

Relato de Caso

Relato de caso: remoção endoscópica de corpo estranho do trato digestivo superior: lâmina de bisturi*Case report: endoscopic remotion of a foreign body in the upper digestive tract: scalpel blade***Edson Araújo Rios Júnior¹, Natália Rodrigues Moraes Silva²,
Clara Lemos Careiro Trindade³, Giovanni Coelho Greco⁴**

Rios Junior EA, Silva NRM, Trindade CLC, Greco GC. Relato de caso: remoção endoscópica de corpo estranho do trato digestivo superior: lâmina de bisturi / *Case report: endoscopic remotion of a foreign body in the upper digestive tract: scalpel blade*. Rev Med (São Paulo). 2024 mar.-abr.;103(2):e-208152.

RESUMO: A presença de corpo estranho no trato gastrointestinal (TGI) superior não é incomum, principalmente em crianças e pacientes psiquiátricos. A grande maioria dos objetos ingeridos permanece no TGI superior. As complicações variam conforme as características do corpo estranho e a forma como são ingeridos. Grande parte não precisará de abordagem qualquer. No entanto, cerca de 10% a 20% dos casos necessitarão de abordagem endoscópica. O caso em questão trata sobre um paciente idoso, previamente hígido, submetido à cirurgia ortodôntica, com ingestão acidental de lâmina de bisturi e posterior impatcação da mesma no estômago. Foi submetido à radiografia de tórax e endoscopia digestiva alta, com finalidade diagnóstica e terapêutica. Não houve lesão causada pela lâmina durante o trajeto e/ou durante a remoção, seguindo o procedimento sem intercorrências e recuperação plena do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Endoscopia; Migração de Corpo Estranho; Trato Gastrointestinal; Trato Gastrointestinal Superior.

ABSTRACT: The presence of a foreign body in the upper gastrointestinal tract (GIT) is not unusual, especially in psychiatric patients and kids. The larger number of ingested objects stays in the superior GIT. Complications chance according to the foreign body characteristics and the way they are ingested. However, only 10 to 20% of the cases will need endoscopic approach. The current case is an old patient, previously healthy, subjected to an orthodontic surgery, which resulted in an accidental ingestion of a scalpel blade that stayed in the stomach. He went through a chest X-Ray and upper digestive endoscopy, which was used for diagnosis and treatment. There was not any injury caused by the blade during the transfer to the stomach, neither during the remotion. The procedure went through without any complications and the patient had a full recovery.

KEY WORDS: Endoscopy; Foreign Body Migration; Gastrointestinal Tract; Upper Gastrointestinal Tract.

¹. Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ) – Campus Centro Oeste – Divinópolis, MG, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1549-650X>, email: edson.junior.ita@gmail.com

². Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ) – Campus Centro Oeste – Divinópolis, MG, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5868-4594>, email: nataliarms29@gmail.com

³. Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ) – Campus Centro Oeste – Divinópolis, MG, Brasil, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0880-5279>, email: claralemos15@gmail.com

⁴. Hospital São Judas Tadeu - Divinópolis, MG, Brasil; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1517-405X> email: gjcgreco@gmail.com

Endereço para correspondência: Edson Araújo Rios Júnior. Avenida Rio Grande do Sul, nº 1021, apto 804 – Centro, Divinópolis, MG, Brasil. CEP: 35500-025. Email: edson.junior.ita@gmail.com

INTRODUÇÃO

A presença de corpo estranho no trato gastrointestinal (TGI) superior não é muito incomum, visto que, apenas nos Estados Unidos, são registrados mais de 100000 casos anualmente¹. Tal incidência ocorre majoritariamente em crianças, entre 6 meses e 3 anos (mais de 75% dos casos), com a ingestão de objetos de pequeno tamanho, como moedas, anéis, imãs e baterias². Em relação à população adulta, grande parte dos casos estão associados a pacientes com distúrbios psiquiátricos ou idosos edentados³.

A maioria dos corpos estranhos ingeridos tendem a apresentar resolução espontânea, passando por todo TGI sem grandes problemas, apenas 10 a 20% dos casos requerem remoção endoscópica. Existem fatores de risco associados a retenção dos corpos estranhos, especialmente no esôfago, dentre eles estão: idade mais jovem, má formação congênita, cirurgia previa de esôfago, refluxo gastroesofágico e doenças neuromusculares⁴.

