



Onde está o corpo estranho? Dois casos clínicos

Joana Rebelo¹, Teresa Almeida Campos¹, Américo Gonçalves¹, Eunice Trindade², Jorge Amil Dias²

1. Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de São João, Porto

2. Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de São João, Porto

Resumo

Na suspeita de ingestão de corpo estranho (CE) deve ser realizada radiografia cervico-toraco-abdominal que permita identificar a sua posição e determinar, juntamente com a informação do tipo de CE e a presença de sintomas, a necessidade e urgência da remoção endoscópica. Apresentam-se dois casos referentes à ingestão de CE, nos quais a radiografia cervico-toraco-abdominal em pé demonstrava aparente localização intestinal, apesar de decorridas poucas horas após ingestão. A radiografia em decúbito dorsal e posição de Trendelenburg permitiu a identificação da posição intragástrica e a remoção endoscópica. A abordagem radiológica inicial é habitualmente realizada na incidência de face postero-anterior, em pé, embora outras, tais como o decúbito dorsal ou Trendelenburg, possam ser úteis, principalmente perante dúvidas quanto à localização intra-abdominal exacta.

Palavras-chave: Corpo estranho; radiografia; decúbito dorsal; Trendelenburg.

Acta Pediatr Port 2012;43(1):21-3

Where is the foreign body? – Clinical cases

Abstract

Children presenting with probable ingestion of foreign bodies are usually submitted to radiological examination of neck, chest and abdomen in order to identify its location and to determine the need and urgency of its endoscopic removal, according to information concerning its nature and symptoms. We present two cases of foreign body ingestion, in which the initial radiograph in vertical position showed an apparent intestinal location, despite the short interval after ingestion. A repeated X-ray in supine position revealed the gastric location of both foreign bodies. The initial radiographic study is usually performed in the upright position, although other positions, such as supine and Trendelenburg, might be useful in determining the exact abdominal location of ingested foreign bodies.

Keywords: Foreign body; radiograph; supine position; Trendelenburg position.

Acta Pediatr Port 2012;43(1):21-3

Introdução

A ingestão de corpo estranho (CE) é comum em idade pediátrica. A grande maioria ocorre antes dos cinco anos de idade e é acidental, estimando-se que 10% dos casos representem recidivas^{1,2}.

Habitualmente o trajecto do CE no tubo digestivo ocorre sem sintomas ou complicações, sendo eliminado espontaneamente. No entanto, 10 a 20% necessitaram de remoção endoscópica^{1,2} e, menos de 1%, de intervenção cirúrgica por complicação significativa, tal como obstrução, perfuração ou apendicite^{1,2}.

A necessidade e a urgência da remoção endoscópica dos CE dependem de vários factores, nomeadamente do tipo (forma, tamanho, natureza,...), da presença ou ausência de sintomas, e da sua localização no tubo digestivo¹⁻³.

Muitos dos CE são radiopacos, pelo que o estudo radiográfico cervico-toraco-abdominal permite confirmar a sua presença e número e, ainda, identificar a sua localização no tubo digestivo¹⁻³.

Esta radiografia, geralmente realizada no Serviço de Urgência (SU), é habitualmente efectuada em pé, na incidência de face postero-anterior (PA). No entanto, outras incidências podem ser utilizadas em alternativa ou associação¹⁻³.

Relato de Casos

Caso 1

Criança do sexo feminino, de seis anos de idade, previamente saudável, que foi levada ao SU pediátrico por ingestão acidental de corpo estranho (moeda), ocorrida cerca de duas horas antes. Apresentava-se assintomática e sem alterações no exame objectivo. Foi realizada radiografia toraco-abdominal simples

Recebido: 11.10.2011

Aceite: 26.01.2012

Correspondência:

Joana Rebelo
Serviço de Pediatria, Hospital de São João
Alameda Professor Hernâni Monteiro
4200-319 Porto
joanarebelo@gmail.com

de pé, que confirmou a presença de CE e revelou a localização intra-abdominal, aparentemente a nível intestinal, na fossa ilíaca direita (Figura 1). A criança teve alta com vigilância de sintomas e de expulsão espontânea da moeda nas fezes, com indicação para regressar dentro de uma semana na sua ausência.

Por não ter ocorrido expulsão espontânea do CE, voltou ao SU, como indicado. Mantinha-se assintomática e o exame físico permanecia irrelevante. Foi realizada nova radiografia toraco-abdominal simples de pé, que revelou a presença da moeda na mesma localização. Para melhor esclarecimento acerca da localização da moeda, foi realizada outra radiografia em decúbito dorsal, que revelou a presença da moeda na região gástrica (Figura 1); procedeu-se então à remoção endoscópica sem intercorrências.



Figura 1 – Caso 1: Localização do corpo estranho em posição intra-abdominal, na fossa ilíaca direita, na radiografia de face em pé realizada 2 horas após a ingestão (à esquerda) e a sua localização intragástrica revelada na radiografia em decúbito dorsal (à direita).

Caso 2

Criança de três anos de idade, do sexo masculino, previamente saudável, transferida de um hospital distrital por ingestão de CE (pilha em botão) cerca de três horas antes da admissão hospitalar inicial. Estava assintomático e o exame objectivo era normal.

No primeiro hospital tinha sido realizada radiografia cervico-toraco-abdominal simples de pé, que confirmara a ingestão de CE e revelara a presença da pilha em posição intraabdominal, aparentemente a nível intestinal (Figura 2).



