

INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO

INGESTION OF FOREIGN BODY

Fernando de Oliveira Souza, TCBC-RS¹
Jeferson Fabiano Aita²
Marcelo Kruel Schmidt³

INTRODUÇÃO

A ingestão de corpos estranhos é uma ocorrência comum na infância ou em adultos que possuam doença psiquiátrica, retardo mental ou que são presidiários.¹ Mais de 80% dos corpos estranhos ingeridos passam através do trato gastrointestinal sem maiores intercorrências, ocasionando apenas graus variáveis de desconforto. As complicações decorrentes da sua ingestão estão ligadas ao tipo de corpo estranho, localização e duração da impactação, sendo que objetos maiores do que 6,5cm e de formato pontiagudo são os mais comumente implicados em perfuração.

Métodos não-endoscópicos de retirada são associados com alto risco de perfuração e aspiração e, geralmente, devem ser evitados. Remoção cirúrgica é raramente indicada, exceto em casos de perfuração ou outras complicações.¹

Objetivamos relatar um caso que foi peculiar na sua forma de apresentação e discutir a conduta tomada nesta paciente.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 20 anos, branca, com história de dor epigástrica e náuseas, relatando ter ingerido uma escova de dentes durante a escovação dentária. Ao exame físico apresentava dor à palpação do epigástrio e ruídos hidroaéreos normais à ausculta do abdome.

Foi solicitado Rx simples do abdome, o qual evidenciou imagem compatível com escova de dentes na transição esofagogástrica. Primeiramente, optou-se pela retirada endoscópica da mesma; não se obtendo sucesso com o uso de endoscópio flexível, a paciente foi submetida a uma esofagoscopia rígida, realizada no segundo dia de internação, a qual não evidenciou a presença de corpo estranho ao nível do esôfago.

Um segundo exame radiológico abdominal mostrou a presença do corpo estranho ao nível do estômago (Figura 1).

Optou-se por uma minilaparotomia com gastrotomia para a retirada do corpo estranho, cuja extremidade distal encontrava-se alojada no piloro (Figura 2). A sutura gástrica foi realizada em dois planos reforçada com omentoplastia. O pós-operatório transcorreu sem complicações, e a alta hospitalar ocorreu 48 horas após o tratamento cirúrgico.

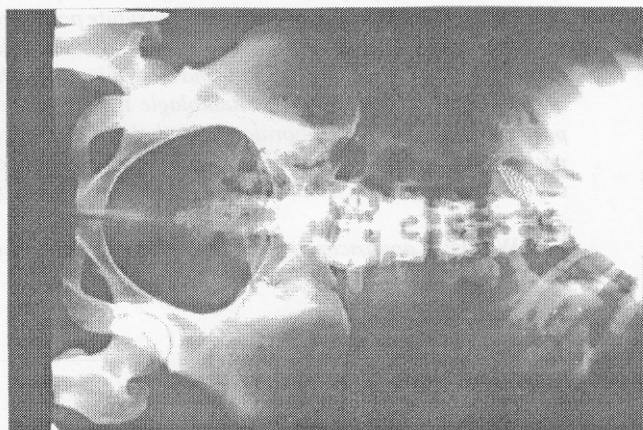


Figura 1 – Rx simples de abdome. Revela presença de corpo estranho (escova de dentes) localizada na topografia de terço distal do estômago

DISCUSSÃO

Dentre os corpos estranhos encontrados no trato gastrointestinal, a maioria é proveniente da ingestão acidental dos mesmos. Aproximadamente 80% dos casos acometem crianças de 1 a 3 anos de idade.²

Embora a grande parte dos objetos ingeridos pelos pacientes passe pelo trato gastrointestinal sem produzir sintoma,² as manifestações clínicas decorrentes da ingestão dos corpos estranhos dependem das suas localizações e da possibilidade

1. Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da UFSM. Chefe do Serviço de Cirurgia do Estômago e Intestino Delgado (SCEID) do HUSM.

