

Caso Clínico

## APRESENTAÇÃO DE UM CASO DE INGESTÃO DE ARAME FARPADO NO ESÓFAGO\*

Dadá, Mahomed Sidique, da Costa, J. Leopoldo, Huang, H.,  
Neves, M. Vitória, Neves, J. Branco

### Resumo

*A presença de corpos estranhos no tracto gesointestinal superior é motivo de ansiedade e em certas ocasiões representa uma emergência absoluta e requer rápida intervenção, enquanto que para outros é recomendável uma atitude expectante. A maioria dos corpos estranhos, atravessa sem dificuldade o tracto gastrointestinal, não requerendo qualquer intervenção e aparece nas fezes alguns dias depois.*

*São descritas a forma de apresentação, as complicações e a conduta face a presença de corpos estranhos. Apresentamos o caso de um jovem com mediastinite secundária a perturbação esofágica pós ingestão de um corpo estranho perfurante (fragmento de arame farpado).*

**Palavras-Chave:** Corpo estranho; esófago.

### Summary

*The presence of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract is a frequent cause of admission as an absolute emergency. This could requires in same cases rapid action while in others it is recommended an expectante attitude. They could cross without problems the gastrointestinal tract and after a time between 8 hours to days they could be found in the faeces.*

*In this paper it is presented a case-study of an young man with mediastinitis secondary to an esophagus rupture after an ingestion of a foreign body.*

**Key Words:** Foreign body; esophagus.

### Introdução

A presença de corpos estranhos no tracto gastrointestinal superior é motivo de ansiedade e em certas ocasiões representa uma emergência absoluta e requer rápida intervenção, enquanto que para outros é recomendável uma atitude expectante. A maioria dos corpos estranhos, atravessam sem dificuldade o tracto gastrointestinal, não requer qualquer intervenção e aparecem nas fezes por volta de 8 ou mais dias [1, 2].

Nos EUA morrem anualmente 1500 pacientes por ingestão de corpos estranhos no tracto

gastrointestinal [4] e com certa frequência publicam-se casos de associados a perfuração de grandes vasos, mediastinite, pericardite, abscessos cervicais, amigdalites linguais de repetição e outras complicações.

Em Moçambique ainda não é conhecida a magnitude deste problema, porque ele ainda não foi estudado. A falta de meios de comunicação, de meios humanos e auxiliares de diagnóstico torna este problema mais acentuado, porque muitas mortes poderão estar a passar despercebidas, principalmente nas crianças. Num estudo efectuado no Hospital

\* Trabalho realizado no Serviço de ORL / Cirurgia Cervico-Maxilo-Facial do Hospital Central de Maputo - Faculdade de Medicina / UEM - Moçambique.

Central de Maputo, verificou-se que os corpos estranhos são mais frequentes em crianças (53.9%), sendo as moedas as mais encontradas (88.3%) e em 31.3 % dos casos aparece nos adultos entre os 20 e 40 anos de idade, principalmente por causa das espinhas de peixe (DADÁ *et al.*).

De seguida, passaremos a descrever o quadro clínico, patogenia e tratamento dos corpos estranhos em cada região.

#### a) OUVIDO

São os mais frequentes em ORL. Geralmente, resulta de um acto intencional e voluntário da criança na sua tentativa de descobrir os objectos e o meio que a rodeiam e acidental no adulto. A maioria deles são inertes (vegetais, plásticos, metais, algodão, papel, bolinhas, pilhas de relógio) ou vivos (insectos).

#### *Sintomas*

Os corpos estranhos inertes geralmente são assintomáticos. Se obstruem o canal auditivo externo produzem hipoacusia de condução e por vezes tosse, por irritação do ramo auricular do nervo pneumogástrico (nervo de Arnold).

#### *Tratamento*

Jamais se deve usar pinças para extrair corpos estranhos. Pode fazer-se a lavagem ou usar instrumentos especiais para arrastá-los de dentro para fora. Se forem corpos estranhos vivos, instilar líquidos (álcool, éter, etc.) antes da lavagem. As complicações por manobras impeditivas são frequentes.

#### b) NARIZ

É frequente em crianças. Por vezes, permanecem durante muito tempo ignorados (semente de frutos, bolinhas, pedaços de papel, tampas de canetas, pedaço de borracha da escola, etc.).

#### *Sintomas*

Obstrução nasal unilateral  
Sintomas crescentes de rinite crónica ou sinusite.

Rinorreia unilateral fétida

Formação de rinolitos

#### *Diagnóstico*

Se for radiopaco poder-se-á ver numa radiografia simples ocasional.

Rinoscopia anterior

#### c) ESÓFAGO

#### *Idade*

Crianças menores de 3 anos de idade [1].

