

---

## RELATO DE CASO

---

### *Corpo estranho no trato digestivo superior: relato de caso*

Gabriel Nagel<sup>1</sup>; Gustavo Coral Silveira<sup>1</sup>; Luiz Carlos Fornasa Júnior<sup>1</sup>, Thammy Dacorégio<sup>2</sup>

#### Resumo

Os autores relatam um caso de ingestão de corpo estranho incomum na prática médica. Um objeto metálico identificado (um talher – garfo) de aproximadamente 20cm de comprimento. Após a ingestão, o mesmo, ficou impactado na cavidade gástrica. Foi realizada uma radiografia de abdome que constatou o fato. A paciente foi encaminhada para a endoscopia (EDA) e sem sucesso de remoção foi feito um procedimento cirúrgico, onde foi exteriorizado o objeto, e a paciente evoluiu com um bom prognóstico.

**Descritores:** 1. *Corpo estranho;*  
2. *Trato Digestivo Superior;*  
3. *Ingestão.*

#### Abstract

The authors wrote about a case of ingestion of uncommon strange body. It was identified a metallic object (silverware fork) of approximately 20 cm length. After the ingestion, the fork was stick in the gastric cavity. The physician in charge requested for an abdomen x-ray that verified the fact. The patient was conducted to the endoscopy of the upper digestive tract and without the success removal, he was conducted to a surgical procedure. After the extract of the object, the patient developed with a good prognosis.

**Key-words:** 1. *Foreign body;*  
2. *Superior gastrointestinal tract;*  
3. *Ingestion.*

#### Introdução

A ingestão de objetos estranhos não é uma raridade na prática médica. Nos Estados Unidos ocorrem 1500 mortes anualmente por objetos estranhos no trato gastrointestinal superior (1). A ingestão pode ser acidental (mais comum) ou proposital, sendo as crianças de um a três anos de idade as responsáveis por 80% dos casos (2). Nos adultos, três grupos podem ser identificados: (A) pacientes psicológicos ou suicidas; (B) pacientes manipulativos; (C) pacientes com ingestão acidental. De 80-90% dos corpos estranhos ingeridos passam pelo trato gastrointestinal superior espontaneamente, 10-20% têm de ser removido endoscopicamente e 1% cirurgicamente. Setenta por cento das impactações acometem o terço superior do esôfago (1,2,3). Em crianças é mais comum a ingestão de moedas, botões, parafusos, parte de brinquedos (2,3), já em adultos a ocorrência mais comum é carne impactada, mas também ocorre com outros alimentos como osso de galinha, espinha de peixe, caroço de frutas e dentaduras.

#### Relato de caso

Paciente de 16 anos de idade, sexo feminino, branca natural e residente em Braço do Norte – SC. Deu entrada no hospital Santa Terezinha em Braço do Norte no dia 26 de junho de 2005. A paciente apresentava-se lúcida, bem orientada, agitada, relatando ter ingerido um “garfo” (um talher metálico) quando a mesma tentou provocar vômito após uma copiosa refeição. Os acompanhantes do paciente relataram que a mesma sofria de bulimia e de problemas psicológicos. No decorrer do atendimento emergencial a paciente foi encaminhada ao setor de radiologia onde foi feito um RX de abdome (figura 1) que constatou o aparecimento na cavidade gástrica de um objeto totalmente metálico e forma de talher (garfo), que confirmou o relato da paciente. A mesma foi encaminhada ao cirurgião – endoscopista para fazer a remoção do corpo estranho. O en-

---

1. Acadêmicos do quarto ano do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina.

2. Acadêmica do segundo ano do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina.

doscopista com a endoscopia digestiva alta—EDA, evidenciou o caso e relatou nenhuma lesão no trato digestivo superior (cavidade oral, esôfago, estômago e duodeno). O mesmo relatou que após várias tentativas para remoção do objeto com o endoscópio através de uma pinça (dente de rato, pinça de alça de polipectomia), não conseguiu fazer a remoção, pois o mesmo estava com suas “garras” voltadas para cima e seu tamanho impedia o endoscopista inverter sua posição dentro do estômago. Outro fato que dificultava a manobra era a grande quantidade de alimentos no estômago e também inúmeros acessos de vômitos apresentados pela paciente, atrapalhavam as manobras com o endoscópio. Em uma das inúmeras tentativas, o endoscopista conseguiu levar o objeto até o esôfago médio, mas com cautela e com o grande risco de complicações (perfuração) o mesmo resolveu desistir do procedimento e então indicar um procedimento cirúrgico (laparotomia exploradora, gastrostomia com gastrostomia).

**Figura 1** - Radiografia de abdome.



### Discussão

Nos casos de ingestão de corpo estranho a história clínica em crianças e adultos com déficit de consciência fica comprometida, mas pacientes lúcidos podem até indicar o local da impactação. Normalmente o exame físico desses pacientes é pobre (3).

Corpos estranhos impactados no esôfago podem obstruir a luz esofágica ou perfurar o mesmo, podendo de-

sencadear mediastinite com insuficiência cardiorespiratória, provocar fistula aorto-entérica, pneumotórax, pericardite, tamponamento cardíaco (1,3).

No estômago, as complicações mais comuns são: a perfuração, infecção e peritonite (1), distensão, dor abdominal, vômito, hematoquezia, febre inexplicada (3).

O estudo de imagem deve começar pela radiografia simples de tórax (PA e perfil) e abdome. Se o corpo estranho for radiopaco, a radiografia simples de tórax em PA e abdome é suficiente para o diagnóstico. Já o corpo estranho radiotransparente tem sua visualização prejudicada, podendo ser melhor visualizada após a ingestão de pequena quantidade de contraste baritado (3).

Na suspeita de perfuração é contra indicado o uso de bário (1,3), tendo como opção o uso de contraste iodado.

Em corpo estranho radiotransparentes como madeira, a radiografia apresenta sensibilidade de 13,6%, especificidade de 100% e acurácia de 56,8%. Já outros métodos como US, RM e a TC apresentam sensibilidade de 63,6%, 59,1% e 72,7% respectivamente; especificidade de 100% , 35,5% e 95,5% respectivamente; e acurácia de 81,8%, 77,3% e 84,1% respectivamente (4).

A endoscopia digestiva alta é o exame mais utilizado, pois além de ser diagnóstico também pode ser terapêutico (1,2,3).

### Referências

1. Munter DW. Gastrointestinal Foreign Bodies. [www.emedicine.com/EMERG/topic897.htm](http://www.emedicine.com/EMERG/topic897.htm)
2. Coelho JCU, Basadona G. Corpo estranho do esôfago. In: Coelho JCU. Aparelho Digestivo: Clínica e Cirurgia. Atheneu, 2005: 129-131.
3. Connors GP. Foreign Body Ingestion Pediatrics. [www.emedicine.com/EMERG/topic379.htm](http://www.emedicine.com/EMERG/topic379.htm)
4. Venter NG, Jamel N, Marques RG, Djahjah F, Mendonça LS. Evaluation of radiological methods for detection of wood foreign body in animal model. Acta Cir. Bras. vol.20 suppl.1 São Paulo 2005

### Endereço para Correspondência:

Luiz Carlos Fornasa Júnior: [fornasajunior@gmail.com](mailto:fornasajunior@gmail.com)