

Relato de Caso

Impactação de prótese dentária em esôfago cervical: diagnóstico e tratamento

Giant colonic diverticulum, a rare disease with atypical localization

JANICE MENDES-STUART¹, MALLIRRA COLARES¹, PRISCILLA LAGES BENTO-FERNANDES², ANTÔNIO SÉRGIO BARCALA-JORGE³

RESUMO

Corpo estranho esofágico é uma condição frequente que acomete todas as faixas etárias, predominando em crianças e idosos. O diagnóstico deve ser precoce, uma vez que o prognóstico é influenciado pelo tempo de permanência do corpo estranho no esôfago. Os autores relatam o caso de um paciente admitido com quadro de insuficiência respiratória, apresentando corpo estranho impactado em esôfago cervical, de difícil diagnóstico. Foram realizados exames laboratoriais e radiografias de tórax que não apresentaram alterações significativas. A EDA (Endoscopia Digestiva Alta) evidenciou estenose cerrada no nível do esôfago proximal, e a videonasofibrobroncoscopia visualizou tumoração vegetante em região de hipofaringe. A tomografia computadorizada de crânio e região cervical demonstrou imagem de corpo estranho em esôfago proximal, sugestiva de prótese dentária. A retirada da prótese foi realizada por laringoscopia direta, entretanto, o paciente evoluiu com complicações e óbito.

Unitermos: Corpo Estranho, Esôfago, Diagnóstico, Insuficiência Respiratória.

SUMMARY

Esophageal foreign body is a common condition that affects all age groups, mainly in children and in the elderly. The diagnosis must be early, since the prognosis is influenced by the length of foreign body in the esophagus. The authors report the case of a patient admitted with res-

piratory insufficiency presenting a foreign body impacted in the cervical esophagus, difficult to diagnose. It was conducted laboratory tests and chest X-rays that showed no significant changes. Upper gastrointestinal endoscopy (upper endoscopy) revealed tight stenosis at the level of the proximal esophagus and the Videonasofibrobronchoscopy visualized a vegetating tumor in the hypopharynx. Computed tomography of the skull and neck showed an image of a foreign body in proximal esophagus, suggestive dental prosthesis. The removal of the prosthesis was performed by direct laryngoscopy, however, the patient evolved with complications and death.

Keywords: Foreign Body, Esophagus, Diagnosis, Respiratory Failure.

INTRODUÇÃO

Corpo estranho esofágico é uma condição frequente (80% de todos os corpos estranhos do trato digestório) que acomete todas as faixas etárias, predominando em crianças e idosos. Deve ter o diagnóstico precocemente definido e a retirada, se necessária, deve ser feita assim que possível, uma vez que o prognóstico é inversamente proporcional ao tempo de permanência do corpo estranho no esôfago. Outros fatores que influenciam o diagnóstico são a forma, tamanho e localização do corpo estranho, bem como a idade e o estado clínico do paciente.

No caso que os autores relatam é apresentado um paciente institucionalizado, portador de demência vascular, que foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Universitário Clemente de Faria com quadro de insuficiência

1. Acadêmicas de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. **2.** Médica do Hospital Universitário Clemente de Faria – UNIMONTES, Pós-graduanda em Terapia Intensiva pelo Hospital Aroldo Tourinho. **3.** Mestre em Cirurgia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Membro Titular da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva - SOBED, Especialista em Terapia Nutricional Parenteral e Enteral pela SBNPE, Professor do Departamento de Cirurgia da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, Cirurgião Geral do Hospital Universitário Clemente de Faria. **Endereço para correspondência:** Antonio Sergio Barcala Jorge – R. Olímpio Guedes, 331 – Morada do Sol – Montes Claros, MG / e-mail: antoniosergiobjorge@gmail.com. **Recebido em:** 23/12/2010. **Aprovação em:** 15/02/2010.

respiratória. A investigação para definir o diagnóstico foi longa e trabalhosa, o que influenciou negativamente na evolução do caso. O paciente apresentava ainda, como fatores de mau prognóstico, demência vascular, história prévia de traqueostomia e doença do refluxo gastroesofágico. A retirada do corpo estranho foi feita com sucesso, mas o paciente evoluiu com complicações - pneumonia aspirativa, insuficiência respiratória, sepse e óbito.

RELATO DE CASO

A.J.P., sexo masculino, 59 anos, institucionalizado, acamado, ex-tabagista e ex-etilista, com demência e hemiparesia à esquerda decorrente de prévio Acidente Vascular Encefálico Isquêmico, foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Universitário Clemente de Faria com quadro de dispneia súbita. À admissão apresentava tosse seca, disfonia, disfagia, dispneia, taquipneia, estridor laringeo, saturação de oxigênio de 93%, frequência cardíaca (FC) = 50 bpm, pressão arterial (PA) = 110x80 mmHg e afebril. A ausculta respiratória evidenciou murmúrios vesiculares diminuídos em bases com roncos e sibilos difusos, bilateralmente. Gasometria arterial sem alterações. À ectoscopia, notou-se cicatriz em região de fúrcula esternal decorrente de traqueostomia realizada há seis meses devido a quadro de pneumonia aspirativa, convulsões e insuficiência respiratória.

Foram realizados exames laboratoriais e radiografias de tórax que não apresentaram alterações significativas. A EDA (Endoscopia Digestiva Alta) evidenciou estenose cerrada no nível do esôfago proximal, e a Videonasofibrobroncoscopia visualizou tumoração vegetante em região de hipofaringe, não podendo confirmar a verdadeira localização, se em espaço retrocricoideo ou esôfago superior. Paciente evoluiu com piora da disfagia e da dispneia, sendo realizadas gastrostomia e traqueostomia de urgência. Optou-se, então, por realizar tomografia computadorizada de crânio e região cervical (Figura 1), com imagem de corpo estranho em esôfago proximal, sugestiva de prótese dentária.