#### *Tipo de corpos estranhos mais frequente*

- Moedas
- Espinhas de peixes
- Fragmentos de ossos
- Fragmentos de próteses dentárias
- Agulhas
- Alfinetes
- Sementes de fruta

#### *Manifestações Clínicas*

Disfagia moderada a intensa  
Odinofagia de localização cervical, retroes-  
ternal ou epigástrica  
Tosse irritativa

**Localização**

Quase sempre ficam retidos na boca de Killian, raramente no 2.º ou 3.º estreitamento.

**Patogenia**

Quase sempre resulta de deglutição involuntária.

Se os corpos estranhos permanecem por longo tempo no esôfago, resultam na necrose parietal, mediastinite, pleurite ou peritonite com formação de abscesso paraesofágico; pode haver enfizema subcutâneo.

**Diagnóstico**

Anamnese

Dor localizada a deglutição

Posição antálgica do pescoço e da coluna vertebral

Enfisema subcutâneo

Rx de tórax e do abdômen

Rx com contraste para corpos estranhos não radiopacos

Esofagoscopia

**d) LARINGE****Sintomas**

Ao princípio e em relação com a ingestão de corpo estranho produz acesso de tosse, dor da laringe e disfagia. Por vezes, há dispnéia. Os corpos estranhos de grande tamanho acarretam, perigo de asfixia.

**Patogenia**

São menos frequentes que os corpos estranhos traqueais e brônquicos. No entanto, na

laringe podem ficar retidos e encravados corpos estranhos com bordos cortantes, pontiagudos ou corpos estranhos de grande tamanho.

O perigo de asfixia é maior quando as pessoas se assustam, riem ou quando existe perda de inervação sensitiva da laringe.

**Diagnóstico**

Laringoscopia indirecta

Radiografia simples, se o corpo estranho é radiopaco.

**Tratamento**

Extracção por via endoscópica, evitando lesar a mucosa. Se os corpos estranhos são de grande tamanho e estão encravados ou se há muito edema é necessário fazer traqueotomia prévia.

**e) TRAQUEIA E BRÔNQUIOS****Idade**

Crianças (80%), sobretudo no grupo de 1-3 anos de idade [1].

**Tipo de corpos estranhos mais frequente**

- Sementes de Frutos
- Unhas
- Botões
- Moedas
- Pequenas bolinhas
- Fragmentos de plástico, de madeira e de metal

**Manifestações Clínicas**

- Acesso de tosse
- Insuficiência respiratória intermitente ou permanente

- Cianose e Dor
- Disfonia (variável)
- Morte súbita, se há obstrução completa das vias aéreas
  - Pode haver intervalo assintomático (dias ou semanas)

#### Localização

Depende do tamanho e forma do corpo estranho

Local de eleição: brônquio principal direito (menor desvio para a traqueia)

Quando o corpo estranho permanece durante muito tempo ("corpo estranho crônico") há:

- Expectoração
- Traqueíte ou bronquite com edema
- Inflamação e formação de tecido de granulação
  - Hemorragia
  - Tosse com laivos de sangue
  - Estenose valvular inspiratória e/ou expiratória
  - Obstrução das vias aéreas baixas ou enfisema
  - Atelectasias das regiões pulmonares post-estenóticas ou sobredistensão

#### Patogenia

Normalmente aspiração.

Raramente brôncolitos (calcificação de exsudados ou expectoração retida, irrupção de gânglios linfáticos tuberculosos na traqueia) e ascaris.

#### Diagnóstico

##### Anamnese

Sintomatologia de começo súbito, por vezes relacionada com a refeição (engasgo)

##### Inspeção:

Diminuição da mobilidade respiratória no hemitórax

##### Percussão:

Macicez ou hipersonoridade

##### Auscultação:

Eventual síbilos ao nível da estenose ou do corpo estranho

Se existe obstrução brônquica, há abolição do murmúrio vesicular

Rx de Tórax e TAC e Traqueobroncoscopia.

