

INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO: QUANDO NÃO O VEMOS CASO CLÍNICO

Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial do Hospital de Braga

Ana Sousa Menezes; Miguel Breda; Daniel Miranda; Joana Guimarães; Daniela Ribeiro; Sara Ramalho; Luís Dias

Introdução:

A ingestão accidental de corpos estranhos (CE), alojados no trato aerodigestivo superior, é uma causa frequente de recorrência ao serviço de urgência (SU) de Otorrinolaringologia. A maioria dos casos resolve espontaneamente ou é facilmente removida durante o exame médico.^{1,2} Em raras situações, pode ocorrer perfuração e migração do CE através da mucosa do trato aerodigestivo superior e seu alojamento nos tecidos moles da região cervical.^{3,4} Um CE perfurante pode levar a complicações graves, nomeadamente infeção cervical profunda, mediastinite e ainda complicações vasculares, sendo, por isso, imperativa a sua remoção.^{4,5}

Caso Clínico:

Identificação:

• C.R.M, sexo masculino, 45 anos de idade

Antecedentes Pessoais: Irrelevantes

História da doença atual:

- Ingestão de CE (osso de cabrito)
- 2 horas de evolução
- Sensação de CE na hipofaringe
- Odinofagia

Exame objetivo ORL: Sem alterações

Endoscopia Digestiva Alta (EDA): Normal

Alta com conselhos.

2 dias depois
no SU

- Agravamento das queixas prévias
- Disfagia para alimentos sólidos
- Disfonia

Exame Objetivo:

- **Nasofibrolaringoscopia (NFL):** Figura 1 a 5
- Dor à palpação cervical junto ao bordo anterior do terço inferior do músculo esternocleidomastoideu à direita, sem crepitação ou flutuação associadas.

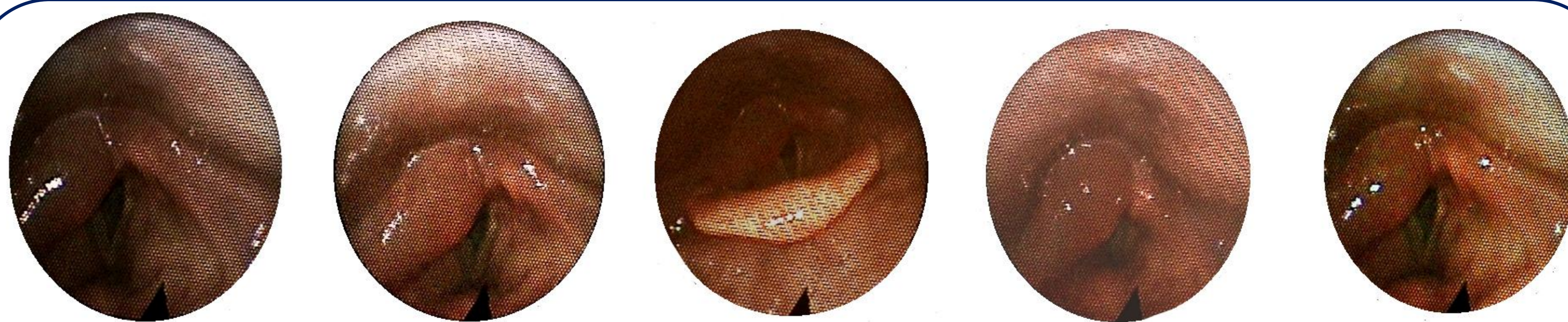


Figura 1 a 5- NFL: Edema da prega aritepiplótica direita com extensão à aritenóide ipsilateral, paralisia da corda vocal direita, colapso parcial do seio piriforme e ligeira estase salivar à direita, não se visualizando CE.

