

Foreign body in the tonsillary region as a complication of tonsillectomy

Corpo estranho em loja amigdaliana como complicação de amigdalectomia

Alexandre Minoru Enoki ¹, José Ricardo Gurgel Testa ², Marcelo de Sampaio Morais ³, Danilo Pereira Pimentel Fernandes ⁴, Sheila Maria Cardinali Tamiso ⁵

Keywords: needles, intraoperative complications, foreign bodies, tonsillectomy.

Palavras-chave: agulhas, complicações intra-operatórias, corpos estranhos, tonsilectomia.

INTRODUÇÃO

Sendo a amigdalectomia uma das cirurgias mais realizadas, poucos relatos de complicações são encontrados na literatura¹. Este relato de caso é sobre a quebra de uma agulha cirúrgica em loja amigdaliana durante hemostasia cirúrgica. No pós-operatório imediato, a paciente não apresentou queixas relacionadas ao corpo estranho. O tratamento realizado foi a remoção cirúrgica da agulha, em um segundo tempo, através do uso de intensificador de imagem (escopia) para mostrar a localização espacial do corpo estranho e facilitar a sua retirada.

RELATO DO CASO

E.D.D., 34 anos, feminino, mestiça, natural e procedente de São Paulo capital, vendedora, procurou nosso serviço com queixa de amigdalites de repetição (4 episódios nos últimos 6 meses), apresentando ao exame físico, amígdalas de grau III; sendo então proposto tratamento cirúrgico (amigdalectomia).

Foi realizada amigdalectomia bilateral

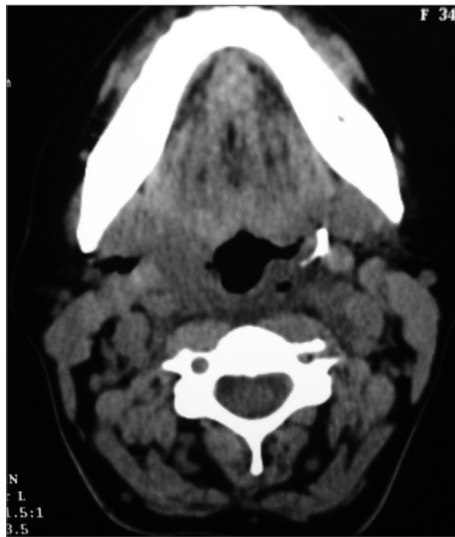


Figura. Imagem de Tomografia Computadorizada mostrando o corpo estranho em loja amigdaliana esquerda.

por dissecação no plano anatômico, sob anestesia geral com intubação orotraqueal, sem intercorrências até a realização da hemostasia por sutura com fio Catgut 2-0, quando houve quebra de agulha cirúrgica em polo inferior de loja amigdaliana esquerda, não sendo possível a remoção do corpo estranho neste ato operatório. Procedeu-se à hemostasia por sutura do lado direito sem complicações. Para cada loja amigdaliana foi usado um fio Catgut 2-0.

A paciente não apresentou dor ou qualquer outra intercorrência ligada ou não ao corpo estranho no pós-operatório imediato, tendo sido mantida em observação em nosso serviço com antibiótico profilático (Amoxicilina) e analgésico (Dipirona).

Realizou-se raios-X cervical em incidências ântero-posterior e perfil, e posteriormente, Tomografia Computadorizada (Figura) da mesma região para localização do corpo estranho, os quais mostraram que o corpo estranho encontrava-se em topografia de músculo palato faríngeo esquerdo a cerca de 1 cm da artéria carótida esquerda.

Após 48 horas do primeiro ato operatório, foi realizada nova cirurgia, em outro serviço, pela mesma equipe, também sob anestesia geral sob intubação orotraqueal, para retirada do corpo estranho, usando aparelho de intensificação de imagem (escopia); e para facilitar a localização do corpo estranho, utilizou-se 2 agulhas retas em plano ortogonal (formando ângulo reto) como guia, para posterior dissecação de músculo palato faríngeo esquerdo, com pinça tipo Kelly, para acesso e remoção da agulha.

Paciente está sendo acompanhada ambulatorialmente, no 6º mês de pós-operatório, sem queixas ou complicações.

DISCUSSÃO

A revisão da literatura mostrou que até o ano 2009 havia sido descritos poucos casos de agulha de sutura em região periamigdaliana².

Corpos estranhos nesta região podem causar várias complicações no período pós-operatório imediato ou tardio^{3,4}. Dor, edema,

abscesso e formação de fístula podem ocorrer no pós-operatório imediato; enquanto formação de abscesso, fístula crônica, sangramento, parestesia, pseudotumor e fibrose podem ser vistos no pós-operatório tardio².

Neste caso, nenhuma das complicações supracitadas ocorreu nas cerca de 48 horas entre os procedimentos cirúrgicos, porém, revisão da literatura indica que corpos estranhos como estes devem ser removidos, o mais rápido possível, sempre que descobertos e localizados, devido à possibilidade de migração para estruturas vitais^{4,7}, sendo a artéria carótida o alvo de maior preocupação.

COMENTÁRIOS FINAIS

A amigdalectomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no cotidiano do otorrinolaringologista. Apesar da raridade, é possível ocorrer intercorrências no intraoperatório, como a quebra da agulha do fio para hemostasia no interior da loja amigdaliana, que pode evoluir com importantes complicações nos casos em que este corpo estranho não for removido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McKeown HF, Sandfer PJ. A nasal foreign body detected on routine orthodontic radiographs. *Br Dent J.* 1998 Oct 24;185 (8):390-1.
2. Gündüz K, Çelenk P, Kayipmaz S. Na Unusual Foreign Body (Suturing Needle) in the Tonsillar Region. *J Contemp Dent Pract.* 2004; (5) 4:148-54.
3. al-Ruhaimi KA, Nwoku AL. An unusual radiopaque image through an orthopantomogram film. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1991;20(2):96-7.
4. Burgess JO. The broken dental needle - a hazard. *Spec Care Dentist.* 1988;8(2):71-3.
5. Marks RB, Carlton DM, McDonald S. Management of a broken needle in the pterygomandibular space: report of case. *J Am Dent Assoc.* 1984;109(2):263-4.
6. Bedrock RD, Skigen A, Dolwick MF. Retrieval of a broken needle in the pterygomandibular space. *J Am Dent Assoc.* 1999;130(5):685-7. Review.
7. Zelster R, Cohen C, Casap N. The implications of a broken needle in the pterygomandibular space: clinical guidelines for prevention and retrieval. *Pediatr Dent.* 2002; 24(2): 153-6.

¹ Fellow em Faringolaringologia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Médico Otorrinolaringologista.

² Professor Doutor em Otorrinolaringologia na Escola Paulista de Medicina, Chefe da residência médica em Otorrinolaringologia no Hospital Paulista, São Paulo - Brasil.

³ Fellow em Cirurgia Plástica da Face no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Médico Otorrinolaringologista.

⁴ Médico, Otorrinolaringologista.

⁵ Médica, Otorrinolaringologista.

Hospital Paulista de Otorrinolaringologia

Endereço para correspondência: Alexandre Minoru Enoki - Alameda Jaú 369 Apto 610 Jardim Paulista 01420-000 São Paulo SP - E-mail: enoki@terra.com.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da BJORL em 25 de novembro de 2009. cod. 6798

Artigo aceito em 31 de maio de 2010.