
Instântaneo Endoscópico / Endoscopic Spot

REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO ESOFÁGICO COM RECURSO A LASER

M. AREIA, M. FERREIRA, P. SOUTO, H. GOUVEIA, M. C. LEITÃO

GE - J Port Gastreterol 2007, 14: 155-156

Doente de 60 anos de idade com queixas de disfagia para sólidos com uma semana de evolução, de aparecimento súbito após ingestão de peixe, que a doente localizava na região cervical. Não referia odinofagia, dispneia ou febre nem apresentava antecedentes digestivos. Referia ter sido efectuada observação laringológica logo após o início da disfagia mas sem detecção de qualquer corpo estranho, tendo sido medicada com amoxicilina e um anti-inflamatório.

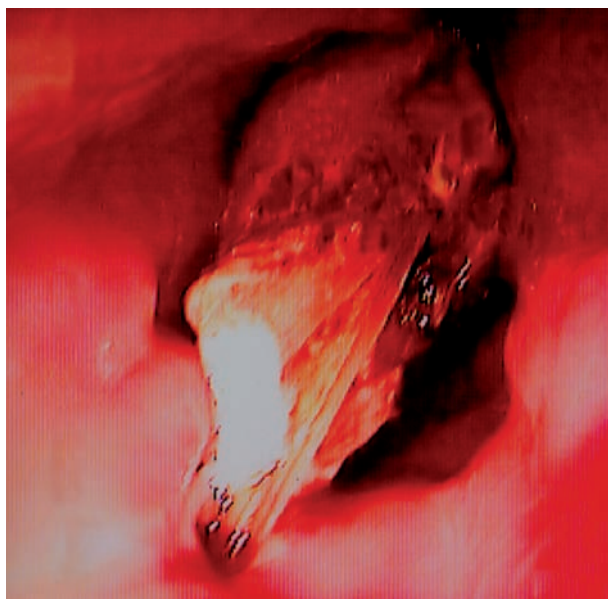
Ao exame físico apresentava-se apirética, corada e hidratada, sem tumefacções cervicais ou enfisema cutâneo. Não apresentava alterações da fala e afirmava deglutir líquidos sem problemas. Foi proposta à doente a realização de endoscopia digestiva alta.

Ao exame endoscópico, efectuado sem sedação e com boa tolerância, foi detectada espinha de peixe, com cerca de 30mm de extensão, situada logo abaixo do esfíncter esofágico superior, encravada profundamente nos seus dois topos, condicionando estenose luminal infranqueável, não se observando qualquer sinal de hemorragia

(Figura 1). Foi tentada a sua mobilização com pinça de corpos estranhos, sem sucesso pela fixação dos seus dois topos e risco de perfuração ou laceração. Através da insuflação de balão TTS abaixo do corpo estranho, aumentando o diâmetro luminal, tentou-se libertar um dos topos, também sem eficácia. Tentou-se de seguida a fragmentação da espinha com recurso a árgon-plasma, sem sucesso. Posteriormente utilizou-se Laser de Nd:YAG numa dose total de 600J, a qual se revelou eficaz ao seccionar a espinha em dois fragmentos (Figura 2) permitindo o fácil desencravamento dos topos e a sua mobilização para a cavidade gástrica com uma pinça de corpos estranhos. Ao controlo endoscópico foram observadas duas lacerações locais, sem hemorragia ou sinais de perfuração (Figura 3).

A doente teve alta clínica com indicação de realizar dieta líquida durante 24 horas e associando-se metronidazol oral à antibioterapia já prescrita, tendo a sua situação sido resolvida.