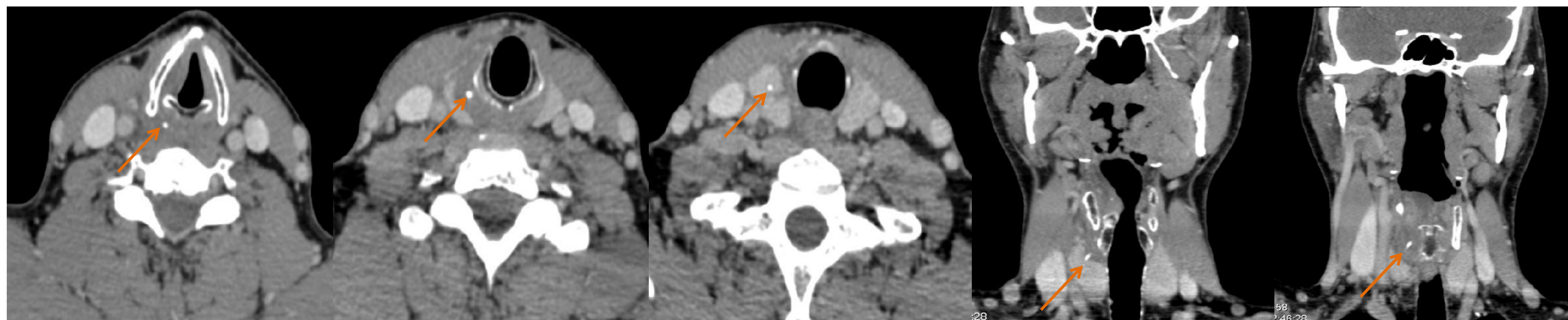


Figura 6 a 10- Tomografia computadorizada (TC) cervical: CE (seta) em topografia latero-cervical direita, com provável ponto de penetração retrocricóideu, com trajeto inferior, anterior e externo, estendendo-se desde plano axial que passa pela cartilagem tiroideia até à vertente superior do lobo direito da tiróide (localização intraglandular). Redução da permeabilidade do seio piriforme homolateral, espessamento da prega aritepiplótica e parede postero-lateral direita da hipofaringe e aumento de volume e densificação do espaço retrofaríngeo.

Tratamento:

- Antibioterapia (Amoxicilina - Ácido Clavulânico+ Clindamicina) e corticoterapia sistémica
- Cervicotomia exploradora com exérese de CE (Figura 11 e 12)