Dentre os objetos que permanecem impactos, estudos mostraram que a maioria dos mantém-se no trato gastrointestinal superior, sendo que no estudo de Roura et al, 99% dos casos seguiam essa linha⁵. De forma mais detalhado, um estudo de 2021 mostrou que 83% dos objetos permanecem no esôfago, 11% descem até o estômago e apenas 2% permanecem impactados na faringe e duodeno⁶. Os sintomas e complicações relacionadas dependerão do tipo de objeto ingerido, do local onde ficou alojado e do tempo em que permaneceu dentro do TGI, podem ser desde assintomático a causadores de perfuração intestinal ou fistula aortoduodenal^{7,8}.

Conforme o formato do objeto, complicações podem surgir, como no caso de objetos pontiagudos que cursam de 15% a 35% dos casos com perfuração^{7,8}. Mesmo objetos contundentes podem causar complicações como perfuração intestinal⁹ e até apendicite tardia¹⁰. Alguns autores sugerem que objetos maiores, a duração da impactação, a localização esofágica, a idade ≥ 60 e o retardo do manejo endoscópico constituem fatores de risco para complicações⁶.

O médico será o responsável por avaliar a necessidade de intervenção endoscópica ou não. A *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* (ESGE)¹¹ e a Diretriz da Sociedade Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE)¹², recomenda a esofagogastroduodenoscopia terapêutica urgente, que acontece nas primeiras 24 horas, para corpos estranhos pontiagudos no estômago ou duodeno; quando há a presença de objetos superiores a 5 cm de comprimento no duodeno proximal ou acima dele e nos casos de ingestão de ímãs que estão ao alcance endoscópico¹¹. Tal abordagem é preconizada com a intenção de remover tais objetos antes da sua passagem pelo piloro e o consequente contato com o intestino, que pode cursar com perfuração, principalmente após a passagem pela válvula ileocecal¹³.

Em certos casos, a intervenção por via endoscópica não deve ser a escolha. Dentre eles se enquadram aqueles em que o paciente se encontra assintomático e aqueles em que a passagem espontânea do corpo estranho seja provável, nesses casos pode-se optar pelo manejo expectante do paciente². Além disso, quando o corpo estranho se encontra distal ligamento

de Treitz, a remoção por endoscopia é improvável, sendo a enteroscopia profunda de intestino delgado a alternativa mais viável, nos casos em que a passagem espontânea não é possível⁴. Na remoção de pacotes de contrabando, contendo drogas ilícitas, também não é recomendada a abordagem endoscópica, devido ao risco de ruptura, que pode levar a overdose fatal¹.

Pacientes que ingeriram objetos perfuro-cortantes podem cursar com uma série de sintomas, desde leves até os de maior gravidade. Alguns exemplos desses sintomas são: o enfisema subcutâneo, o pneumomediastino ou derrame pleural, o comprometimento das vias aéreas, a perfuração ou penetração intestinal, as fistulas aórticas ou traqueais ou o tamponamento cardíaco^{3,7,8,11}. Além do quadro clínico, o diagnóstico da ingestão do corpo estranho pode ser auxiliado por exames de imagem. A endoscopia digestiva, a radiografia simples de tórax, assim como a Tomografia Computadorizada podem ser solicitadas². Entretanto, existem objetos cortantes que não são vistos à radiografia de tórax, portanto deve-se recorrer à endoscopia nesses casos.

Para a remoção de objetos pontiagudos, recomenda-se que seja efetuada com urgência (nas primeiras 24 horas), sendo empregado dispositivos para proteger a mucosa, como o *overtube* ou capuz de borracha de látex. O tratamento por meio da endoscopia flexível é uma técnica segura, com altas taxas de sucesso e baixa morbimortalidade¹³. A abordagem com o endoscópio rígido com o paciente sob anestesia geral também é uma opção. Em caso de falha do tratamento endoscópico, exames radiográficos diários de acompanhamento devem ser realizados para avaliar a passagem do corpo estranho e o manejo deve ser hospitalar com observação atenta. A terapia cirúrgica deve ser considerada especialmente nos casos que desenvolvem complicações e em casos de não progressão do objeto⁴.

OBJETIVO

O objetivo primordial é relatar um caso incomum de remoção de corpo estranho pouco frequente na literatura.

