



Introdução:

- A ingestão de corpos estranhos é responsável por cerca de 1500 mortes/ano.
- É mais comum na infância entre seis meses e seis anos. Em 98% dos casos ocorre de forma acidental.
- Nos adultos geralmente é secundário à ingestão alimentar (osso, bolo alimentar).
- A ingestão de corpos estranhos não alimentar é mais comum em adultos do sexo masculino, em situações de abuso de substâncias, ou doença psiquiátrica.
- A maioria dos casos de ingestão de corpos estranhos (C.E.), se resolve de modo expectante (80%), cerca de 10 a 20% necessitam de retirada endoscópica, e uma minoria, de retirada cirúrgica.

Quadro clínico:

- A maioria dos casos de C.E. em crianças são moedas, e em adultos, as impatações alimentares são mais comuns, e normalmente secundária a alguma alteração anatômica (estenoses, anéis esofágicos, neoplasias e esofagite eosinofílica).
- As queixas mais comuns são disfagia, odinofagia, salivação e dor torácica.
- Em crianças menores, o diagnóstico é mais difícil, devendo-se atentar ao sinais apresentados, como recusa em se alimentar, salivação, vômitos, alterações respiratórias e até afogamento.
- Em todos os pacientes, deve-se investigar sinais de complicações, como dificuldades respiratórias, hemorragias digestivas ou enfisema subcutâneo.
- Exames radiológicos podem ajudar no diagnóstico, sendo a radiografia o exame inicial, porém, na suspeita de C.E. não radiopaco (alimento, plásticos ou alumínio), a tomografia computadorizada pode ser útil, e determinar a natureza e formato do C.E.
- Especialmente em crianças, observa-se maior impatação no esôfago cervical, ao nível do cricofaríngeo (radiologicamente, na altura das clavículas). Deve-se evitar exames contrastados, devido ao risco de aspiração.

Tratamento:

O formato e composição do C.E. influencia no tipo de tratamento. Com relação ao formato, podem ser

rombos ou pontiagudos, curtos ou longos, e de composições específicas, como bezoares, bolos alimentares ou baterias.

A máxima de “cada caso é um caso” também se aplica ao tratamento de pacientes com C.E., porém, algumas orientações gerais podem ser descritas. Nos casos de C.E. pontiagudos, ou baterias no esôfago, desconforto importante, alterações respiratórias ou obstrução total (risco de aspiração), está indicada a remoção endoscópica de urgência. Na ausência destas alterações, o exame pode ser postergado porém, nenhum C.E. deve permanecer por mais de 24 horas impactado no esôfago.

A impactação alimentar (bolo), como já descrito, é normalmente secundária a alteração anatômica, e atualmente, com o aumento de cirurgias bariátricas, tem se tornado mais frequente nestes pacientes. A obstrução normalmente é total, com desconforto torácico e salivação. A remoção endoscópica por vezes envolve a retirada de todo o fragmento com alça, ou sua fragmentação com pinças ou alça, e secundariamente empurrar os fragmentos para o estômago ou retirar-os pela boca (pode ser interessante o uso de overtube para facilitar o procedimento).

Objetos rombos (em geral, moedas), passam pelo TGI sem problemas quando menores que 2cm. A retirada endoscópica está indicada:

- objetos rombos maiores que 2 cm,
- objetos impactados no esôfago,
- quando não saem do estômago após 4 semanas

Pilhas e baterias devem ser sempre retirados de forma urgente, quando impactados em esôfago, já que podem causar perfuração (a mucosa entra em contato com os dois polos, conduzindo corrente elétrica, gerando necrose por liquefação) . Caso a bateria esteja alojada no estômago, a chance é que ela passe pelo resto do trato gastrointestinal sem intercorrências. Nestes casos , o paciente, assintomático, pode ser acompanhado com exames radiológicos a cada três ou quatro dias, optando-se pela retirada endoscópica caso a bateria tenha mais de 20mm, impactada no estômago por mais de 48 horas, ou evolua com alterações gastrointestinais (pode ser tentada retirada endoscópica).

