

Corpo Estranho Intragástrico

CONSIDERAÇÕES EM TORNO DUM CASO CLÍNICO

SECCO EICHENBERG

Catedrático interino substituto da 2.ª cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul. — Catedrático titular: Prof. L. F. Guerra Blessmann

Diretor interino da "Enfermaria Professor Guerra Blessmann" — 18.ª da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Médico Chefe da "Protetora — Cia. de Seguros Gerais e Acidentes do Trabalho".
Docente Livre de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul

Membro titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia.
Membro da Regional de Porto Alegre do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgia. F. D. C. S

Em fins do mês de Setembro de 1951, fomos procurados pelo nosso futuro colega, doutorando J. Bandeira, que nos vinha consultar com referência a um caso de deglutição dum corpo estranho.

Tratava-se de J. O. B., com 37 anos de idade, de cor branca, de nacionalidade brasileira, casado, de profissão agricultor, residente no Passo de Areias, no município de Viamão, e que se queixava de haver, dias antes, engulido uma protese dentária, uma chapa da arcada superior com 4 elementos. A deglutição de tal corpo estranho se havia processado durante a refeição, sem maiores incômodos para o paciente. Posteriormente não havia sentido o paciente qualquer perturbação que se poudesse ligar a uma disfagia de causa traumática, bem como não apresentava até ao momento em que procurara o doutorando Bandeira, quer objetiva, quer subjetivamente quaesquer perturbações decorrentes de tal acontecimento, quer para o esofago (disfagia reflexa) quer para o estômago (dores, ardências, dispepsia, etc.).

Não estando o paciente presente á consulta que nos era feita, aconselhamos ao nosso ex-aluno, que inicialmente mandasse proceder, através da radiologia, a verificação da exatidão do alegado pelo paciente, quanto á deglutição de tal corpo estranho; pois dados os característicos do mesmo, ele seria indubitavelmente radiopaco, e, dado seu tamanho e forma, era de supôr que ele não houvesse se deslocado além do estô-

mago, caso tivesse sido efetivamente engulido, conforme alegado pelo paciente.

Justificamos este cuidado prévio, pois é bem frequente a verificação negativa quanto á queixa alegada de deglutição de tal ou qual objeto, que depois é pelo próprio queixoso, encontrado escondido ou guardado alhures. E, especialmente, quando se trata de trabalhos de protese removíveis, que frequentemente são retirados pelos portadores com a finalidade de higiene dos mesmos e da cavidade bucal, no geral a noite antes de deitar.

Nos lembramos dum caso que nos fora enviado por um colega de Santa Catarina. O paciente nos informava que três semanas antes havia deglutido uma dentadura, prótese removível de 7 elementos, e que a mesma devia estar localizada no estômago. Queixava-se de disfagia intensa e de dores gástricas. Estava profundamente preocupado com a sua situação e a gravidade das complicações que poderiam advir. O exame radiológico feito de imediato á baixa do paciente em nosso serviço cirúrgico, revelou a ausência de corpo estranho em todo o trato do tubo digestivo, e no torax (se bem que clinicamente não existiam sinais que justificassem a hipótese da aspiração da peça em apreço).

Cuidadosa explicação ao paciente dos resultados obtidos no exame radiológico, que concluiu pela não deglutição do corpo estranho alegado, associada á medidas terapêuticas tendentes a sedar o estado

01-04/1952 - MED - CIRURGIA - CORPO ESTRANHO
INTRAGÁSTRICO



Radiografia simples, sem contraste
Posição ereta. Corpo estranho assinalado



Radiografia contrastada
Posição ereta



Radiografia contrastada
Posição decubit. vertical Rx - C

psíquico do paciente, fizeram que em breves dias desaparecessem a pretensa sintomatologia dolorosa e a disfagia. Logo a seguir, o paciente obteve alta. Semanas após recebíamos carta do mesmo, informando que a mesma prótese havia sido encontrada debaixo do colchão de sua cama.

