIDADE ABDOMINAL ( DUODENO ).



30 27 do  
deu do e do  
a cirurgia

FIGURA 4. ATO OPERATÓRIO MOSTRANDO O CORPO ESTRANHO ( ARAME ) SAINDO POR ORIFÍCIO SITUADO NO E DUODENO.



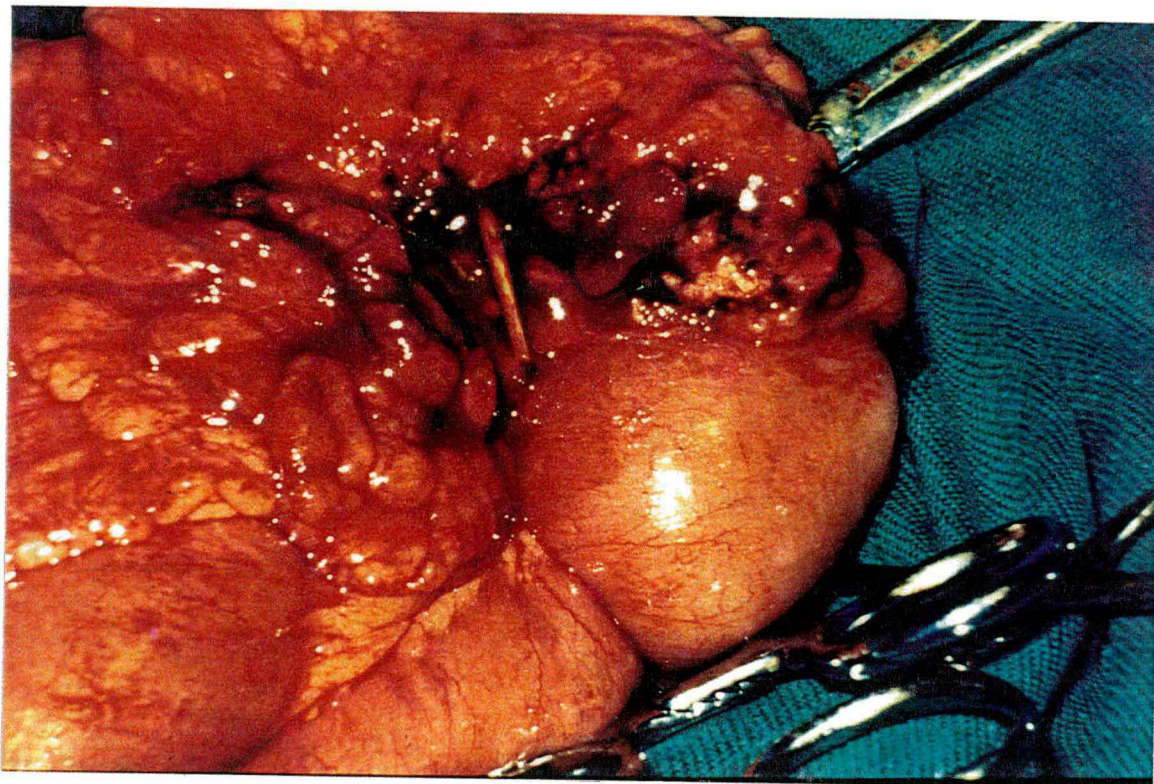
CASO 5. C.G.J., 66 anos, masculino, lavrador, queixava-se de dor infraumbelical contínua que vinha aumentando de intensidade há alguns dias.

Exacerbava-se com a movimentação, principalmente a mudança de decúbito. Constipação intestinal há 8 dias. Astenia. Anorexia. Emagrecimento. Cefaléia e calafrios quando a dor se tornava intensa.

Ao Exame de admissão, havia defesa abdominal sem BLUMBERG. Massa palpável infraumbelical de aproximadamente 10 cm de diametro. Foi realizado clister opaco na suspeita de diverticulite do colo sigmóide, o que não foi confirmado.