METODOLOGIA

Esse trabalho foi realizado a partir de um atendimento de um caso atípico de ingestão de corpo estranho pontiagudo. Os dados da paciente foram coletados através de história clínica e exames de radiografia de tórax e EDA. Nesse contexto, os sujeitos que compõem a pesquisa são médicos do Hospital São Judas Tadeu e acadêmicos de medicina do nono período da Universidade Federal de São João Del Rei.

Ademais, foi realizada uma pesquisa bibliográfica acerca da ingestão de corpos estranhos, sua incidência e métodos de abordagem, no intuito de se realizar uma fundamentação teórico-metodológica para o desenvolvimento do presente estudo. Os artigos utilizados para a realização do trabalho foram obtidos através de plataformas digitais, como SciELO, Lilacs e UptoDate, utilizando palavras-chave como “ingestão de corpo estranho” e “endoscopia digestiva alta”. A partir dessa pesquisa, foram selecionados os artigos de maior relevância. As informações foram analisadas, após leitura de toda a bibliografia, tornando

possível a seleção dos pontos mais relevantes e atualizados sobre o tema, em relação a tratamento, manejo e casos já relatados previamente, por exemplo.

O relato de caso em questão apresenta-se como uma maneira de contribuir para a divulgação do conhecimento científico na área da saúde. Este relato de caso foi autorizado pelo paciente para publicação, preservando sua identidade e respeitando as questões éticas envolvidas.

RELATO DE CASO

Paciente P.A.C., 61 anos, previamente hígido, não edentado, sem outras comorbidades. Submetido a tratamento odontológico, quando houve soltura da lâmina do cabo de bisturi, que entrou em contato com a parede posterior da orofaringe, com consequente ativação do reflexo da deglutição. Imediatamente, o paciente foi conduzido ao Hospital São Judas Tadeu, da cidade de Divinópolis-MG, sendo submetido à radiografia simples de tórax (Figura 1) e à Endoscopia Digestiva Alta com o seguinte laudo:

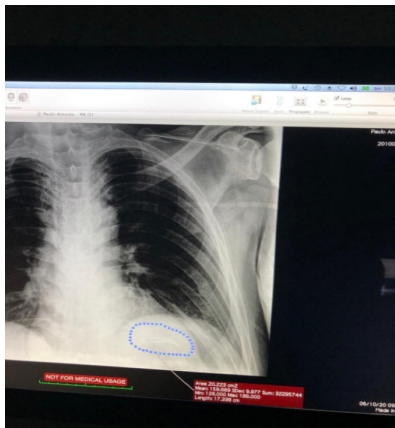


Figura 1 - Fotografia de radiografia de tórax em PA, evidenciando a presença de lâmina de bisturi em hemitórax esquerdo, região inferior da imagem

- Esôfago: Diâmetro interno e elasticidade habituais, mucosa rósea e plana, deixando transparecer os vasos da submucosa. A transição escamo-colunar coincide com o pinçamento diafragmático;

- Estômago: Pequena quantidade de líquido claro de estase. Conformação interna, distensibilidade, pregas e mucosa do corpo e fundo de aspecto normal. Antro com mucosa rósea e plana. Píloro centrado. À retrovisão, o orifício hiatal encontrava-se fechado, presença de corpo estranho (lâmina de bisturi) no estômago;

- Duodeno: Bulbo duodenal amplo, mucosa aveludada, coloração habitual, fácil transposição para a segunda porção duodenal.

Durante o próprio exame foi realizada a medida terapêutica, com remoção do corpo estranho utilizando *distal cap* para evitar que houvesse lesão do trato digestivo superior durante a sua retirada. O procedimento aconteceu sem intercorrências. Procedimento acompanhado por médico anestesiológico, sob

sedação a base de Propofol, para remoção do corpo estranho fora utilizado endoscópio flexível.

DISCUSSÃO

As taxas de complicações de ingestão de corpos estranhos em geral, impactados em trato digestivo alto, é menor que 1%. Porém, o tratamento de urgência (em menos de 24 horas) é necessário devido ao risco de perfuração em caso de objetos perfurantes ou cortantes^{2,12}. O paciente P.A.C. foi abordado imediatamente após sua intercorrência, sem que qualquer complicação acontecesse. Dessa forma, nota-se que optar pela via endoscópica, quando indicado, é a conduta mais adequada¹¹. Vale ressaltar a importância diagnóstica e terapêutica da EDA. Através dela, torna-se possível uma abordagem pouco invasiva e com redução dos índices de possíveis complicações relacionadas ao trauma gerado pelo corpo estranho.