2. Residente do Serviço de Cirurgia Geral do HUSM - UFSM - RS

3. Doutorando do Curso de Medicina da UFSM - RS.

Recebido em 5/5/98

Aceito para publicação em 15/7/99

Trabalho realizado no Hospital Universitário de Santa Maria - Serviço de Cirurgia de Estômago e Intestino Delgado (SCEID) - UFSM - RS.

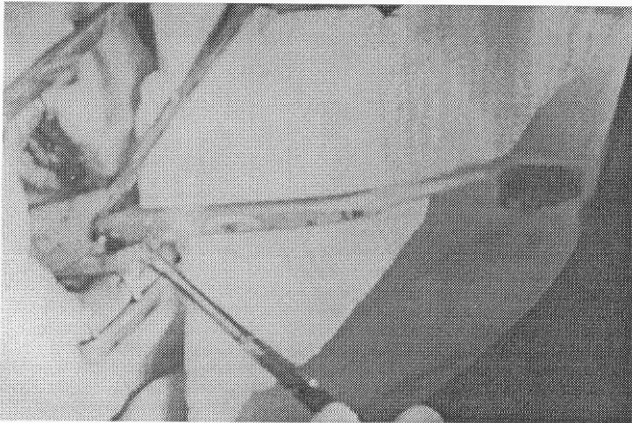


Figura 2 – Retirada de corpo estranho por gastrotomia laparotômica

de ocasionarem complicações como obstrução, hemorragia ou perfuração.¹ Alguns pacientes queixam-se de desconforto abdominal, particularmente se conscientes da presença de um objeto no trato digestivo. Dor abdominal em cólica, sensação de plenitude gástrica, náuseas e vômitos, anorexia e perda de peso ocorrem, sobretudo, nos casos que evoluem com obstrução pilórica. Sinais de oclusão do intestino delgado, apendicite aguda e diverticulite de Meckel por obstrução são complicações que podem também ser observadas.

Perfurações e obstruções podem ocorrer em qualquer local do tubo digestivo, sendo mais frequentes em regiões onde o corpo estranho pode impactar devido a uma angulação, estreitamento anatômico ou patológico.² Desta forma, a cricofaringe, esôfago na região da carina traqueal, da impressão aórtica e na região do hiato diafragmático, junção esôfago-gástrica, piloro, segunda e terceira porções do duodeno, ângulo de Treitz, região ileocecal, cólon sigmóide, reto em sua reflexão peritoneal e ânus são os locais com maior possibilidade de impactação dos corpos estranhos.

O esôfago é a víscera que mais comumente sofre de obstrução aguda por um corpo estranho, e conseqüentemente o de maior índice de perfuração. A segunda localização mais freqüente é a região ileocecal, seguida do duodeno e jejuno proximal.²

A maioria dos corpos estranhos é radiopaca, podendo ser facilmente comprovada por radiografia simples da região cervical, torácica ou abdominal. Objetos radiotransparentes, como pequena espinha de peixe, plásticos e pedaços de madeira, podem ser diagnosticados por meio da endoscopia ou por um estudo radiológico com bário ou contraste hidrossolúvel.

A conduta terapêutica preferencial é a retirada endoscópica do corpo estranho, logo após o seu diagnóstico, principalmente se estiver localizado no esôfago.¹ O tratamento cirúrgico deve ser indicado quando o tamanho ou a multiplicidade do objeto contra-indicar o método endoscópico, quando houver falta de progressão do corpo estranho pelo trato gastrointestinal, e ainda na presença de complicações como perfuração, obstrução e sangramento. Se não houver indicação cirúrgica, no caso de corpos estranhos localizados no estômago e intestino, a progressão destes objetos pode ser acompanhada através de radiografias obtidas regularmente. Ocasionalmente, alguns objetos de maior porte podem ficar retidos no intestino delgado ou no cólon, sendo que neste último é possível sua retirada pela colonoscopia.

A ingestão de escova de dentes é uma ocorrência bastante incomum, tendo sido relatado tal acontecimento durante a escovação do terço posterior da língua, onde o desencadeamento do reflexo do vômito acaba por promover a ingestão acidental do objeto.

