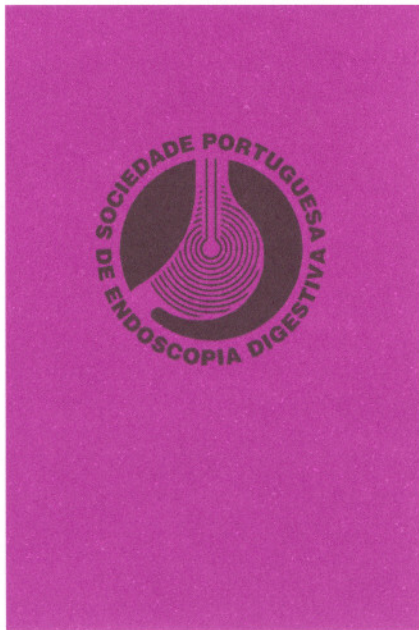


# 12

## Actuação na Ingestão de Corpos Estranhos

### RECOMENDAÇÕES



A endoscopia digestiva contribuiu, decisivamente, para a remoção de corpos estranhos do tubo digestivo, com elevada taxa de sucesso e de segurança.

Dos corpos estranhos ingeridos, 80-90% passam espontaneamente, 10-20% requerem intervenção endoscópica e só cerca de 1% necessita de cirurgia. Ultrapassando o esófago, um corpo estranho não carece de remoção excepto se for maior de 2 cm, mais longo do que 5 cm ou se for pontiagudo, pois 15-30% destes causam perfuração.

A obstrução e a perfuração tendem a ocorrer em áreas de angulação ou de estreitamento fisiológico ou patológico, particularmente ao nível do músculo crico-faríngeo e da válvula ileo-cecal.

Os corpos estranhos podem classificar-se em 2 grupos: impactos alimentares e verdadeiros corpos estranhos. Estes últimos, subdividem-se em rombos, cortantes ou pontiagudos e tóxicos ou não tóxicos.

O conhecimento das características do corpo estranho e a sua localização, determinam a necessidade, ou não, da sua remoção endoscópica, o momento apropriado para a intervenção, o material a utilizar e os cuidados a ter. Com estas recomendações pretende-se apresentar normas de actuação, para que a sua remoção endoscópica, quando necessária, possa ser feita com eficácia e segurança.

### 1. ASPECTOS CLÍNICOS:

#### 1.1 DIAGNÓSTICO

A ingestão de corpos estranhos ocorre, com maior frequência, nas crianças com idades compreendidas entre os 6 meses e os 3 anos. Nos adultos, verifica-se predominantemente em doentes psiquiátricos, deficientes psicomotores, indivíduos sob o efeito do álcool ou de drogas e em indivíduos com ganho secundário (ex.: presidiários, para tentativas de fugas ou obtenção de melhores condições). Os impactos alimentares são mais frequentes nos possuidores de próteses dentárias, com patologia esofágica subjacente ou com malformações anatómicas.

É importante a colheita de dados que permitam identificar o corpo estranho deglutido, bem como, o local de maior desconforto. Em certos casos, o diagnóstico de corpo estranho, só é feito no decurso da investigação de manifestações clínicas.

A radiografia simples permite identificar, caracterizar e localizar alguns corpos estranhos, e ainda, detectar ar livre no mediastino ou no peritoneu. No entanto, existem corpos estranhos que não são radiopacos (espinhas de peixe, ossículos de aves, objectos de madeira, de plástico, etc.) Não deve ser utilizado contraste por rotina, porque impossibilita eventual abordagem endoscópica. No entanto, se os sintomas não são claros ou específicos, a tomografia axial computadorizada pode estar indicada para clarificar a situação clínica e terapêutica.

A endoscopia flexível é o melhor meio diagnóstico e terapêutico.

### 2. PROCEDIMENTOS:

#### 2.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS:

A idade do doente, o seu estado clínico, o tipo e dimensão do corpo/material ingerido e a sua localização no tubo digestivo, influenciam as decisões a tomar. Pilhas, objectos cortantes e/ou pontiagudos que estão alojados no esófago, ou impactos alimentares que causam obstrução completa, exigem endoscopia urgente. Não se deve permitir que um corpo estranho esteja impactado no esófago, mais de 24 h, pelo aumento significativo do risco de complicações. A esofagoscopia rígida ou a laringoscopia directa, são as técnicas de 1ª linha para a extracção dos corpos estranhos na hipofaringe e ao nível do músculo cricofaríngeo.

#### 2.2 MEIOS TÉCNICOS:

Devem estar disponíveis: pinça de “dente de rato”, pinça “alligator”, ansa de polipectomia, campânula de Ballard, cesto de Dormia e “overtubes” com diferentes comprimentos para permitirem a abordagem de corpos estranhos, quer no esófago quer no estômago. Pode ser útil simular a sua remoção com os acessórios disponíveis.

Deve ser assegurada a protecção das vias aéreas do doente: posição de Trendelebourg, em certas situações o uso de “overtubes” (facilitam múltiplas passagens de endoscópio e protegem a mucosa esofágica de laceração) e, se necessário, apoio da anestesia para intubação endotraqueal.