Outra vez, este caso ocorrido com pessoa de nossa própria família, uma senhora, já em avançada idade, poucos minutos antes das 24 horas de um 31 de Dezembro, quando saboreava uns doces, alarmou-se repentinamente, alegando que devia ter deglutido uma prótese amovível de dois elementos, pois a mesma faltava visivelmente na arcada dentária superior.

Já alertados, determinamos que a dama de companhia da referida senhora, fosse á residência, em local próximo, e lá verificasse se a prótese não fora esquecida. Pouco depois tivemos notícia que no quarto de banho, sôbre a estante da pia, dentro dum copo com água estava a prótese faltante. Fora pois visivelmente, nada mais nada menos que um temporal num copo d'água.

O hábito da retirada diária destas próteses para a higiene das mesmas e da boca, o costume que os portadores desenvolvem de retirarem as mesmas por comodidade, quando estão na intimidade do lar, podem originar por pressa ou por descuido, a não reposição, que passa despercebida com certa facilidade, tanto mais quanto menor for a peça, sendo o paciente depois alertado, ou por pessoa que com ele está em palestra ou por si mesmo, que sente a sua falta, por exemplo ao se alimentar. Neste momento o choque psíquico provocado pelo impato da suposição de haver deglutido a prótese, rouba momentaneamente ao paciente o raciocínio mais ponderado e difícil se lhe torna o relembrar da anterior retirada da peça em questão:

Eis o mecanismo mais comum destes falsos alarmas.

Mas voltemos ao nosso caso clínico concreto.

Dias após o doutorando Bandeira nos trazia as chapas radiográficas batidas pelo dr. Turchi (radiografia 60.204), com o resultado de se haver verificado a presença de um **corpo estranho na metade esquerda**

do abdomen. Esta era a interpretação do radiologista.

Estava pois comprovada a deglutição da prótese e a radiografia no-la indica claramente. A parte posterior da prótese, correspondendo á chapa de adaptação á abobada palatina, enquanto que na parte anterior, os elementos de fixação dos dentes artificiais, representavam um halo anterior mais esfumado.

No entanto, esta chapa, bem como as outras duas, batidas em posição ereta (B) e ventral (C), com bario, para o tubo digestivo, não nos esclareciam em que altura, do mesmo tráto se encontrava o corpo estranho. Nas chapas B e C, o bario ou melhor a sua sombra se sobrepunha a radiopacidade do corpo estranho. Tal fato falava em favor da localização gástrica, mas não era decisivo, pois o corpo estranho poderia encontra-se por traz do estômago, no duodeno p.ex. A comparação da posição do corpo estranho (radiografia A) e do estômago (radiografias B e C) em relação á coluna vertebral, também falava em favor da localização intragástricas, pois o duodeno se encontrava a direita da coluna. Por outro lado o fato de que em ambas as radiografias contratadas, o corpo estranho não aparecer, apesar da modificação da altura da posição do estômago, falava em favor do corpo estranho se movimentar igualmente com o deslocamento do estômago, e ser por conseguinte intragástrico.

Como não havia sido batida uma chapa do estômago baritado, em oblíqua que permitisse a visão do espaço posterior ao estômago, procuramos encontrar um meio que nos permitisse com as que dispunhamos, firmar o diagnóstico de localização exata do corpo estranho. A superposição das chapas A pela B, tomando os pontos de referência idênticos, demonstrava que a sombra gástrica baritada da radiografia B cobria a sombra radiopaca do corpo estranho na radiografia A.

