

# Epigastralgias por osso espetado na parede gástrica

## *Epigastric pain due to bone in the gastric wall*

Paulo Freire, Dário Gomes, Helena Sousa, Francisco Portela, Paulo Andrade, Sandra Lopes, Susana Alves, Hermano Gouveia, Maximino Correia Leitão

### CASO CLÍNICO

Doente de 84 anos, sexo feminino, admitida no Serviço de Urgência por epigastralgias intensas com início 2 horas após o almoço. Apresentava-se febril (temperatura axilar = 38,0°C), com dor e defesa à palpação do epigastro. Negava ingestão de anti-inflamatórios não esteróides e não referia história de úlcera péptica. As análises (incluindo enzimologia cardíaca, amilase e amilásúria), o electrocardiograma, a radiografia do tórax e do abdómen e a ecografia abdominal não revelaram alterações.

Na endoscopia digestiva alta detectou-se corpo estranho espetado na pequena curvatura do antro pré-pilórico (Fig. 1), cuja extracção revelou tratar-se de esquirola óssea com aproximadamente 3 cm (Fig. 2) inserida numa profundidade de 2 cm. De seguida colocaram-se 2 *clips* no local da inserção (Fig. 3), tendo o procedimento decorrido sem incidentes. Verificou-se resolução imediata das queixas álgicas. A composição do almoço que antecedeu o início das queixas incluía frango, mas a doente, que usava prótese dentária, não se apercebeu da deglutição do osso.



Fig. 1. Corpo estranho (osso) espetado na pequena curvatura do antro pré-pilórico.



Fig. 2. Esquirola óssea com 3 cm.

Serviço de Gastroenterologia – Hospitais da Universidade de Coimbra; **Correspondência:** Paulo André Vinagreiro Freire; **E-mail:** pauloavfreire@gmail.com; **Tel:** +351 239 701 517; **Recebido para publicação:** 01/08/2009 e **Aceite para publicação:** 23/11/2009.

A paciente ficou internada a cumprir vigilância e tratamento conservador, nomeadamente dieta 0, omeprazol e antibioterapia com imipenem. Após 2 dias estava apirética e assintomática, tendo iniciado dieta oral que tolerou pelo que teve alta.

## DISCUSSÃO

A ingestão de corpos estranhos é uma ocorrência relativamente frequente, sendo mais comum nos presidiários, doentes psiquiátricos, alcoólicos, crianças, idosos, doentes com problemas dentários (dentição incompleta e/ou utilização de próteses dentárias) e em determinadas profissões (carpinteiros, costureiras)<sup>1-3</sup>. O risco conferido pelas próteses dentárias resulta do facto destas estruturas abolirem ou diminuírem a sensibilidade táctil do palato<sup>3</sup>. A função sensorial do palato constitui um importante mecanismo de protecção porque facilita a detecção de elementos afiados ou rugosos do bolo alimentar. Cerca de 80% dos doentes que ingerem corpos estranhos têm problemas dentários, nomeadamente dentição incompleta e/ou utilização de próteses dentárias. Na nossa doente, a deglutição inadvertida e ignorada do fragmento ósseo terá sido facilitada pela prótese dentária que ela utiliza.

A suspeição clínica é dificultada pelo facto de muitos doentes não relatarem a deglutição dos corpos estranhos. Na verdade, a deglutição de corpos estranhos passa frequentemente despercebida ou, sendo notada, não lhe é atribuída importância nem nexo de causalidade com sintomas inespecíficos que por vezes só aparecem meses ou anos mais tarde<sup>3</sup>.

Embora a maioria dos corpos estranhos ingeridos percorra a totalidade do tubo digestivo e seja eliminada espontaneamente, 10-20% necessitam de remoção endoscópica e 1% exigem extracção cirúrgica<sup>1,2,4</sup>. Nos casos em que se verifica impacto, o esfago é a localização mais frequente<sup>5</sup>. Quando um corpo estranho atinge o estômago, muito provavelmente percorrerá o restante tubo digestivo sem dificuldade e sem causar complicações<sup>1,4,5</sup>. Na literatura esta descrito apenas um caso de penetração da parede gástrica por osso de frango com resolução endoscópica através da extracção do corpo estranho e posterior encerramento com *clips*<sup>2</sup>. Os *clips*, originalmente utilizados como método hemostático, têm sido utilizados com sucesso na reparação de perfurações, inclusive no contexto da perfuração por corpos estranhos<sup>2,5</sup>.

Apesar de se tratar de um corpo estranho radiopaco, a radiografia simples do abdómen é frequentemente normal, porque os tecidos moles à volta do osso exercem um efeito de massa, que é dissimulador<sup>1,3</sup>. Por outro lado, as perfurações não condicionam habitualmente pneumoperitoneu, dado que resultam do impacto do corpo estra-



Fig. 3. Encerramento do local de inserção com 2 *clips*.

nho e posterior erosão progressiva da parede intestinal, processo com carácter diferido que permite a contenção por fibrina e pelas estruturas abdominais adjacentes<sup>3</sup>. Na realidade, o pneumoperitoneu só se verifica em 15,9% das perfurações relacionadas com corpos estranhos<sup>3</sup>.

A dificuldade de obter uma história definitiva de ingestão dum corpo estranho, o amplo espectro de apresentações clínicas inespecíficas que se associam a estes casos e as limitações da radiografia simples do abdómen, tornam o diagnóstico destas situações um sério desafio, algo de que o caso reportado é bem elucidativo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, et al. Guideline for the management of ingested foreign bodies. *Gastrointest Endosc* 2002;55:802-806.
2. Kim JS, Kim HK, Cho YS, et al. Extraction and clipping repair of a chicken bone penetrating the gastric wall. *World J Gastroenterol* 2008;14:1955-1957.
3. Goh BK, Chow PK, Quah HM, et al. Perforation of the gastrointestinal tract secondary to ingestion of foreign bodies. *World J Surg* 2006;30:372-377.
4. Li ZS, Sun ZX, Zou DW, et al. Endoscopic management of foreign bodies in the upper-GI tract: experience with 1088 cases in China. *Gastrointest Endosc* 2006;64:485-492.
5. Matsubara M, Hirasaki S, Suzuki S. Gastric penetration by an ingested toothpick successfully managed with computed tomography and endoscopy. *Intern Med* 2007;46:971-974.