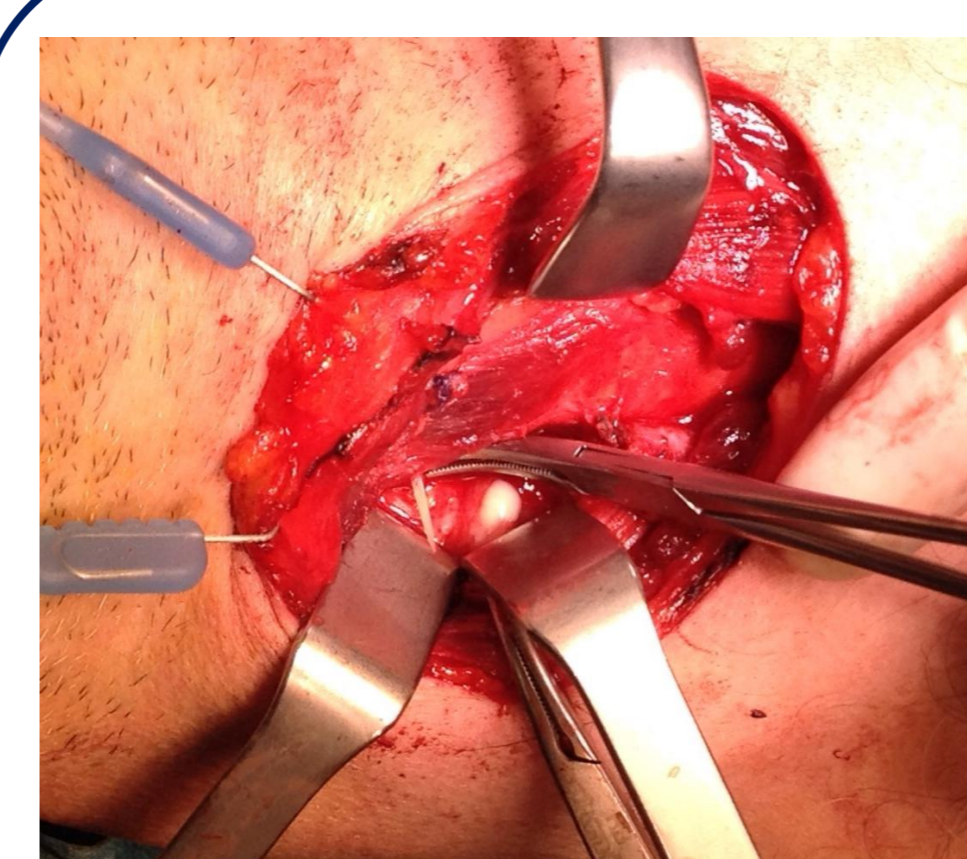


Figura 11- Cervicotomia exploradora. Exérese de CE ao nível da transição cricotiroideia com atingimento do polo superior da hemitiróide direita e sem lesão aparente do nervo laringeo recorrente. Removida pequena coleção purulenta em redor do CE, lavagem e sutura do local de perfuração do esófago.



Figura 12- CE removido (osso de cabrito).

Evolução:

- Evolução favorável, sem sequelas
- Resolução completa dos sinais inflamatórios (figura 13 e 14) e sintomas
- Início de dieta oral no 8^o dia de pós-operatório
- Alta do internamento em D12