A revelação dum corpo estranho intra abdominal, igual á alegada pelo paciente, sem maior sintomatologia e desconforto, numa altura que na mesma posição era sobreestampada pela imagem baritada do estômago nos permitiu firmar o diagnóstico

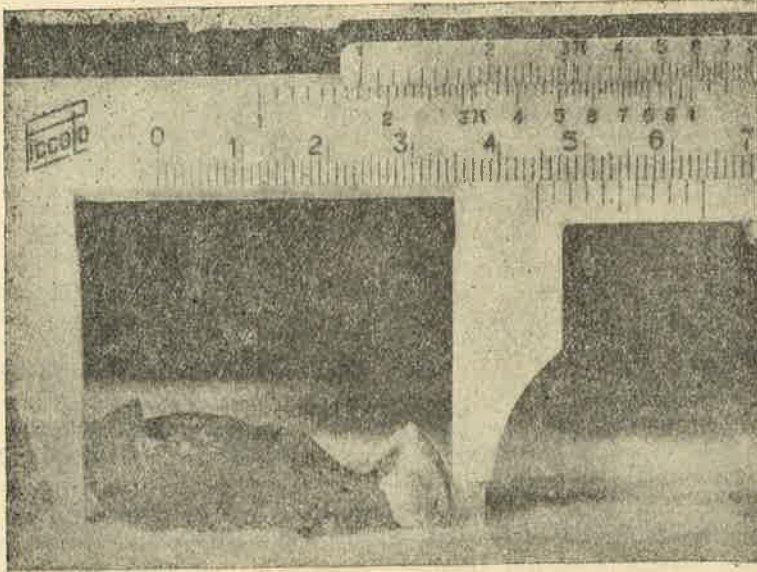


Fig. A.

Prótese deglutida — Vista lateral

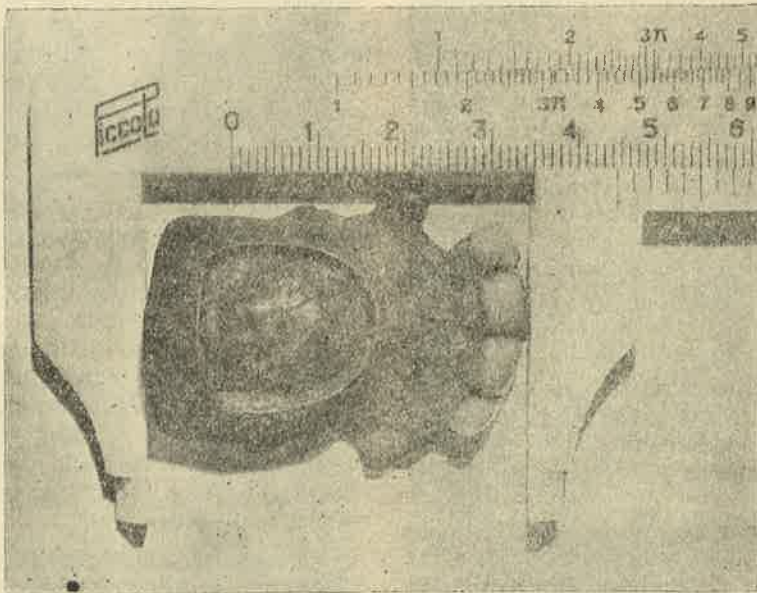


Fig. B.

Prótese deglutida

de corpo estranho (prótese dentária) intra gástrica.

Nesta ocasião haviam decorrido já 16 dias, desde que o paciente havia deglutido a prótese dentária, e as radiografias tiradas 14 dias após esse evento, demonstravam claramente que pelo tamanho e forma, o corpo estranho, permaneceria indefinidamente dentro do âmbito gástrico. Píloro, ângulo de Treitz e depois a válvula de Baouhain seriam sérios obstáculos a sua progressão e conseqüente eliminação natural.

Por outro lado, nos últimos dias o paciente vinha sentindo, leve sinais de irritação gástrica, dores discretas, certo grau de ardência, pelo que se justificava a indicação da remoção operatória do corpo estranho intragástrico.

Para isso, o paciente baixou ao nosso serviço na "Enfermaria Guerra Blessmann" — 18.^a da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre, onde passou, a ocupar o leito 24, havendo-se recolhido ao serviço no dia 8 de Outubro de 1951, sob papeleta número 18326, caso número 435.

