

PERFURAÇÃO DE ALÇA INTESTINAL POR OBJETO ESTRANHO

Silvia Braga Cançado COSTA¹

Seiji MYATA²

Sérgio Ricardo MAGALHÃES³

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, *campus* Belo Horizonte.

E-mail: silviacostabh@gmail.com

²Docente do curso de Medicina da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, *campus* Belo Horizonte.

E-mail: seijesilvana@terra.com.br

³Doutor em Engenharia Biomédica. Docente do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, *campus* Belo Horizonte.

E-mail: sergio.magalhaes@unincor.br

RESUMO: Relato da abordagem de uma paciente sintomática ao procurar o pronto-atendimento do Hospital da Polícia Militar, após deglutir parte de sua órtese dentária. Realizada a anamnese e feito o exame físico, encaminhou-se a paciente para radiografia de abdômen. O exame de imagem sugeriu corpo estranho em topografia de reto com na junção de sigmoide. Feito o preparo retrógrado, seguiu-se uma retossigmoidoscopia rígida, procedimento no qual não foi visualizado o objeto. Optou-se então por submeter a paciente a uma colonoscopia para melhor estudo colônico, na busca da localização do corpo estranho, não tem sido encontrado. Nova radiografia de abdômen foi solicitada considerado o risco de ter sido o objeto ter sido eliminado pelo preparo. O exame de imagem mostrou que o corpo estranho permanecia na pelve da paciente. Desta forma, realizou-se um tomografia computadorizada, sendo a imagem mais sugestiva da localização no intestino delgado, na porção íleo terminal. Assim sendo, foi encaminhada a paciente para o bloco cirúrgico para a realização de uma laparotomia exploradora, tendo sido o objeto encontrado em uma perfurando alça de íleo terminal.

PALAVRAS CHAVE: Objeto estranho. Trato gastrointestinal. Exames de imagem. Colonoscopia. Laparotomia exploradora.

INTESTINAL LOOP PERFURATION BY FOREIGN OBJECT

ABSTRACT: The approach of a symptomatic patient who went to the emergency care of the Military Police Hospital after swallowing part of her braces. After harvested history and performed the physical examination in this patient, it was solicited an x-ray of the abdomen. Due to the location suggested in the x-ray, the rectum or sigmoid portion of the large intestine, there was a preparation, followed by a retossigmoidoscopia, procedure in which it was not displayed the object. After new staging, it was repeated the x-ray, proving to be the object still in the patient. The following, took place a colonoscopy and has not been found the object. Thus, there was a CT scan, which showed that the most suggestive location was the small intestine. Therefore, the patient was put through laparoscopy embodiment and the object was been found in a portion of the small intestine, and there was already a perforated wall.

KEYWORDS: Swallowed object. Gastrointestinal tract. Tests. Colonoscopy. Laparoscopy embodiment.

INTRODUÇÃO

A ingestão de corpo estranho é uma ocorrência relativamente comum. A presença de corpos estranhos no trato digestivo superior se constitui um dos principais motivos de atendimento em serviços de urgência em endoscopia [1].

Alguns tipos de corpos estranhos são mais frequentes nestas ocorrências, como bolo de carne, moedas, alfinetes, agulhas, cliques, órteses dentárias, dentre outros.

O tipo de corpo estranho, o paciente, o tempo de evolução e a localização serão determinantes para a conduta a ser tomada pelo profissional.

Alguns objetos tem mais propensão, por sua própria natureza, como objetos rombos, a descerem todo o trato gastrointestinal com menor taxa de complicações. No entanto, objetos com possibilidade de perfuração, metálicos ou pontiagudos, podem requerer algum tipo de intervenção.

O diagnóstico deve ser precoce, uma vez que o prognóstico é influenciado pela permanência do corpo estranho no trato gastrointestinal.

Os sintomas do paciente também são de extrema importância para a abordagem do caso.

Os exames complementares que auxiliam no diagnóstico são a radiografia e a tomografia computadorizada.

O procedimento de retirada exige conhecimento anatômico da região onde se localiza o objeto ou onde se deu a impação, disponibilidade de acessórios adequados e experiência profissional na remoção.

As intervenções se alteram dependendo de todas as variáveis citadas. Endoscopia, colonoscopia, retossigmoidoscopia, ou até mesmo laparotomia, em raros casos.