Há ainda relatos de casos de pacientes que sofrem de bulimia e que, ao utilizarem a escova de dentes como instrumento para provocar a emese, acabam ingerindo-a.³

Ao contrário da maioria dos casos de ingestão de corpo estranho, não se tem relatos de eliminação espontânea de uma escova de dentes, não apenas em virtude da infreqüência de seu achado mas principalmente devido ao seu tamanho e forma.⁴

Sendo assim, a sua pronta remoção se faz necessária, a fim de se evitar o desenvolvimento de futuras complicações. A retirada deste corpo estranho pode ser efetuada através do uso de endoscópio, desde que a localização, o formato e o tamanho da escova permitam tal tarefa.⁵ Caso contrário, deve-se recorrer a intervenção cirúrgica, retirando-se o corpo estranho por gastrotomia laparotômica ou laparoscópica.⁴

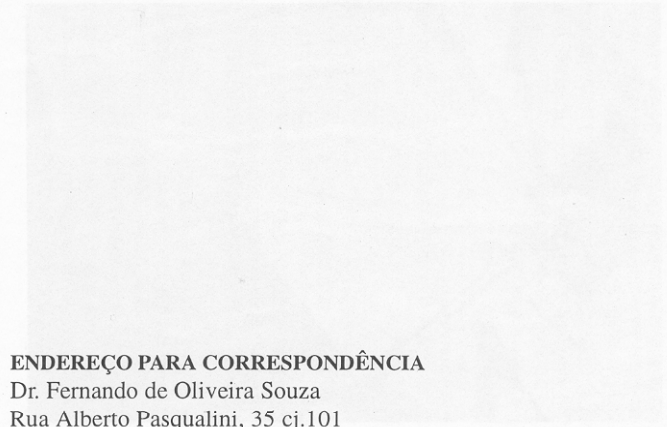
ABSTRACT

The great majority of the ingested foreign bodies (92,5%) enters into the gastrointestinal tract, and only a few of cases go to the respiratory tract. Eighty to 90% of those that go into the gastrointestinal tract are spontaneously eliminated but 10-20% must be removed by endoscopy and 1% needs to be surgically removed. The authors report a case of accidental ingestion of a foreign body (toothbrush) by a 20-year-old patient.

Key Words: *Gastric foreign bodies; Gastrointestinal system; Gastrotomy.*

REFERÊNCIAS

1. Brady PG – Esophageal foreign bodies. *Gastroenterol Clin North Am* 1991;20(4):691-701.
2. Coelho J – Corpo estranho do trato gastrointestinal. In: Coelho JCU, Basadona G, (eds.) *Aparelho Digestivo. Clínica e Cirurgia*. Rio de Janeiro. Editora Médica e Científica Ltda. 1990; pp 1326-1332.
3. Wilcox DT, Karamonoukian HL, Glick PL – Toothbrush ingestion by bulimics may require laparotomy. *J Pediatric Surg* 1994;29 (12): 1.596.
4. Wishner JD, Rogers AM – Laparoscopic removal of a swallowed toothbrush. *Surg Endosc* 1997;11(5):472-473.
5. Kluger Y, Wolff Y, Katz E, Vangrover D – Swallowed toothbrush: an indication for immediate endoscopy. *Harefuah (ISRAEL)*. 1997; 116(11):582-3.



ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Fernando de Oliveira Souza
Rua Alberto Pasqualini, 35 cj.101
97015-010 – Santa Maria – RS

ABSTRACT

The great majority of the ingested foreign bodies (92.7%) enter via the gastrointestinal tract and only a few of cases go to the respiratory tract. Eighty percent of these that remain in the gastrointestinal tract are immediately eliminated but 10% must be removed by endoscopy and 1% needs to be surgically removed. The authors report a case of accidental ingestion of a foreign body (toothbrush) by a 30-year-old patient.

Key Words: Gastric foreign bodies. Gastrointestinal system. Endoscopy.