No dia seguinte, 9-10-1951, sob anestesia local por novocaina a 1% com adrenalina, e auxiliado pelo então interno Walter Leal Campello, realizamos com a maior facilidade a gastrotomia pela face anterior, ao nível do terço médio do corpo do estômago, próximo ao bordo da grande curvatura. A laparotomia usada foi a transretal E superior.

O corpo estranho retirado, efetivamente um aparelho protético removível com 4 elementos encontra-se reproduzido nas fotografias A e B.

O pósoperatório transcorreu sem ocorrência digna de nota, e o paciente obteve alta curado em data de 16 de Outubro de 1951.

O caso vertente apresenta algumas características mais fóra do comum relativas ao tamanho e forma do corpo estranho, em relação aos outros corpos estranhos mais comumente deglutidos.

E' perfeitamente conhecido que o ato de deglutir corpos estranhos, é mais frequente entre crianças, que o fazem inadvertidamente (moedas, assobios, pequenas partículas metálicas ou de madeira) ou en-

tre débeis mentais que fazem deste fato, um dos sintomas de sua perversão. Em relação a estes, nos lembramos de haver lido no princípio do ano de 1951, se não nos enganamos, no American Journal of Surgery, o caso dum jovem débil mental, especializado em deglutir objetos metálicos. A gastrotomia trouxe a luz mais dum centenar de pequenos objetos de metal, desde pregos e parafusos até metades de lâminas gilete.

O deglutir de próteses dentárias, dos mais variados tamanhos e formas, não constitui um caso raro, podendo acontecer durante o sono, quando também pode sobrevir a aspiração e localização nos bronquios de próteses de tamanho menor. Outras vezes, o fato ocorre durante a alimentação, sendo que o bolo alimentar envolvendo o corpo estranho, torna mais fácil a passagem do mesmo pelo esofago, que apresenta uma estranha facilidade para admitir a passagem de objetos, tanto em relação ao tamanho, como á forma. Há alguns anos atraz a revista médica "O Hospital", publicada na capital da República, citava o caso duma senhora, que durante um ataque de histeria havia deglutido a maçaneta arredondada duma porta.

Em si o problema cirúrgico dos corpos estranhos, especialmente dos deglutidos, é mais o de uma observação armada, pois uma grande maioria dos mesmos trafega com relativa suavidade, pelo tubo digestivo, eliminando-se expontaneamente, sem maiores prejuízos para o paciente.

No começo de nossa carreira médica, fomos procurados por um pai aflito, que nos trazia ao consultório um menino de oito anos, forte e florido, em ótimo estado de saúde física e em satisfatório estado psíquico. Mostrava o pai um prego, com uns 6 a 7 cms de comprimento, idêntico a um que fora deglutido pelo filho. O exame clínico revelou um abdomen perfeitamente normal, sem reação de qualquer espécie, o rapzinho inteligente respondia facilmente ás nossas perguntas, informando que não sentia desconforto algum. Aconselhamos a observação, alimentação normal e sadia e o controle das fezes eliminadas. No terceiro dia, reapareceu o pai, desta vez radiante, nos trazendo junto com a amostra anterior-

mente apresentada, a réplica, que havia sido eliminada pela manhã daquele dia.

Certas vezes, não só o tamanho excessivo do corpo estranho, como a sua forma (saliências e pontas) dificultam o tráfego no tubo digestivo, especialmente através de certos pontos mais estreitados. Outras vezes, como nas agulhas, alfinetes e agulhas de segurança elas podem perfurar a parede do estômago ou do intestino, encravando e causando possível peritonite.

Creemos que hoje, quando o corpo estranho, que pode ser facilmente controlado pelo exame radiológico, tiver a sua marcha sustada, ou comece a produzir perturbações secundárias (gastrite, enterite, peritonite, etc.) se impõe a remoção cirúrgica, através duma gastrotomia ou duma enterotomia.

A melhoria dos meios de combate ao choque, o desenvolvimento da anestesiologia e finalmente o advento dos antibióticos, trouxeram uma mudança radical quanto ao conceito prognóstico destas intervenções. Sua morbidade e mesmo mortalidade estão hoje reduzidas a um mínimo quasi desprezível.