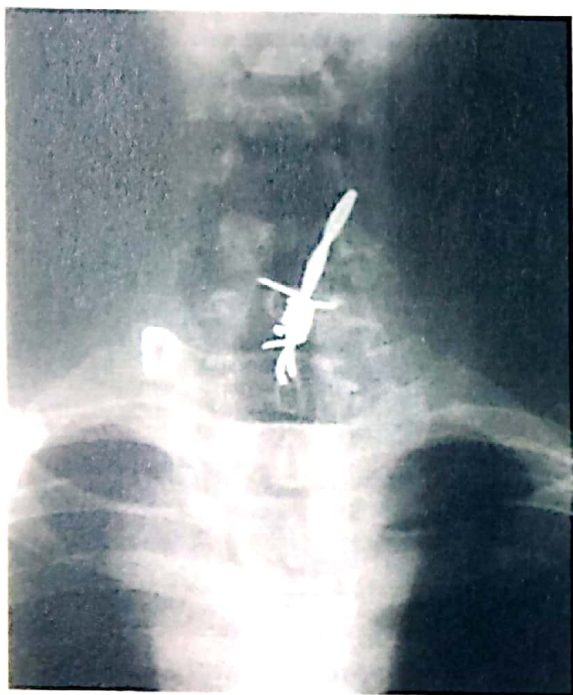
#### Caso Clínico

Trata-se de um paciente de 22 anos de idade, de raça negra, do sexo masculino, com antecedentes de doença mental, sem antecedentes de patologia orgânica de importância, que aparece no Serviço de Urgência do HCM por odinodisfagia intensa, febre, tosse com expectoração esbranquiçada, halitose e tumefacção cervical com uma semana de evolução. Fez tratamento injectável com penicilina procaína durante 4 dias, sem melhoria no Centro de Saúde da periferia, por suspeita de amigdalite.

A observação ORL revelou um paciente consciente, ansioso, com mau estado geral, sem dispneia nem estridor, mucosas coradas, hidratado, sem cianose. Mucosa do palato e da úvula e dos pilares anteriores hiperemiada, edemaciada e com múltiplos hematomas. Muito fétida e com abundante secreção branca e espessa. Sem presença de pús. Parede posterior da faringe sem qualquer alteração. Abertura da boca com limitação (3 cm). Com dificuldade para falar. Com tumefacção localizada na região anterior do pescoço, de cerca de 4 x 5 cm, dolorosa, sem flutuação, quente, hiperemiada,

sem sopro, não pulsátil e não aderente aos planos profundos.

O estudo radiológico cervical revelou a presença no 1/3 superior do esôfago de um



**Figura 1** - Corpo estranho visto de frente



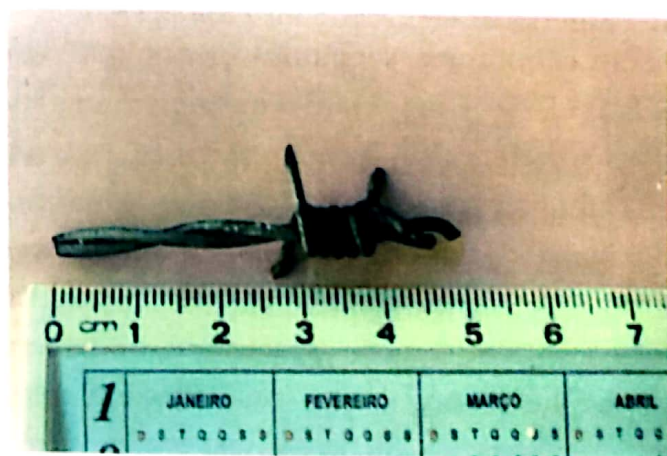
**Figura 2** - Presença de ar pré-vertebral cervical visível na radiografia de perfil

fragmento de arame farpado de 5 cm de comprimento cujas pontas atravessavam a parede



**Figura 3** - Presença de ar subcutâneo na base do pescoço

esofágica e presença de ar no mediastino. Foi feita extracção do corpo estranho mediante esofagoscopia rígida sob anestesia geral. No pós-operatório, o doente continuou com muito mau



**Figura 4** - Fragmento de arame farpado extraído do esôfago

estado geral e com sinais de sepsis. Foi prescrita dieta zero, penicilina Cristalina 2 000 000 U intravenosa de 6 em 6 horas, Gentamicina 80mg intravenosa de 8 em 8 hora e metronidazol 500 mg de 8 em 8 horas e soro de alimentação. Pela sonda nasogástrica saía um líquido preto. O doente morreu 7 dias depois.

A autópsia revelou mediastino ocupado por grande quantidade de pús verde acastanhado, fétido que formava uma placa por frente da coluna vertebral cervical. Rotura do esófago de 0.5 cm ao nível do 1/3 superior. Traqueia com pús e pequena laceração. Pulmões consolidados. Estômago com líquido acastanhado.

#### Discussão

Estudos feitos em vários países mostram que a presença de corpos estranhos é motivo frequente de consulta nos cuidados primários de saúde e nos Serviços de ORL. 2.7% dos doentes das Consultas de Urgências de ORL possuem corpos estranhos [4]. Não existem estudos sobre corpos estranhos em Moçambique, mas pensamos que seja um problema realmente importante, uma vez que temos uma população maioritariamente com baixo poder sócio económico e cultural, factor que nós julgamos ser importante na incidência de corpos estranhos.