Além disso, conforme a diretriz da ESGE, corpos estranhos pontiagudos devem ser removidos com a extremidade pontiaguda distal ao endoscópio, para reduzir os riscos de lesão durante a sua extração¹¹. Tal recomendação foi seguida no caso apresentado, demonstrando mais uma vez a eficácia da técnica.

O paciente do presente relato não faz parte do grupo etário mais comumente acometido por tal intercorrência, já que é mais frequente em crianças e se trata de adulto de 61 anos⁶. Ademais, o paciente também não possui outra característica que corrobore com a maior incidência de ingestão de corpo estranho, como um transtorno psiquiátrico, por exemplo⁴. Porém, a lâmina de bisturi ingerida se alojou no TGI superior, mais especificamente no estômago, que é um dos locais mais comuns de se encontrar corpos estranhos ingeridos.

Ademais, no presente relato, o corpo estranho se localizava preso no orifício hiatal, local que não indicava uma passagem espontânea do objeto. Dessa forma, a intervenção endoscópica estaria indicada mesmo se não se tratasse de objeto pontiagudo ou cortante.

No caso apresentado, o paciente foi encaminhado imediatamente ao hospital para abordagem, antes da manifestação de qualquer sintoma. Com isso, os exames de imagem foram ferramentas essenciais para localizar o objeto e para o manejo terapêutico. Devido ao fato de se tratar de objeto radiopaco, e por ser um exame mais rápido e mais disponível, primeiramente foi realizada a radiografia de tórax, que evidenciou o posicionamento da lâmina. Essa visualização não seria possível para alguns objetos perfuro cortantes, como vidros ou palitos.

Em seguida, o paciente foi abordado com o endoscópio flexível, com objetivo diagnóstico e terapêutico. Esse exame é descrito em literatura como o ideal para a remoção de objetos perfuro cortantes¹². Porém, sabe-se que também é possível fazer tal abordagem através da endoscopia rígida sob anestesia geral, dependendo da localização do objeto.

Em relação à técnica de remoção do objeto, utilizou-se *distal cap* para proteção da mucosa no trajeto de retirada (Figura 2). Ela foi utilizada como um capuz de borracha de látex, que é o instrumento auxiliar descrito nas remoções de corpos estranhos, mas que não estava disponível no momento da abordagem. Com

isso, justifica-se a importância do presente estudo, que além de confirmar a eficácia da EDA na remoção de corpos estranhos e relatar um caso de baixa incidência, apresenta uma alternativa ao capuz de borracha de látex, que nem sempre se encontra disponível nos hospitais.

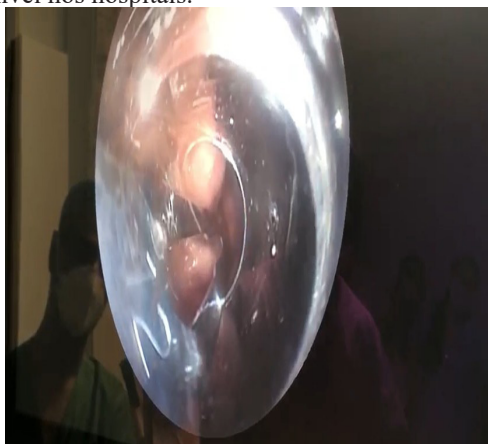


Figura 2 - Retirada da lâmina de bisturi número 12 via endoscópica com auxílio de distal cap

Outrossim, sabe-se que a ingestão de objetos pontiagudos possui maior taxa de complicações quando comparada a outros objetos. Porém, grande parte deles, quando chegam ao intestino delgado, passa sem complicações por todo o trato gastrointestinal. Nesses casos, recomenda-se ao paciente uma dieta rica em fibras, evitando laxantes. São feitas radiografias seriadas e um rastreamento das fezes, considerando intervenção cirúrgica apenas após 3 a 4 dias de evolução sem que o objeto tenha progredido¹⁴.