Num adulto, como o vimos em nosso caso, a intervenção se realiza cem por cento sob anestesia local da parede abdominal e sendo de curta duração, em absoluto não traz repercussão para o equilíbrio orgânico, e os antibióticos — penicilina e estreptomicina — garantem perfeitamente a evolução satisfatória do caso clínico.

Não nos furtamos a encarecer a importância do controle radiológico não só para a perfeita localização, como da progressão do corpo estranho. Ainda está em nossa memória um caso clínico, no qual o pequeno paciente com menos de um ano de idade, havia deglutido uma agulha de segurança aberta. A chamado do pediatra assistente, um oto-laringologista havendo usado para gastroscopia um broncoscópio, encontrara o corpo estranho localizado no estômago e se bem que informava estar vendo a agulha, não a pôde retirar, apesar de repetidas manobras. Consultados a res-

peito de uma possível gastrotomia, a ela nos resolvemos, se bem que de certa maneira a contra-gosto, dum lado pelo tamanho da agulha como no-la era descrita e doutra parte pela permanência intra gástrica e pelas tentativas infrutíferas de retirada pelo especialista. Não havia sido feito exame radiológico e quando alvitramos antes da intervenção que uma chapa fosse batida, ambos os colegas a acharam desnecessária, pois o especialista estava vendo através do broncoscópio, utilizado como gastroscópio, a agulha.

Melhor fora que tivéssemos tirado a chapa, pois esta teria revelado a verdadeira posição do corpo estranho. Feita a laparotomia, infrutífera foi a pesquisa em relação ao estômago, pois fomos encontrar, depois da revisão de quasi todo o intestino delgado, a agulha de segurança já no ileon, próxima á válvula ileo-cecal, e ela era bastante menor do que fora descrita. Tôdas estas manobras, resultaram num estado de choque operatório, que fizeram aparecer o síndrome de palidez e hipertermia, falecendo o pequeno paciente oito horas após a intervenção.

Eis a falta dum exame radiológico, que teria sem dúvida afastado o ato cirúrgico. O colega especialista, fora enganado na percepção do corpo estranho intra gástrico, que ao momento da segunda gastroscopia estava já localizado no intestino delgado, quiçá já então além do ângulo de Treitz. Mas sabemos que a gastroscópio, apesar dum elemento de valor, pode também, e em certos casos numa proporção bem elevada, ser a causa de erros de diagnóstico. As dobras da mucosa gástrica e o muco que as recobre podem simular situações errôneas.

Babcock (1) divide os corpos estranhos do estômago em quatro categorias:

a) os que vem pela boca e pelo esofago, logo são os que são engulidos ou deglutidos.

b) os que procedem duma víscera adjacente (vesícula, cavidade abdominal, colon ou duodeno, pela formação duma fístula, através da qual o corpo estranho mi-

gra de sua anterior localização para o estômago).

c) os que penetram através da parede abdominal e da parede gástrica (como exemplo mais comum, os projetis d'arma de fogo).

d) e finalmente os que são deixados na cavidade gástrica após digamos melhor durante o decorrer duma intervenção. Se corpos estranhos são com frequência não pequena, deixados perdidos dentro da cavidade abdominal, ás vezes sóe acontecer que tal ocorra também com a própria cavidade gástrica.

Eusterman e Balfour (2) ainda incluem mais os corpos estranhos formados dentro do estômago, os "bezoars".

Entre outros corpos estranhos intra-gástricos dependentes dos azares médicos, Christophen (3) lembra os fragmentos de sondas ou tubos, duodenais, gástricos ou tipos Miller Abbott.

Bockus (4) opina da seguinte maneira relativamente ao valor da gastroscopia nestes casos, bem como da orientação a seguir:

"Gastroscopic examination on the hand of the inexperienced physician often does more harm than good. The policy of waschful waiting is advisable if the object is small and no sharp."

