

INTRODUÇÃO

A presença de corpo estranho (CE) no intestino grosso pode ocorrer por deglutição involuntária ou introdução pelo ânus ¹. Por sua vez, a ingestão acidental de CE junto com a alimentação é um problema clínico comum nos serviços de atendimento de emergência. Todavia, a grande maioria dos corpos estranhos deglutidos transita no trato gastrointestinal sem consequências em um período de até uma semana ³, em até 1% dos casos ocorre perfuração em algum ponto do trajeto gastrointestinal ².

RELATO DE CASO

Homem, 56 anos, procedente da área ribeirinha do interior de Alagoas, foi admitido no setor de emergência do Hospital Regional Nossa Senhora do Bom Conselho, referindo dor abdominal de leve intensidade em andar inferior do abdome, associada a distensão da mesma região há cerca de 1 semana e constipação há 5 dias. Ao exame físico, seu abdome era globoso em região infra-umbilical, rígido e doloroso a palpação superficial e profunda nessa topografia. Paciente realizou Ultrassonografia antes da admissão, em que o radiologista descreveu a presença de segmento de alça intestinal aperistáltico e não compressível associado à leve hiperecogenicidade da gordura mesentérica. Em virtude da disponibilidade foi realizada Tomografia Computadorizada (TC), a qual evidenciou a existência de uma imagem alongada espontaneamente hiperdensa, situada na pelve superiormente a alça de intestino delgado, medindo 3,6x0,2 cm, podendo corresponder a espinha de peixe, além de borramento da gordura em torno da mesma, correlacionando com alteração inflamatória, em decorrência da possível perfuração. Logo, o diagnóstico de abdome agudo perfurativo por corpo estranho foi determinado. Consequentemente, prosseguiu-se com laparotomia exploratória, através da incisão mediana infraumbilical. Após realizada a abertura dos planos, evidenciou-se a presença de bloqueio envolvendo as alças de intestino delgado e retossigmoide. Em seguida, o bloqueio foi desfeito, permitindo a visualização da espinha de peixe, parcialmente exteriorizada na luz do retossigmoide. Posteriormente, o corpo estranho foi retirado e realizada a rafia, além da lavagem copiosa da cavidade, colocou-se dreno de penrose e fez-se a síntese por planos. Paciente evoluiu bem, recebendo alta 36h após ato cirúrgico.



DISCUSSÃO

A perfuração intestinal geralmente é ocasionada por corpos estranhos alimentares alongados e pontiagudos, como espinha de peixe, ossos de galinha e palitos de dente ⁴. Nessa perspectiva, a espinha de peixe é a causa mais comum de perfuração do trato gastrointestinal, por ingestão acidental. Corpos estranhos ingeridos podem perfurar o trato gastrointestinal em qualquer parte do mesmo, entretanto é mais relatado o alojamento na hipofaringe ou esôfago superior, ou impactação em áreas de estreitamento de estenoses pré-existentes ou locais de angulação anômica na alça duodenal, junção duodenojejunal, ileocecal válvula e apêndice. Os locais mais comuns de perfuração do trato gastrointestinal inferior são nas regiões ileocecal e retossigmoide ⁵, todavia ao analisar o trato gastrointestinal por completo até 83% de todas as perfurações ocorrem nas alças ileais.

A sintomatologia é referente ao quadro de abdome agudo, que pode incluir dor abdominal, náusea, vômitos, febre, peritonite, abscesso, fístula, obstrução intestinal e hemorragia gastrointestinal.

A Tomografia, por sua vez, possui um papel importante na avaliação de pacientes com abdome agudo perfurativo, em virtude de possuir alta sensibilidade para a detecção de corpos estranhos poucos calcificados e pequenos, como espinha de peixe e pequenos fragmentos de osso de galinha, bem como os não calcificados, como palito de dente e sua acurácia para identificar o local de perfuração intestinal é de cerca de 86%, logo é útil dessa maneira para o cirurgião conhecer o ponto exato da perfuração e, assim, programar a cirurgia ⁶.

A conduta terapêutica depende da localização do corpo estranho no trato digestivo e da presença ou não de complicações como perfuração, hemorragia e obstrução. Enquanto os corpos estranhos localizados no esôfago e estômago são preferencialmente retirados por via endoscópica, os localizados no intestino delgado são tratados cirurgicamente, com a ressecção segmentar da alça comprometida ⁷.

REFERÊNCIAS

1. Waisberg J., Bromberg S.H., Assis L.A., et al. Perforação de intestino delgado por corpo estranho: relato de 5 casos. Rev Bras. Colo-proctol. 1997;17(3): 194-7
2. Maleki M., Evans W. E. Foreign-body perforation of the intestinal tract. Report of 12 cases and review of the literature. Arch Surg. 1970;101:474-7.
3. McCansie D.E., Kurchin A., Hinshaw J. R., Gastrointestinal foreign bodies. Am J Surg. 1981;142:335-7.
4. Ziter F.M. Intestinal perforation in adults due to ingested opaque foreign bodies. Am J Gastroenterol. 1976;66:382-5.
5. Rodríguez-Hermosa J.I., Codina-Cazador A., Sirvent J.M., et al. Surgically treated perforations of the gastrointestinal tract caused by ingested foreign bodies. Colorectal Dis 2008; 10: 701-7.
6. Hainaux B., Agneessens E., Bertinotti R., et al. Accuracy of MDCT in predicting site of gastrointestinal tract perforation. AJR Am J Roentgenol. 2006;187:1179-83.
7. Sarmast A. H., Showkat H. I., Patloo A. M., et al. Gastrointestinal tract perforations due to ingested foreign bodies; a review of 21 cases. BJMP. 2012:529.