

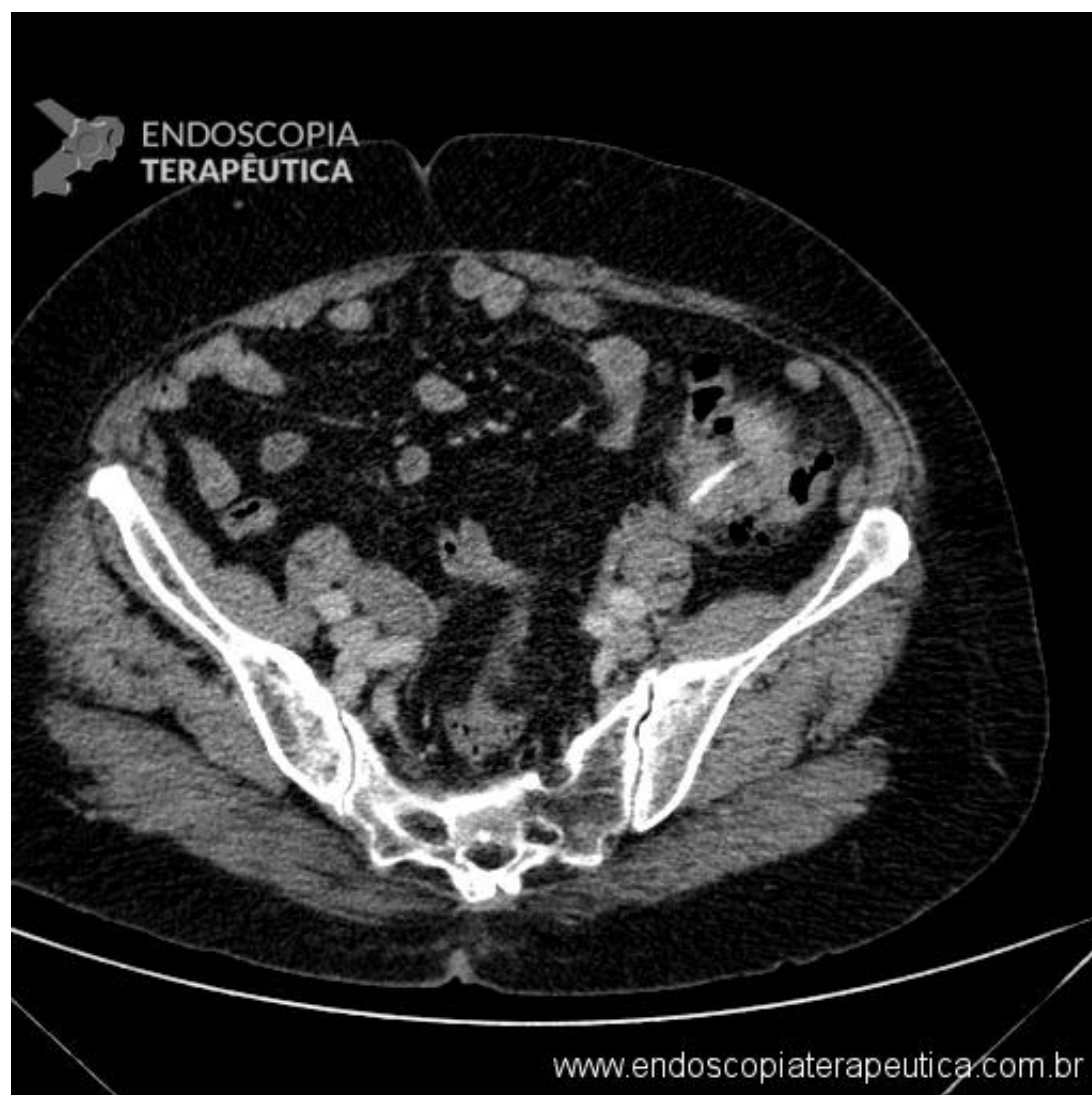
## Relato do caso:

Paciente do sexo feminino, 75 anos, deu entrada no PS por dor abdominal em flanco esquerdo há cerca de 20 dias, hiporexia, perda ponderal de 5 kg, astenia e febre. Antecedentes: DRGE. Em uso de omeprazol e domperidona. Ao exame físico: bom estado geral, afebril, eupneica. PA: 130 x 70, FC: 110 bpm. Abdome: globoso, flácido, doloroso à palpação profunda em flanco e fossa ilíaca esquerda. DB negativo. RHA +.