Demais exames dentro da normalidade, apresentando uma leucocitose com desvio para a esquerda ao hemograma. Exame ultrassonográfico abdominal mostrava massa hipogástrica sólida. Levado a laparotomia, notamos um palito de madeira fora da alça intestinal, com bloqueio de epiplo e alças delgadas, onde houve necessidade de enterectomia de 15 cm de extensão com anastomose término-terminal em 1 plano com ácido poliglicólico 3 zeros. Como complicação apresentou no pós-operatório, abscesso de parede.

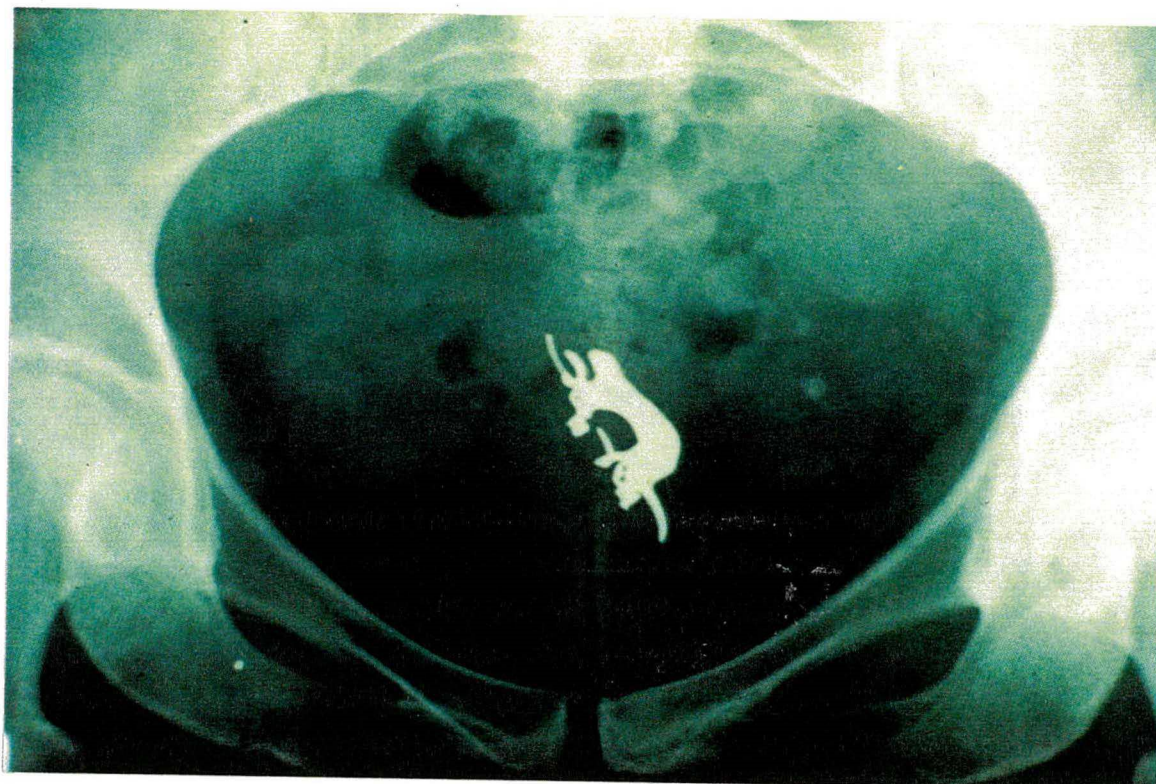
FIGURA 5. PEÇA OPERATÓRIA MOSTRANDO PALITO DE MADEIRA DENTRO DA VÍSCERA.



date?

CASO 6. E. P. M., 65 anos, feminina, deglutiu prótese dentária durante a refeição. Foi acompanhada radiologicamente até impactar-se em cripta anal, quando então foi retirado por via baixa.

FIGURA 6. RAIOS X DE ABDOME MOSTRANDO PRÓTESE ENCRAVADA NA CRIPTA ANAL.



data?

CASO 7. J.D.L.P., 24 anos, masculino, branco, carpinteiro, deglutiu um prego que estava em sua boca durante o trabalho.