A presença de corpos estranhos no tubo digestivo é fre-

**Figura 1****Figura 2**

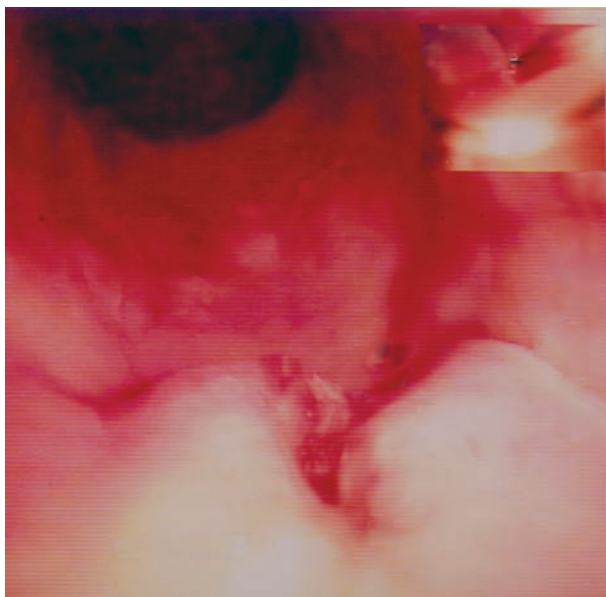


Figura 3

quente, quer por ingestão involuntária, quer voluntária, sendo o tracto superior a sua localização mais frequente (1). Em adultos, na maioria das situações trata-se da impactação de alimentos no esófago distal, existindo em mais de 75% dos casos algum tipo de estenose luminal (benigna ou maligna) (2), enquanto os corpos estranhos rígidos encravam predominantemente no esófago proximal (3).

O exame diagnóstico de eleição é a endoscopia digestiva alta, não só pela sua elevada acuidade diagnóstica (na localização e caracterização do corpo estranho, patologia digestiva subjacente e complicações locais) mas também pelas suas capacidades terapêuticas (2, 3, 4). De preferência deve ser efectuada nas primeiras 24 horas após a ingestão dado que, após este intervalo de tempo, o risco de complicações aumenta significativamente (2). A eficácia da remoção do corpo estranho depende da forma deste, das suas dimensões e da localização do mesmo, variando a taxa de sucesso entre 90 e 100% (1, 3, 4). Há vários métodos disponíveis para a remoção de corpos estranhos, sendo a cesta de Dormia útil nos objectos lisos e redondos, as pinças mais adequadas para objectos pontiagudos e a ansa de polipectomia mais ver-

sátil pela capacidade de remoção assim como de fragmentação de corpos estranhos. A opção depende normalmente da forma e tipo de corpo estranho assim como da experiência e das disponibilidades oferecidas por cada unidade endoscópica (1, 2, 3, 4, 5).

No caso de objectos de grandes dimensões, não mobilizáveis e de elevada consistência, a sua fragmentação pode ser tentada com recurso a árgon-plasma ou Laser, tendo este último uma maior capacidade de destruição tecidual. Nesta situação em particular, a não mobilização do corpo estranho com os acessórios disponíveis, pelo risco de agravar a lesão esofágica, assim como a demonstrada ineficácia do árgon-plasma, levou à utilização de Laser que permitiu o sucesso clínico obtido.

Correspondência:

Miguel Areia
 Serviço de Gastrenterologia
 Hospitais da Universidade de Coimbra
 Praceta Mota Pinto
 3000-075 COIMBRA
 Telef.:/Fax: 239701517
 e-mail: miguel.areia@netcabo.pt

BIBLIOGRAFIA

1. Katsinelos P, Kountouras J, Paroutoglou G, Zavos C, Mimidis K, Chatzimavroudis G. Endoscopic techniques and management of foreign body ingestion and food bolus impaction in the upper gastrointestinal tract: a retrospective analysis of 139 cases. *J Clin Gastroenterol* 2006; 40: 784-9.
2. Pfau PR, Ginsberg GG. Foreign bodies and bezoars. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*, Philadelphia: Saunders Elsevier, 8th edition, 2006: 499-513.
3. Lérias C, Pina Cabral JE, Souto P, Saraiva S, Baldaia C, Gouveia H, et al. Corpos estranhos no tracto digestivo alto: análise de 552 casos. *GE - J Port Gastreterol* 2003; 10:92-99.
4. Li ZS, Sun ZX, Zou DW, Xu GM, Wu RP, Liao Z. Endoscopic management of foreign bodies in the upper-GI tract: experience with 1088 cases in China. *Gastrointest Endosc* 2006; 64: 485-92.
5. Faigel DO, Stotland BR, Kochman ML, Hoops T, Judge T, Kroser J, et al. Device choice and experience level in endoscopic foreign object retrieval: an in vivo study. *Gastrointest Endosc* 1997; 45: 490-2.