RELATO DE CASO

No dia 10 de fevereiro de 2015, a paciente C. M. C. Da C., idade 44 anos, compareceu ao pronto-atendimento do Hospital da Polícia Militar, em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, relatando ter engolido parte de seu órtese dentária, há aproximadamente duas semanas. Segundo relato da paciente, ela procurou orientações iniciais de seu dentista, que sugeriu conduta expectante. Após sentir dor em pontada no abdômen, ela buscou atendimento médico, que neste primeiro momento orientou-a esperar que o próprio trato

gastrointestinal expelisse o objeto. Contudo, ainda sintomática, ela procurou novamente o serviço, sendo atendida por um outro profissional médico, que adotou outra conduta, desta vez investigadora, solicitando uma radiografia (figura 1). Devido a localização sugerida pelo exame, porção reto-sigmóidea do intestino grosso, realizou-se uma retosigmoidoscopia rígida, após preparo. Durante este procedimento, não foi possível visualizar o objeto. Assim, a paciente foi encaminhada para a colonoscopia.

Da mesma forma, não foi encontrado o corpo estranho. Optou-se então por fazer uma nova radiografia, visto que foi aventada de haver sido eliminado o corpo estranho com o preparo. Contudo, o exame de imagem revelou que o objeto ainda se encontrava na cavidade pélvica da paciente.

Assim, a paciente foi encaminhada para fazer uma tomografia computadorizada, que evidenciou que o corpo estranho ainda se encontrava no abdômen, muito provavelmente em alguma porção do intestino delgado.

Diante de tal quadro, optou-se por fazer uma laparotomia exploradora, na data de 11 de fevereiro de 2015, na

qual foi encontrado o objeto já perfurando a parede do intestino delgado em sua porção (figuras 2 e 3). Após retirada e rafia, a paciente foi internada, apresentando boa evolução, e alta no segundo dia pós-operatório. Seguiram-se consultas de retorno, nas quais a paciente apresentou ferida operatória de bom aspecto, finalmente recebendo alta completa.

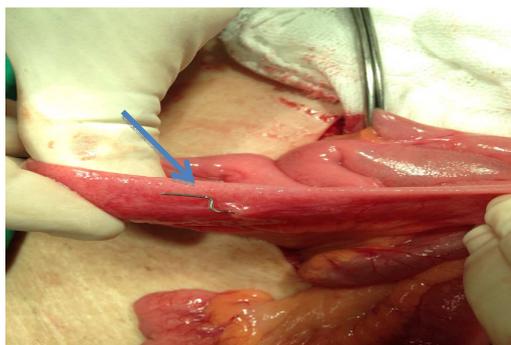
Figura 1 – Raio x evidenciando a presença do corpo estranho



Figura 2- Objeto sendo removido



Figura 3 - Situs da perfuração



DISCUSSÃO

A ingestão de corpo estranho é relativamente comum. Grupos de risco incluem crianças, portadores de deficiência mental, pacientes psiquiátricos, por ocasião de ingestão de álcool, ou aqueles que o fazem propositadamente [2].

Órteses dentárias constituem um fator de risco [1].

Em se tratando de crianças, na faixa de idade de 06 meses a 06 anos, moedas são os objetos mais comuns [4].

Outros objetos comuns são alimentos (bolos de carne), agulhas, pregos, alfinetes, brinquedos, parafusos, pilhas, cliques de papel, brincos, tampas de caneta, brincos, órteses dentárias.

Em um estudo publicado [5] em 2011, pela Revista de Gastroenterologia Digestiva, com 43 pacientes, idade média foi de 37,2, com mediana de 41 anos, (1,8 a 84 anos). O

sexo predominante foi o masculino representando 65% dos pacientes. Foi observado predomínio de adultos de 44% dos casos, seguidos de crianças em 35% dos casos e de idosos em 21% dos casos.

Os corpos estranhos mais frequentes foram moedas (32%) dos casos, ossos (26%) e carne (21%). Os demais corpos estranhos envolvidos foram as próteses dentárias, bateria e espinha de peixe.

A maior parte dos corpos estranhos passa pelo trato gastrointestinal sem grandes dificuldades, cerca de 80% [6].