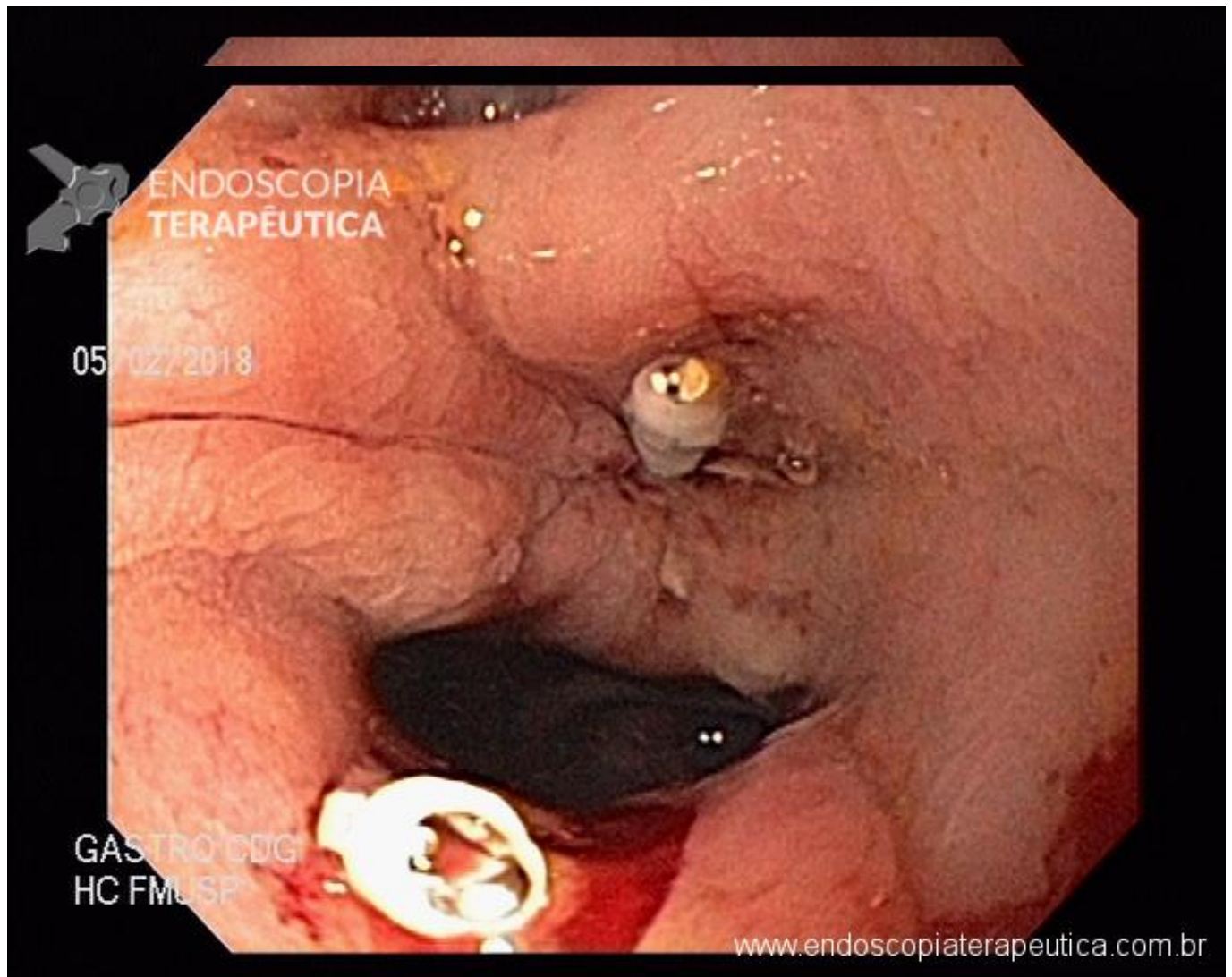
**RX de abdome:** Ausência de sinais de pneumoperitônio, mas com distensão de alças colônicas.