Quanto a possível eliminação dos corpos estranhos pelo anus, cita a estatística de Woelfler e Lieblein, que refere 25% dos corpos estranhos deglutidos serem eliminados pelos anus, sem qualquer dificuldade.

Kantor e Kosich (5) são menos intervencionistas e somente julgam que o paciente deva ser operado em caso de perfuração ou de perigo potencial neste sentido.

Eusterman e Balfour (2) julgam que o corpo estranho que conseguiu ultrapassar o piloro, passará com facilidade pelo resto do trato digestivo. No entanto queremos crer que existam excepções, pois por vezes o ângulo de Treitz ou a própria válvula

ileo-cecal podem oferecer maior obstáculo.

Jackson (6) acha que corpos estranhos maiores de 5 cms. dificilmente poderão ultrapassar o duodeno.

Como curiosidade, nos permitimos reproduzir alguns referentes ao número de corpos estranhos que podem ser encontrados dentro dum estômago: Winslow (2) cita um caso, onde a gastrotomia retirou nada menos de 1.300 corpos estranhos, dos mais variados tipos. Wandivaert e Mills (7) citam um caso com 1.446 corpos estranhos pesando 2.268 grs, e Poland (7) 470 corpos estranhos com 1.500 grs.

Portis (8) afirma que uma dentadura completa pode muitas vezes causar grandes dificuldades para a remoção, e que se tenha de lançar mão da gastrotomia. Cremos que não se dê isto só com as dentaduras inteiras, mas também com as próteses parciais, em sua maioria, devido ao formato e muitas vezes aos elementos metálicos de preensão, que formam verdadeiras pontas ou ganchos. Opina Portis que a maioria dos corpos estranhos que penetram no estômago trafegam a seguir com relativa facilidade pelo tubo digestivo. Contraindica os laxativos, o que é muito natural, e opina que a dieta deve ser a alimentação normal. Cremos que neste ponto, não haverá inconveniente que o paciente tome uma alimentação que auxilie um moderado aumento do volume do bolo fecal, ou lance mão de certas medidas terapêuticas com idêntica finalidade, como por exemplo o normacol. O que devemos evitar por todos meios é a excitação demasiada da motilidade intestinal.

Christophen (3) julga indicada a cirurgia quando o objeto deglutido é de tamanho tal a torná-lo visivelmente impraticável de transitar pelos pontos mais estreitados do tubo digestivo, ou que já esteja retido a mais tempo ou que esteja produzindo irritação ou mesmo ameace uma complicação mais séria. Aird (9) diz textualmente: "The treatment of swallowed foreign bodies depends largely upon its size shape, and the

rate of its transit." "Irregularly shaped objects even though small in size, tend to be held up in the stomach. Sharp foreign bodies are never entirely free from complications." Lembra também Aird que a retirada dum corpo estranho do estômago é sempre me-

nos perigosa que a do duodeno. Dependendo naturalmente do conteúdo de ambos.

Eis pois, num rápido esboço, explanados os pontos principais e de maior senso prático em torno do problema dos corpos estranhos deglutidos.

Bibliografia

- 1 — BABCOCK, W. W.: Principles and practice of surgery Lea & Febiger — 1944.
- 2 — EUSTERMAN G. B. &: The stomach and duodenum — Balfour, D. C. — Saunders 1936.
- 3 — CHRISTOPHER, F.: A textbook of Surgery Saunders — 1944.
- 4 — BOCKUS, H. L.: Gastroenterology — Vol. 1 The Esophagus and stomach — Saunders — 1943.
- 5 — KANTOR, J. L. &: Handbook of digestive diseases — Kosich, A. M. 1st ed.: Mosby — 1949.
- 6 — JACKSON CH: Gastroscopy in Nelson Loose Leaf Surgery — Vol. 5.
- 7 — PAZ, O.: Gastroscopia — Ed. Guanabara — Rio — 1945.
- 8 — PORTIS, S. G.: Diseases of the digestive system — Lea & Febiger — 1944.
- 9 — AIRD, JAN: A companion in surgical studies E & S. Livingstone — 1949.