CONCLUSÃO

Por fim, no caso apresentado houve boa resolução, sem que houvesse complicações. Demonstrou-se, então, a segurança da técnica de remoção do corpo estranho com o auxílio da endoscopia flexível, que é conhecida por sua alta taxa de sucesso.

Participação dos autores: Edson Araújo Rios Junior – Revisão de Literatura, Redação do Artigo; Clara Lemos Trindade Carneiro – Revisão de Literatura; Redação do artigo; Natália Rodrigues Moraes Silva – Revisão de Literatura, Redação do artigo; Giovanni Coelho Greco – Orientação.

REFERÊNCIAS

1. Fung BM, Sweetser S, Wong Kee Song LM, Tabibian JH. Foreign object ingestion and esophageal food impaction: An update and review on endoscopic management. *World J Gastrointest Endosc* [Internet]. 2019;11(3):174-92. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6425280/>. Doi:10.4253/wjge.v11.i3.174
2. Ginger MA, Jain AK. Foreign bodies of the esophagus and gastrointestinal tract in children. In: *UpToDate*. 2022. <https://www.uptodate.com/contents/foreign-bodies-of-the-esophagus-and-gastrointestinal-tract-in-children>. Doi: 10.4103/ajps.AJPS_148_20
3. Sugawa C, Ono H, Taleb M, Lucas, CE. Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract. *World J Gastrointest Endosc* [Internet]. 2014;6(10):475–81. Doi: 10.4253/wjge.v6.i10.475.
4. Triadafilopoulos, G. Ingested foreign bodies and food impactions in adults. In: *UpToDate*, 2023. <https://www.uptodate.com/contents/ingested-foreign-bodies-and-food-impactions-in-adults>. Doi: 10.1097/MPG.
5. Roura J, Morelló A, Comas J, Ferrán F, Colomé M, Traserra J. Corpos estranhos de esôfago em adultos. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* [Internet]. 1990;52:51-6. Doi: 10.1159/000276103.
6. Wang X, Su S, Chen Y, Wang Z, Li Y, Hou J, et al. The removal of foreign body ingestion in the upper gastrointestinal tract: a retrospective study of 1,182 adult cases. *Ann Transl Med*. 2021;9(6):502. Doi:10.21037/atm-21-829
7. Başer M, Arslantürk H, Kisli E, Arslan M, Oztürk T, Uygan I, Kotan C. Primary aortoduodenal fistula due to a swallowed sewing needle: a rare cause of gastrointestinal bleeding. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2007;13(2):154-7. PMID: 17682960.
8. Pinero Madrona A, Fernández Hernández JA, Carrasco Prats M, et al. Intestinal perforation by foreign bodies. *Eur J Surg* 2000;166:307. Doi: 10.1080/110241500750009140.
9. Green SM, Schmidt SP, Rothrock SG. Delayed appendicitis from an ingested foreign body. *Am J Emerg Med* 1994; 12:53. Doi: 10.1016/0735-6757(94)90199-6
10. Cross KM, Holland AJ. Gravel gut: small bowel perforation due to a blunt ingested foreign body. *Pediatr Emerg Care* 2007;23:106. Doi: 10.1097/PEC.0b013e3180302be6
11. Birk M, Bauerfeind P, Deprez PH, Hafner M, Hartmann D, Hassan C, et al. Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy* [Internet]. 2016;48:489-96. Doi: 10.1055/s-0042-100456
12. ASGE Standards of Practice Committee; Ikenberry SO, Jue TL, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, Ben-Menachem T, Decker GA, Fanelli RD, Fisher LR, Fukami N, Harrison ME, Jain R, Khan KM, Krinsky ML, Maple JT, Sharaf R, Strohmeyer L, Dominitz JA. Management of ingested foreign bodies and food impactions. *Gastrointest Endosc*. 2011;73(6):1085-91. Doi: 10.1016/j.gie.2010.11.010.
13. Webb W.A Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: update. *Gastrointest Endosc*. [Internet]. 1995;41:39-51. Doi: 10.1016/0016-5085(88)90632-4
14. Smith MT, Wong RKH. Esophageal foreign bodies: Types and techniques for removal. *Cur Treat Opt Gastroenterol*. 2006;9(1):75-84. Doi:10.1007/s11938-006-0026-3

Recebido: 16.04.2024

Aceito: 09.05.2024