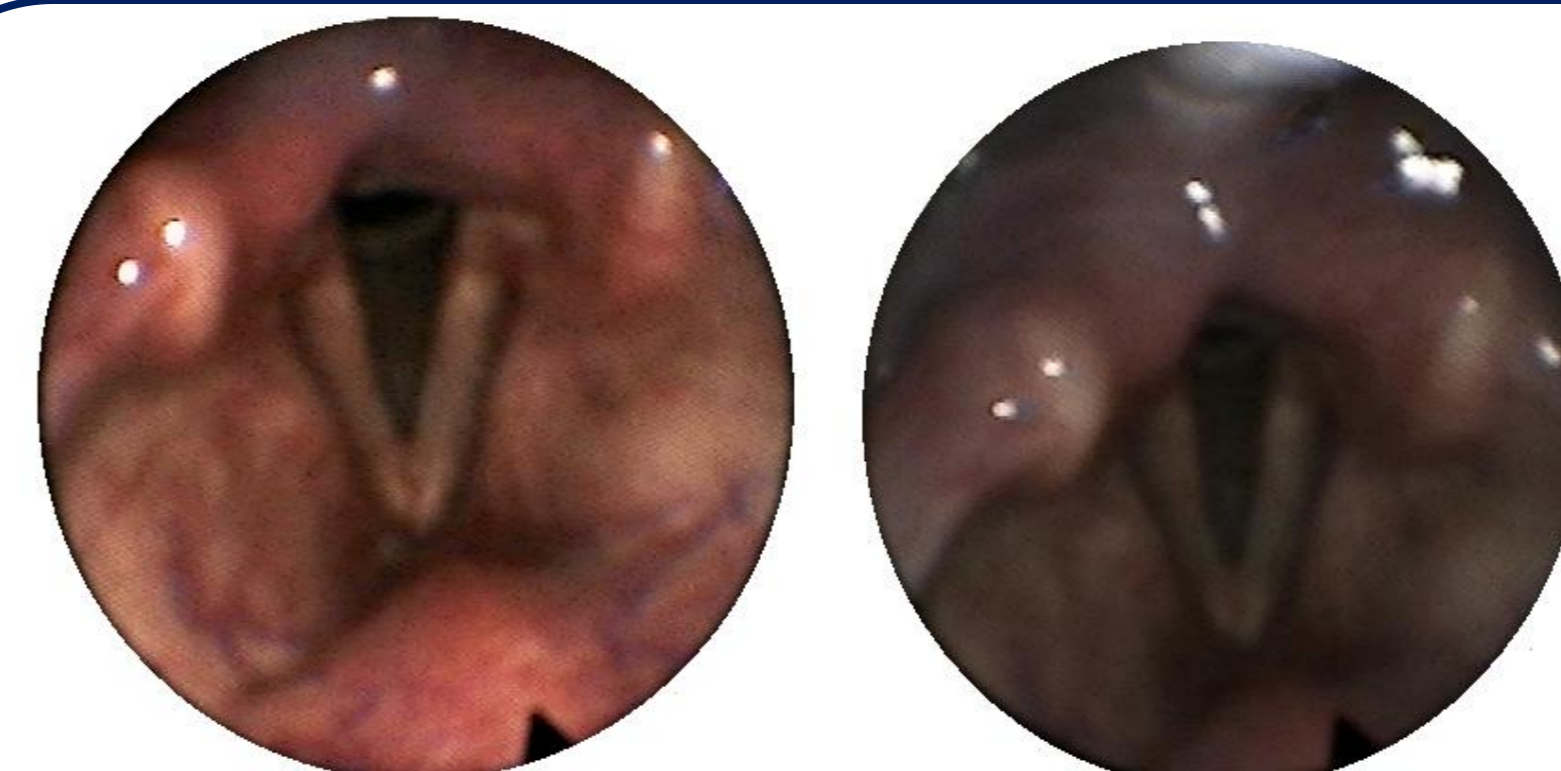


Figura 13- NFL (6º dia de pós-operatório): regressão completa do edema aritepiplótico direito e com restabelecimento da mobilidade da corda vocal direita.



Figura 14- Avaliação no 22º dia pós-operatório: cicatriz cirúrgica final.

Discussão:

Este caso clínico destaca a importância da possibilidade de perfuração e migração de um CE para os tecidos moles cervicais num doente com queixas persistentes e sem evidência de CE ao exame físico ou EDA. A ocorrência da perfuração e migração de CE através do trato aerodigestivo é rara e são poucos os casos relatados de migração ao nível da glândula tiroideia.^{6,7} O TC cervical é um exame útil que auxilia não só na confirmação do diagnóstico mas também no planeamento cirúrgico, no entanto, um elevado grau de suspeição clínica é essencial para o diagnóstico e tratamento atempado de possíveis complicações.

Bibliografia:

1. Marçal N, Soares JB, Pereira G, Guimarães J, Gonçalves M, Godinho T. The management of ingested foreign bodies in an Ear Nose and Throat Emergency Unit: prospective study of 204 cases. Acta Otorrinolaringol Esp. 2013; 64(3):197-203. 2. Hariga I, Khamassi K, Zribi S, Amor MB, Gamra OB, Mbarek C, Khedim AE. Management of foreign bodies in the aerodigestive tract. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2014 Jan;66 (Suppl 1):220-4. 3. Chee LW, Sethi DS. Diagnostic and therapeutic approach to migrating foreign bodies. Ann Otol Rhinol Laryngol 1999;108:177-80. 4. Al-Sebeih K, Abu-Shara KA, Sobeh A. Extraluminal perforation complicating foreign bodies in the upper aerodigestive tract. Ann Otol Rhinol Laryngol, May 2010 5. Verma RK, Panda NK. Metallic foreign body migrating into prevertebral muscles: how we did it? Oman Med J. 2014 Jan;29(1):64-6. 6. Hohman MH, Harsha WJ, Peterson KL. Migration of ingested foreign bodies into the thyroid gland: literature review and case report. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2010 Feb;119(2):93-8. 7. Chen HH, Ruan LX, Zhou SH, Wang SQ. The utility of repeated computed tomography to track a foreign body penetrating the esophagus to the level of the thyroid gland. Oral Radiol. 2014;30:196-202.