Acompanhamento até a saída do material deglutido.

## DISCUSSÃO:

Dentro da conduta diagnóstico-terapêutica, a história relatada pelo paciente, ou por acompanhantes, pode nos trazer informações acerca das características do CE que possa ter adentrado o tubo digestivo. <sup>(8)</sup>

Assim pode-se supor o comportamento do CE após ter sido ingerido. As espinhas de peixe (vg.), geralmente, impactam-se em orofaringe; os ossos de galinha, na hipofaringe e esôfago; pedaços de carne, no esôfago cervical; moedas, em hipofaringe e esôfago; etc... <sup>(8)</sup>

Pelo quadro de sinais e sintomas, pode-se ter uma idéia sobre a localização do CE <sup>(8)</sup>:

- no tracto gastro-intestinal-alto: disfagia, odinofagia, sialorréia, dor retro-esternal, sensação de CE no esôfago;

- no aparelho respiratório: estridor laringeo, dispnéia pelo CE ou suas complicações;

- perfuração faringo-esofagiana: tumefação cervical, enfisema sub-cutâneo, hipertermia e leucocitose;

- abdominal: geralmente assintomático. Pode manifestar-se através das complicações.

De acordo com nosso ponto de vista, a investigação diagnóstica, seja por raio X, ou Endoscopia Digestiva Alta, deve estar relacionada com a topografia da sintomatologia do paciente. Entretanto, existem serviços que ante a suspeita de ingestão de CE, realizam a seguinte rotina de investigação: exame radiológico simples em PA e perfil de pescoço, tórax e abdome <sup>(2,8)</sup>. Posteriormente realizam EDA com fins diagnóstico e sempre que possível terapêutico <sup>(8)</sup>. Quando a EDA não detecta o CE, mas visualiza uma laceração de mucosa ou edema, suspeita-se de migração extra-luminal. Neste caso, indica-se antibiótico-terapia profilática e investigação por USG ou TC <sup>(9,13)</sup>. Alguns autores indicam a realização de exame radiológico contrastado de esôfago, para poder evidenciar uma perfuração <sup>(1,8)</sup>.

No caso 1, o paciente não referia história de ingestão de CE, e ao raio x de abdome de rotina para abdome agudo, não foi visualizado CE, acontecendo o mesmo, com os pacientes dos casos 2 e 5. Desta forma, os diagnósticos ocorreram somente por achado cirúrgico.

*isto só pode ser dito pelo autor, com notório saber e baseado em trabalho já lido*

*foze do tema Título: tubo dig*

*tem q. dar a bibliografia*

Em casos onde a colheita da história é dificultada (crianças, doentes mentais, alcoolistas, perda de memória, etc...), ou os objetos ingeridos são radiotransparentes, a possibilidade de se diagnosticar precocemente a ingestão de CE, torna-se menor <sup>(7,18)</sup>.

Portanto a conduta nesses três casos ocorreram de acordo com seus quadros sindrômicos e a laparotomia é que possibilitou o diagnóstico definitivo.

Já no caso 4, tanto a história, quanto o exame radiológico, induziram ao diagnóstico causal do quadro clínico do paciente. Entretanto, o que levou o paciente a procurar o auxílio médico, decorreu de complicações do CE que determinaram uma abordagem terapêutica mais agressiva.

A paciente do caso 3, por sua vez, não referiu ingestão de CE, mas na investigação de seu quadro clínico, encontrou-se um CE radiopaco projetando-se na topografia do ceco. A conduta inicial expectante está de acordo com a encontrada na literatura <sup>(7)</sup>. Com o deslocamento do CE, facilitou-se o acesso endoscópico intestinal baixo e a sua retirada foi determinada, eliminando-se o risco de complicações.

Os dois últimos casos tiveram seus cursos acompanhados radiologicamente. Um deles, até sua eliminação natural pelo tubo digestivo. Ao diagnóstico, seus corpos estranhos estavam ao alcance endoscópico e por serem ponteados, a literatura recomenda que se realize a sua retirada endoscópica ou cirúrgica, devido ao risco de perfuração <sup>(8)</sup>. Optou-se por conduta expectante, aguardando-se por eventual quadro de complicação para então realizar-se terapêutica mais agressiva.