A **ingestão de imãs** tem se tornado mais frequente, já que cada vez menores e mais fortes, são usados em vários objetos, especialmente em brinquedos. Quando a ingestão é única, sua retirada é indicada quando ainda no trato gastrointestinal alto, e após a passagem pelo piloro, pode ser acompanhado. Quanto a ingestão é múltipla , o risco de complicações aumenta, já que eles podem levar a perfuração mais facilmente (atração entre eles, através das paredes do intestino). A retirada deve ser urgente, e para as peças que já tenham passado pelo estômago, a consulta com o cirurgião pediátrico é fundamental. Caso o paciente esteja sintomático, a retirada deve ser cirúrgica, se o paciente esta assintomático, a retirada endoscópica pode ser tentada.

Objetos pontiagudos (agulhas, ossos, palitos de dente), devem ser retirados antes de saírem do estômago, já que a podem perfurar o intestino ou impactar (válvula íleocecal ou anus). Nos casos de impactação em esôfago, a retirada deve ser urgente, já que após 72hs, o risco de perfuração, ou erosão para vai área ou grande vasos aumenta muito. Casos em que não é possível a retirada segura (objeto pontiagudo grande, impactado há mais de três dias, sinais de perfuração) a remoção cirúrgica esta indicada.

Objetos grandes, em geral, maiores que 5cm (canetas, ferramentas, escovas de dente), em geral, não passam pelo duodeno, devendo ser retirados. Como o procedimento pode ser difícil, o controle e proteção da via aérea é importante, podendo ser indicada intubação orotraqueal ou uso de overtube.

Bezoares (concreções secundárias a material deglutido, como cabelos, bário, vegetais), podem ser de difícil retirada, pois em geral tendem a ser volumosos (como no tricobezoar), estando indicada a cirurgia.

No caso de ingestão de pacotes de **narcóticos** a remoção endoscópica é contraindicada, pois a manipulação dos pacotes pode levar a perfuração do mesmo, com liberação da droga no estômago do paciente, e consequente overdose. Em geral se aguarda a eliminação espontânea da droga, e quando esta não ocorre, indica-se a cirurgia.

Por fim a impaction de C.E., em intestino médio, pode ser removido por endoscopia, quando presentes enteroscópios e acessórios adequados para tal.

Sumarizando:

"Timing" da endoscopia:

- **Emergência :**
 - Obstrução de esôfago (risco de aspiração)
 - Baterias no esôfago
 - Objetos pontiagudos no esôfago
- **Urgência (dentro das primeiras 24h) :**
 - Corpos estranhos em esôfago não pontiagudos
 - Impaction alimentar sem obstrução total
 - Objetos pontiagudos em estômago e duodeno
 - Objetos maiores que 6 cm de comprimento em duodeno
 - Imãs ao alcance endoscópico
- **Não urgente :**
 - Moedas no estômago em pacientes assintomáticos
 - Objetos rombos maiores de 25 mm no estômago
 - Baterias no estômago podem ser observadas até 48 horas (maiores de 20mm dificilmente irão migrar e necessitam ser retiradas)
 - Objetos rombos que não continuam no estômago após 4 semanas
 - Objetos rombos impactados em duodeno por mais de 1 semana.



Bibliografia :

1: Sugawa C, Ono H, Taleb M, Lucas CE. Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract: A review. *World J Gastrointest Endosc.* 2014 Oct 16;6(10):475-81. doi: 10.4253/wjge.v6.i10.475. (free article)

2: Wright CC, Closson FT. Updates in pediatric gastrointestinal foreign bodies. *Pediatr Clin North Am.* 2013 Oct;60(5):1221-39. doi: 10.1016/j.pcl.2013.06.007.

3 :Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JL, Johanson JF, Mallery JS, Raddawi HM, Vargo JJ 2nd, Waring JP, Fanelli RD, Wheeler-Harbaugh J; American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Guideline for the management of ingested foreign bodies. *Gastrointest Endosc.* 2002



Jun;55(7):802-6.