Num país com escassos recursos materiais, humanos e financeiros, muitos corpos estranhos devem estar a passar despercebidos e a provocar complicações graves que poderiam ser facilmente prevenidas com uma campanha de sensibilização dos pais e professores. Este doente esteve durante quatro dias a fazer tratamento nos Centros de Saúde periféricos e

nunca foi diagnosticado a presença de corpo estranho e nem foi suspeitado. Somente quando chegou ao nosso Serviço, em muito mau estado geral, é que foi possível suspeitar da ingestão de corpo estranho, porque o doente apresentava múltiplos hematomas na boca, como se tivesse mastigado algum objecto pontiagudo. O doente nunca referiu a ingestão de corpo estranho. A radiografia confirmou a nossa suspeita. O presente trabalho pretende chamar a atenção do pessoal de saúde sobre este problema, que neste caso teve um desfecho fatal.

Os factores predisponentes para a ingestão de corpos estranhos são: a ingestão prévia de álcool que altera o mecanismo normal de protecção, o uso de próteses dentárias que interferem com a detecção de corpos estranhos [4, 5, 7], os acidentes vasculares cerebrais, as crises convulsivas e principalmente a ingestão rápida e descuidada dos alimentos [4, 5], doentes com apertos esofágicos [2], prisioneiros [2, 7], doentes mentais [2, 6, 8], doentes com transtornos neurológicos de origem central [6], pacientes desdentados [6, 7] e drogados.

Os corpos estranhos tendem a impactar nos apertos fisiológicos e patológicos. Objectos pequenos e pontiagudos tendem a impactar-se na hipofaringe ao nível da Valécula ou no seio Piriforme. O esófago possui quatro estreitamentos fisiológicos: Estincteres esofágico superior, as áreas de compressão aórtica, brônquica esquerda e hiato esofágico. O alargamento da aurícula esquerda comprime o terço inferior do esófago e cria um estreitamento adicional. Uma vez atravessado o esófago, normalmente o corpo estranho passa sem dificuldade o

resto do tracto gastrointestinal; o piloro, o Ligamento de Treitz, a válvula ileocecal e o anus são locais que potencialmente podem impactar os corpos estranhos. Estreitamentos e divertículos também podem impedir a progressão dos corpos estranhos. Estreitamentos esofágicos são locais comuns para impactar o bolo alimentar.

Mais de metade dos corpos estranhos ingeridos atravessam o estômago e 90% destes passa espontaneamente o recto; 7% dos pacientes que ingeriram corpos estranhos requerem intervenção cirúrgica.

O grande desafio para os médicos é saber distinguir qual o paciente que precisa de intervenção cirúrgica e qual o doente cuja gravidade compadece com uma atitude expectante [2].

#### Recomendações

Recomendamos as seguintes medidas terapêuticas:

(1) Suspeitar da ingestão de corpos estra-

nhos nos doentes com história de prévia, ingestão de álcool, doentes mentais, doentes com história de crise convulsiva durante a refeição, drogados e prisioneiros.

(2) Fazer controle radiológico do abdómen para ver a progressão do corpo estranho pelo tracto gastrointestinal.

(3) Prescrever dieta com muita fibra para aumentar o bolo fecal.

(4) Vigiar sinais de perfuração e hemorragia gastrointestinal.

(5) Devem ser operados todos os doentes com falência na progressão do corpo estranho visível ao exame radiológico, perfuração e ou hemorragia do tracto gastrointestinal e anomalia conhecida do tracto gastrointestinal. Devem também ser operados todos os doentes com corpos estranhos de grande tamanho que à partida sabemos que não irá progredir pelo estômago, os corpos estranhos pontiagudos e cortantes para evitar complicações.

#### Bibliografia

- [1] BECKER, W.; NAUMAN H. H.; PFALTZ C. R. - *Otorrinolaringologia*, Manual Ilustrado, Mosby/Doyma Libros, segunda edición, 1989.
- [2] BRADY P. G. - *Esophageal foreign bodies*. Gastroenterol. Clin. North. Am. 20(4): 691-701, 1991.
- [3] DADA, M. S. et al. - *Corpos estranhos na orofaringe, hipofaringe e esófago*, Livro de resumo das Jornadas Científicas da Colaboracion Medica Cubana em Mozambique, 23-24. Abril 1999.
- [4] DE AMESTI C.; MARÁNEZ V.; JURGENS A.; LEON X. - *Cuerpo extraño laringoesofágico*. Acta Otorrinolaring Esp. 45 (1): 65-67, 1994.
- [5] LEVIN N. M. - *Foreign bodies in the Larynx Bronchi and esophagus*. Southern Medical Journal, 65 (9): 1099-1105, 1972.
- [6] PEYTRAL C.; SENECHAUT J. P.; HAZAN - *Corps étrangers de l'oesophage*. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 1991.
- [7] POSTLETHWAIT R. W. - *Surgery of the esophagus*, 2nd edition, 201-208, 1986.
- [8] YAGI H. - *An unusual foreign body in the oesophagus*. Cent. Afr. J. Med., 37(7): 222-4, 1991.