Contudo, uma pequena porcentagem, necessita de alguma intervenção, cerca de 10% com remoções endoscópicas [1] e 1% [1] com retirada cirúrgica.

As complicações incluem formações de úlceras, lacerações, perfurações, estas com chance de 35% em se tratando de objetos pontiagudos [1], impactação, obstrução, formação de fístulas e bacteremia. A impactação geralmente ocorre nas três áreas de estreitamento do esôfago, quais sejam, esfíncter esofágico superior, cárdia e hiato diafragmático ou músculo cricofaríngeo, áreas de compressão do arco aórtico e do brônquio principal esquerdo e junção esofagogástrica.

Os sintomas apresentados pelos pacientes incluem: disfagia, odinofagia, sialorréia, desconforto respiratório, dor abdominal, distensão, cólicas, dentre outros.

Após avaliação clínica do paciente, tendo sido determinado o tipo de corpo estranho, sua localização, deve-se abordar dependendo das variáveis.

Na suspeita de corpo estranho no trato digestivo alto:

*orofaringe: remoção com laringoscópio;

*hipofaringe: retirada endoscópica de urgência (risco respiratório);

*esôfago: bateria, objeto pontiagudo, sintomas de obstrução da luz: retirada endoscópica urgente;

*esôfago: objetos rombos (também bolo alimentar) em paciente assintomático: observar 12 a 16 horas e se não migrar: retirada endoscópica de urgência;

*estômago: -objeto pontiagudo com diâmetro maior que 2 cm ou comprimento maior que 6 cm: retirada endoscópica de urgência; -bateria, com paciente sintomático ou maior que 2 cm: retirada endoscópica de urgência e no paciente assintomático deve-se aguardar 48 horas e se não migrar: retirada endoscópica de urgência; -

moeda em paciente sintomático ou com provável lesão em trato gastrointestinal: retirada endoscópica de urgência; moeda em paciente assintomático deve-se aguardar até 4 semanas e se não migrar: retirada endoscópica de urgência.

Suspeita de corpo estranho no trato digestivo baixo:

*estando o corpo estranho distal à terceira porção duodenal e sendo o objeto pontiagudo: - paciente assintomático: acompanhamento em 48 horas para detectar se o objeto migrou, caso contrário, e se o paciente for sintomático ou com complicação: intervenção cirúrgica;

*colorretal: sem sinais de complicação; retirada por colonoscopia ou retossigmoidoscopia rígida e se não houver sucesso nestas intervenções e em pacientes com complicações; laparotomia exploradora.

CONCLUSÃO

A abordagem deste caso mostrou-se ir de encontro ao sugerido pela literatura médica, considerando-se o tipo de corpo estranho, o tempo transcorrido, os sintomas da paciente.

De fato, o objeto havia perfurado alça de intestino delgado,

provando os riscos na demora da intervenção.

Uma boa investigação e o tempo certo para a intervenção diminuem consideravelmente as taxas de complicação.

Deve-se sempre se pautar pelo tipo de corpo estranho, tempo de evolução e sintomas do paciente.

AGRADECIMENTO

Agradeço imensamente ao Dr. segundo tenente Guilherme Alves pela boa vontade e carinho em me deixar acompanhá-lo neste caso que aqui se apresentou, ajudando-me a colher informações necessárias e revendo o conteúdo final.

Igualmente agradeço imensamente ao Professor Seiji Miyata, pessoa a quem admiro muito, por aceitar me orientar neste relato de caso.

Agradeço ainda, de coração, pela orientação dada pelo professor Sergio Magalhães, com muita paciência e prontidão.

REFERÊNCIAS

1.ROHDE, Luiz. Rotinas em cirurgia digestiva. Porto Alegre: Artmed Sa, 2005.

2.SOUZA, Fernando de Oliveira. Ingestão de corpo estranho. Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgiões, Sao Paulo, v. 26, n. 4, p.246-248, dez. 1999.

4.JE, Shunck; AM, Harrison; HM, Corneli. Fluoroscopy foley catheter removal of esophageal foreign bodies in children: experience with 415 episodes. Pediatrics,Estados Unidos, v. 70, n. 94, p.35-63, mar. 1994.

5.PRATES, Carlos Ferreira. Corpo estranho no trato digestivo. Arquivos de Gastroenterologia, São Paulo, v. 4, n. 30, p.148-151, jul. 2011.