Figura 2 – Caso 2: Localização do corpo estranho em posição intra-abdominal, na radiografia de face em pé realizada 3 horas após a ingestão (à esquerda) e a sua localização intragástrica revelada na radiografia em posição de Trendelenburg (à direita).

Foi realizada nova radiografia, desta vez em posição de Trendelenburg, que mostrou a pilha em posição intragástrica (Figura 2), e possibilitou a sua remoção endoscópica sem intercorrências.

Discussão

A ingestão de CE nem sempre é observada por terceiros (40% das ingestões acidentais de CE não serão diagnosticadas^{1,3}), pelo que é necessário elevado grau de alerta relativamente às manifestações clínicas resultantes da sua impactação.

A necessidade e urgência da remoção endoscópica dos CE dependem de vários factores, nomeadamente do tipo, presença ou ausência de sintomas, e localização¹⁻³. Não existe consenso quanto aos procedimentos face à suspeita de ingestão de CE¹⁻³.

A maioria dos CE é radiopaca, sendo consensual a indicação para realização de estudo radiográfico cervico-toraco-abdominal, habitualmente na admissão no SU. Este exame permite, por um lado, confirmar a presença de um ou vários CE, e, por outro, definir a sua localização, auxiliando a avaliação da necessidade e urgência da sua remoção endoscópica¹⁻³.

A radiografia cervico-toraco-abdominal é habitualmente efectuada em pé, na incidência de face postero-anterior (PA). Outras incidências podem ser utilizadas em alternativa ou como complemento, como é o caso da radiografia de perfil. Deste modo, um CE redondo localizado no esófago é visto de face na radiografia PA e de forma linear na de perfil; a nível abdominal, na radiografia de perfil, um CE em posição anterior terá uma localização intragástrica e um CE em posição posterior estará localizado no intestino^{1,2}. Contudo, este método necessita de duas incidências e maior exposição a radiação ionizante.

Outras incidências que poderão ser utilizadas no SU e que permitem identificar a posição intragástrica de um CE abdominal são as radiografias em decúbito dorsal ou em posição de Trendelenburg¹⁻³, úteis principalmente em crianças de fenótipo longilíneo e de mais fácil realização em crianças pequenas e pouco colaborantes. Esta opção pode reduzir a uma única exposição a radiação.

Em ambos os casos apresentados a localização aparentemente intestinal do CE nas radiografias iniciais efectuadas no SU poderia ser questionada, uma vez que decorreria um curto espaço de tempo entre a ingestão e a o exame.

A identificação inicial da moeda em posição intragástrica no Caso 1 teria permitido reduzir a repetida exposição da criança a radiações ionizantes. É aceitável repetir o exame radiográfico apenas três a quatro semanas após a ingestão de CE pequenos e não traumáticos em crianças assintomáticas na ausência da expulsão espontânea nas fezes¹⁻³. No entanto, esta vigilância é um factor de preocupação e angústia para os pais, muitas vezes dificultada pela permanência diurna das crianças nos infantários e amas. Por outro lado, o trajecto pelo tubo digestivo da maioria dos CE está completo ao fim de cerca de uma semana, na ausência de impactação do mesmo¹. Assim, é aceitável realizar novo exame radiológico uma semana após a ingestão do CE seguido da sua remoção endoscópica se permanecer localizado no estômago.

No Caso 2, tratava-se de uma pilha de tipo botão, motivo pelo qual era fundamental a identificação exacta da sua localização, pelas implicações na urgência da realização de endoscopia terapêutica. Perante a ingestão deste tipo de CE é imprescindível incluir a região cervical e torácica na radiografia. No caso de impactação esofágica a sua remoção endoscópica é uma emergência, e deve ser efectuada em menos de duas horas, por risco de queimadura¹⁻³. Se a localização for intragástrica, a remoção deverá ser efectuada no caso de ausência de progressão num intervalo de 24 horas¹⁻³. No caso de localização intestinal, está indicada vigilância clínica e controlo radiológico com três a quatro dias de intervalo até à sua expulsão¹⁻³. A realização da radiografia em posição de Trendelenburg permitiu a identificação da posição intragástrica da pilha e tornou possível a sua remoção.

A correcta identificação da posição do CE no tubo digestivo utilizando a menor exposição possível a radiação é um objectivo a ter em conta. Neste sentido, a radiografia em decúbito dorsal ou em posição de Trendelenburg poderá ter interesse

como primeira abordagem radiológica no SU em crianças assintomáticas com suspeita de ingestão de CE.

Nunca é demais lembrar que o melhor tratamento para a ingestão de CE é a prevenção. A educação e a informação dos pais em relação aos perigos e riscos da ingestão de CE (particularmente das pilhas em forma de botão e dos CE pontiagudos e cortantes) não devem ser esquecidos nas consultas de rotina de saúde infantil.

Referências

1. Michaud L, Bellaiche M, Olives JP. Ingestion de corps étrangers chez l'enfant. Recommandations du Groupe francophone d'hépatologie, gastroentérologie et nutrition pédiatriques. *Arch Pediatr* 2009;16:54-61.
2. Bettali P, Rossi A, Bini M, Bacis G, Borrelli O, Cutrone C, et al. Update on caustic and foreign body ingestion in children. *Diagn Ther Endosc* 2009;969868. doi: 10.1155/2009/969868.
3. Kay M, Wyllie R. Pediatric foreign bodies and their management. *Curr Gastroenterol Rep* 2005;7:212-8.