*Estadística vem to frequência Medizes Regua.*

Defendemos como conduta terapêutica ideal, em ingestão de CE, na ausência de impactação ou complicações, a do tipo expectante, com acompanhamento clínico e/ou radiológico (quando CE radiopaco) adequados. Conduta mais intervencionista, dependerá do quadro evolutivo do paciente.

Sabe-se que, em média, um CE leva, mais ou menos, 5 dias para ser eliminado naturalmente pelo tubo digestivo <sup>(10)</sup>.

*quem? pois tem dado bibliografico*

Defende-se terapêutica cirúrgica, se o CE levar mais de 30 dias para ser eliminado, ou impactar-se num mesmo local por mais de 10 dias <sup>(18)</sup>.

Deve-se saber que algumas vezes, a impactação de CE pode revelar patologias intra-luminais até então silenciosas, principalmente em esôfago <sup>(16,18)</sup>.

Estima-se em 50%, o índice de comprovação dos relatos de ingestão de CE, seja por eliminação natural ou exames complementares <sup>(10)</sup>.

Por outro lado, o risco de impactação de CE está aumentado naqueles indivíduos que se submeteram à cirurgia abdominal no passado <sup>(11)</sup>.

nas cabe peis o trabalho e Mcorpo e trechos diflutidos

Deve-se lembrar, que na maioria das vezes, o CE na cavidade abdominal decorre da presença de compressa e gaze em laparotomia <sup>(14)</sup>.

Semelhante ao ocorrido em alguns de nossos casos, a ingesta de CE pode, após a perfuração do tubo digestivo, apresentar diferentes quadros clínicos, de acordo com a reação desencadeada no hospedeiro <sup>(13)</sup>. Após a entrada do CE na cavidade abdominal, geralmente ocorrem dois tipos de reações: uma que produzirá aderência e encapsulamento do CE; outra, exsudativa, responsável pelo aparecimento de abscesso e fistulização. Os CE intra-cavitários, podem assumir formas clínicas variadas: assintomaticos, pseudo-tumorais, suboclusivas, oclusivas e infecciosas <sup>(13)</sup>.



## COMENTÁRIOS:

*nel pode ser dito.*

Percebe-se, que em nosso meio, a conduta básica nos relatos de ingestão de CE, fundamenta-se em evidências clínicas decorrentes do trânsito do CE ou de suas complicações. Não se realizam rotinas diagnóstico - terapêuticas prè-determinadas, como observa-se em outros serviços.

*Na época nel havia TC etc... - Levantou médicos. Casos antigos*

Deve-se ter em mente que apesar do baixo índice de complicações, a ingestão de CE pode levar a complicações de grande morbi - mortalidade, tais como perfuração faringo - esofageana. Sabidamente, esta é a mais séria e rapidamente fatal perfuração do tracto gastro - intestinal. <sup>(6,9)</sup>

## **SUMMARY**

The autor shows 7 cases of foreign bodies, acidental or propositally ingested, whose repercussions were varied, as well as the type of foreing body ingested in the studied patients ( fishbone, chicken bone, needle, two iron pieces, wood stick, dental protesís and a nail).

Four patients, were submitted to laparotomy, in two patients, the removal were under direct vision and in one patient the foreign body was radiographically observed until its natural elimination. *edouard*

The cases will be discussed in respect of diaginosis and management based on review of literature