**TC de abdome:** Material hiperatenuante alongado na topografia de sigmoide associada à densificação da gordura sugerindo processo inflamatório (microperfuração). Não identificado pneumoperitônio.



Optado por realizar [colonoscopia](#) que evidenciou um corpo estranho (osso de galinha) em sigmoide transfixando a parede colônica em suas duas extremidades com presença de processo inflamatório local (hiperemia e secreção purulenta), além de inúmeros óstios diverticulares. Optado por mobilizar o osso com pinça de corpo estranho (tipo "jacaré") para o interior da luz colônica e, conseqüentemente, deslocamento da outra extremidade. Realizada a retirada sem intercorrências. Optado por colocação de hemoclipes em cada leito. Paciente teve alta após 48h, com melhora da dor abdominal, sem febre e boa aceitação de dieta VO.





<http://endoscopiaterapeutica.com.br/wp-content/uploads/2018/03/Ale-CE4.mp4>

## Discussão:

A ingestão acidental de corpo estranho é um problema frequente em atendimentos de emergência. Felizmente, em apenas 1% dos casos ocorre perfuração em alguma porção do trato gastrointestinal. Os corpos estranhos alongados e pontiagudos (palito de dente, espinha de peixe e osso de galinha) são os que estão mais associados à perfuração, sendo o intestino delgado o local mais frequente. O diagnóstico, geralmente, é tardio e a ingestão do corpo estranho não é relatada pelo paciente. Idosos, usuários de dentaduras, alcoólatras e pacientes psiquiátricos são a população mais predisposta.

A radiografia convencional tem sensibilidade diminuída para a maioria dos corpos estranhos. A tomografia de abdome tem melhor sensibilidade e acurácia para corpos estranhos calcificados e não calcificados.

A perfuração é consequente à impactação e erosão progressiva do corpo estranho contra a parede intestinal. O pneumoperitônio não é comum por conta de o local da perfuração ser recoberto por fibrina, omento e outras alças intestinais, o que limita a passagem de gases para a cavidade peritoneal.

O tratamento endoscópico vs cirúrgico vai depender da presença de complicações (perfurações com abscesso intracavitário, fístulas), mas, frequentemente, tende a ser conservador (endoscópico).

## Como citar esse artigo:

Carlos, A. *Caso Clínico – Corpo Estranho em Cólon. Endoscopia Terapêutica; 2021. Disponível em: <http://endoscopiaterapeutica.com.br/casosclinicos/caso-clinico-corpo-estanho-em-colon/>*

## Referências bibliográficas:

1. Clin J Gastroenterol.2017 Dec;10(6):491-497;
2. Nicolodi GC et al Radiol Bras. 2016 Set/Out;49(5):295–299;
3. World J Surg Oncol.2011 Feb 18;9:24. doi: 10.1186/1477-7819-9-24;
4. Wien Klin Wochenschr.2009;121(5-6):220-2;
5. Acta Gastroenterol Latinoam.1997;27(5):329-30.

Acesse o [Endoscopia Terapêutica](#) para tomar contato com mais [artigos comentados](#), [assuntos gerais](#), [casos](#)



ENDOSCOPIA  
TERAPÊUTICA

[clínicos](#), [quizzes](#), [classificações](#) e mais!