## 2.3 PARTICULARIDADES

### 2.3.1 Impacto alimentar:

Em algumas situações, a remoção endoscópica deve ser efectuada o mais precocemente possível, em bloco ou por fracções, com auxílio de pinça “dente de rato” ou de ansa de polipectomia. A forma mais simples consiste em empurrá-lo para o estômago de forma suave, sempre sob visão directa.

Outra técnica é a sucção sob visão directa, utilizando o cilindro de Stiegman da laqueação de varizes. Após a remoção do impacto alimentar é obrigatório a avaliação endoscópica do esófago para despiste de patologia subjacente.

Enzimas proteolíticos, como a papaína, não devem ser usados, pois foram responsáveis por hipernatrémia, erosão e perfuração do esófago. O recurso a fármacos para relaxamento do esófago (glucagina, b-hioscina) é seguro e pode promover a passagem espontânea do impacto alimentar.

### 2.3.2 Objectos Rombos:

Antes da intervenção endoscópica, deve ser sempre confirmado que o corpo estranho ainda se encontra no esófago.

As moedas podem ser removidas com pinça “dente de rato”, de “alligator” ou ansa de polipectomia. Para os objectos esféricos é preferível a utilização do cesto de Dormia. Os objectos localizados no esófago e que não possam ser agarrados, podem ser empurrados para o estômago, se a visão endoscópica estiver assegurada. Quando um corpo estranho já está no estômago, está indicado, na maior parte dos casos, uma atitude conservadora. A maioria é expelida nas fezes ao fim de

4-6 dias. No entanto, em alguns casos, tal só acontece 4 semanas depois. Os doentes devem ser aconselhados a continuar com a dieta regular e a vigiar as fezes. Na ausência de sintomas, uma radiografia semanal é suficiente para seguir a progressão do objecto. Se ao fim de 3-4 semanas, os objectos permanecerem no estômago, devem ser removidos endoscopicamente. Se estiverem para além do estômago, a remoção cirúrgica está indicada, caso permaneçam na mesma localização, por um período superior a uma semana ou imediatamente, se houver sintomatologia (febre, vômitos ou dor abdominal).

### 2.3.3 Objectos longos:

Os objectos com mais de 6 cm, dificilmente passam do estômago/bulbo duodenal e, por isso, devem ser removidos endoscopicamente. É aconselhável o uso de um “overtube” longo (45 cm) e o conjunto corpo estranho, “overtube” e endoscópio deve ser retirado num mesmo tempo.

### 2.3.4 Objectos cortantes/pontiagudos

Este tipo de corpos estranhos, quando alojados no esófago, representam uma emergência médica. Os doentes devem ser avaliados para se definir a sua localização. A maioria não são facilmente visíveis ao Rx, pelo que a endoscopia deve ser sempre realizada mesmo que, o exame radiológico seja negativo. Dado o risco aumentado de complicação nestas situações, a remoção endoscópica deve ser sempre tentada se o objecto estiver alojado no estômago ou no duodeno proximal, com auxílio da campânula de Ballard e/ou de “overtube” para proteger a mucosa de possíveis lacerações e/ou perfurações. Caso não seja possível a remoção por endoscopia, devem ser efectuados Rx diários para documentar a sua passagem. A intervenção cirúrgica deve ser considerada se os objectos não progredirem por 3 dias consecutivos. Os doentes devem iniciar uma dieta rica em fibras e não devem usar laxantes. Deverão ser instruídos para consultar o médico no caso de aparecimento de dor abdominal, vômitos, febre, hematemeses e/ou melenas.

### 2.3.5 Pilhas:

Considerações particulares aplicam-se à ingestão de pilhas, porque o seu efeito corrosivo pode ocorrer rapidamente, quando se alojam no esófago, pelo que devem ser removidas imediatamente, por via endoscópica. Se tal não for possível, deverão ser empurradas para o estômago, de onde são extraídas, na maior parte dos casos, com o cesto Dormia. No entanto, uma vez no estômago, a maioria das pilhas passam sem complicações até serem expelidas nas fezes, pelo que podem não ser retiradas, excepto se o doente tiver queixas ou então, se for uma pilha de maiores dimensões e permanecer no estômago mais do que 36-48 horas. Uma vez no intestino, 85% são eliminadas em 72 h. Uma radiografia cada 3-4 dias é suficiente para avaliar a progressão e a necessidade de intervenção cirúrgica. Os catárticos e a inibição ácida não tem papel comprovado nestas situações.

### 2.3.6 Narcóticos:

Os invólucros, são frequentemente, demonstráveis ao Rx (70-90%). A sua rotura pode ser fatal e, por isso, não deve ser tentada a sua remoção endoscópica. A intervenção cirúrgica está recomendada nos casos em que não há progressão no intestino, ou em que haja sinais de obstrução intestinal, suspeita de rotura ou quando os invólucros são frágeis (ex.: preservativos, dedos de luva e balões).