## REFERÊNCIAS:

1. AL-QUDAH, A. - An unusual esophageal foreign body perforation - a case report and review of the literature. *Thorac Cardiovasc Surgeon*, 39(2): 102-104, 1991.
2. BURTA, D.; FAGANELLO, C.; MERCADE, J. C.; ROJO, S. G.; SIEGRIST, G.; FUENZALIDA, H. - Traumatismos de recto por cuerpos extraños. *Prensa Méd. Argent.*, 73(10): 422-423, 1986.
3. CUERVO M.R.; CAMARGO J.N.; URRUTIA, E.; HINESTROZA, L.; UZCÁTEGUI, R. A. - Cuerpos extraños en vías aéreas y esófago. *Revista Venezolana de Cirugía*, 40(3):170-6, 1987.
4. d'ACAMPORA, A. J.; FELÍCIO, F.; SANTOS, J. M.; FABIANI, C. F.; BALDESSAR, M. Z. - Corpo estranho de colo, reto e ânus. *Arq. Cat. Med.*, 17(1):23-27, 1988.
5. ESPINAL, R. F.; PAZ, A. P. - Cuerpos extraños en vías digestivas. *Revista Médica Hondureña*, 56(4):269-71, 1988.
6. GIFFONIELLO, A. H.; CENTARTI, J. C.; GARCIA, M. E.; PORTELA, R. - Perforación esofágica por espina de pescado deglutida. *Prensa Méd. Arg.*, 73(12):537-40, 1986.
7. KEITH, M. - Esophageal foreign bodies *American Family Physician*, 44(3):824-831, 1991.
8. MARTINEZ; RAFAEL; VICENTE; FUCCILE - Cuerpos extraños en el tubo digestivo. *Acta Gastroent. Latin.*, 17(3):273-5, 1987.
9. MOCK, M.; LOMBARDO, J. C.; LUQUE, R.; ZAPATEIRO, J. - Cuerpo extraño esofágico con migración extraluminal. *Rev. Med. Caja de Seguro Social*, 20(2):65-68, 1988.
10. MOTTA, V. C.; FORESTI, M.; SAUTE, L.; MARQUES, M. B. - Ingestão de corpo estranho em pediatria. *Med. e Cir.*, 33(1):27-30, 1987.
11. OHRI, S. K.; HUTTON, K. A. R.; WALSH, R.; DESA, L. A.; WOOD, C. B. - Foreign body perforation of the ileum. *Brit. J. Clin. Pract.*, 44(12):647-648, 1990.
12. ORREGO, A. P.; AGUILA, A. F.; OCHARA, V. M. - Urgencias proctológicas por cuerpos extraños en colon y recto. *Cirujano*, 2(2):91-2, 1985.
13. RESENDE, M. S.; GUIMARAENS, M.; OLIVEIRA, E. J. M.; PIRES, J. A. A. - Eliminação espontânea de corpo estranho pelo reto. *Rev. Bras. Colo-Proct.*, 6(1):24-27, 1986.

10/11 net  
+  
casos  
ingeniosos

14. ROCHA, D. C.; COSTA, E. M.; GOMES, J.M. V. M.; CORRÊA, M. I. - Corpo estranho metálico retroperitoneal. *Revista da Imagem*, 9(1):15-16, 1987.
15. SCHACHT, F. C.; PÉREZ-FERNÁNDEZ, L.; SALGADO, A. O. - Cuerpos extraños en vías digestivas en el paciente pediátrico. *Rev. Gastr. del Mexico*, 55(3):131-133, 1990.
16. VELANOVICH, V.; LEDBETTER, D.; MCGAHREN, E.; NUCHTERN, J.; SCHALLER, R. - Foreign bodies within a Meckel's diverticulum. *Arch. Surg.*, 127(7):864, 1992.
17. WAY, L. W.; PELLEGRINI, C. A. - Surgical Diagnosis and Treatment, 9th, p. 419-420, 1991.
18. ZABALA, S.; MIGUELENA, J. M.; INSIGNARES, E.; HORTELLES, J. L.; LAGUENS, G. - Obstrucción intestinal por cuerpo extraño en paciente con neoplasia de colon. *Rev. Esp. Enf. Digest.*, 79(5):359-60, 1991.

**TCC  
UFSC  
CC  
0359**

**N.Cham. TCC UFSC CC 0359**  
**Autor: Thiago, André Luis**  
**Título: Corpo estranho no tubo digestivo**



972816080

Ac. 253181

**Ex.1**

Ex.1 UFSC BSCCSM