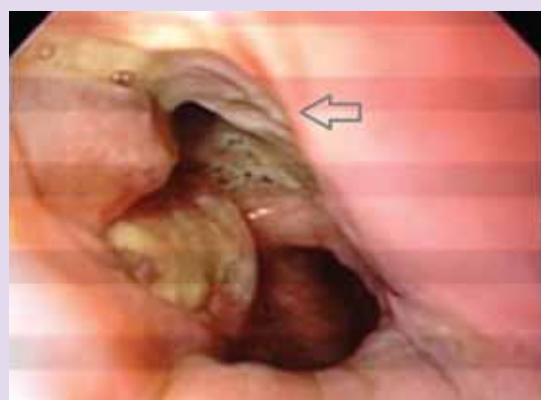
Figura 1



Tomografia computadorizada da região cervical: presença de prótese dentária impactada.

O paciente foi submetido à retirada do mesmo por laringoscopia direta, mas evoluiu com piora do quadro clínico devido a vômitos incoercíveis e saída de secreção de conteúdo gástrico pelo orifício da traqueostomia. Questionando-se a presença de fistula traqueo-esofágica, foi realizada nova EDA (Figura 2), que evidenciou possível trajeto fistuloso em esôfago proximal com intenso processo inflamatório logo abaixo do esfínter esofágico superior, além de hérnia hiatal de grande tamanho com componente paraesofágico associado à pangastrite.

Figura 2



Endoscopia digestiva alta da região do esôfago cervical: presença de úlcera profunda em topografia de constituição cricofaringea.

Posteriormente, realizou-se esofagograma (com sulfato de bário) que verificou passagem completa do contraste pelo esôfago com ponto de coleta em fundo cego em nível de hipofaringe, sem evidência de fistula (Figura 3). Paciente foi submetido à jejunostomia. Evoluiu com piora do quadro clínico, pneumonia, insuficiência respiratória, choque séptico e óbito.

Figura 3



Esôfagograma baritado: região do esôfago cervical normal.

DISCUSSÃO

A presença de corpos estranhos no esôfago é frequente e constitui problema grave nos serviços de emergência, produzindo cerca de 1.500 mortes por ano no Brasil¹.

A população pediátrica, entre dois e quatro anos, e indivíduos com baixa condição socioeconômica e de idade avançada, devido ao uso de prótese dentária, constituem grupos vulneráveis para a ingestão de corpos estranhos². O paciente do presente relato, apesar de adulto, fazia uso de prótese dentária e possuía demência como fatores predisponentes para a ocorrência de ingestão de corpo estranho.

Em adultos, espinha de peixe, osso de frango e fragmentos de carne são os corpos estranhos mais comuns. Próteses dentárias representam o objeto mais comum em idosos, devido à diminuição da sensibilidade da cavidade oral e controle motor insatisfatório da laringofaringe³.

A localização e a extração de corpo estranho na porção superior do sistema digestório, sobretudo no esôfago, constituem a segunda causa de urgência na endoscopia digestiva alta, sendo superada apenas por hemorragia digestiva alta².

Devido a seu fraco peristaltismo e múltiplos estreitamentos e constrições - esôfago cervical junto ao músculo cricofaríngeo, cruzamento do arco da aorta, brônquio principal esquerdo e esfíncter esofágico inferior - o esôfago é um órgão vulnerável à retenção de material. A falta de uma camada serosa na parede esofágica e a sua profunda localização no tórax aumentam o potencial de sérias complicações⁴. De todos os corpos estranhos, 75% entram no trato gastrintestinal, sendo que a maioria passa espontaneamente (80%). Apenas 10 a 20% necessitam de remoção endoscópica e 1%, tratamento cirúrgico.

O diagnóstico em adulto pode ser feito quando existe história de ingestão de corpo estranho e sintomas como disfagia, odinofagia, dor retroesternal, sensação de corpo estranho, sialorreia, regurgitação, tosse e febre. Estridor laringeo, recusa de alimentos e tosse precipitada por refeições podem indicar presença de corpo estranho^{2,4,5}.

Em muitos casos, a ingestão passa despercebida ou não é declarada até o início dos sintomas⁵. A história de ingestão do corpo estranho no caso relatado ficou prejudicada devido ao fato de o paciente ter sequelas de acidente vascular encefálico e informar mal, tendo que contar com as manifestações clínicas apresentadas para se suspeitar de impactação de corpo estranho em esôfago. Corpos estranhos em região hipofaríngea podem ser detectados pelo exame físico e laringoscopia indireta, sendo retirados utilizando a pinça de Hartman^{1,2,4}.

As radiografias simples geralmente são usadas na investigação inicial de pacientes com suspeita de ingestão de corpo estranho, mas os achados radiológicos não são considerados úteis para fins de identificação nos casos de objetos radiotransparentes. Quando se trata de corpos estranhos radiopacos, o RX passa a ser a melhor opção².

Alguns especialistas recomendam esofagograma com bário, sendo este utilizado na condução do presente caso para afastar a presença de fistula traqueoesofágica suspeitada em endoscopia digestiva alta. Em casos em que há suspeita de corpo estranho não detectado pelo RX ou laringoscopia indireta e no qual há suspeita de perfuração, a tomografia computadorizada (TC) deve ser solicitada. Nesses casos, a TC tem sido utilizada para o delineamento de corpos estranhos radiotransparentes⁶. É um método de alta sensibilidade e especificidade tanto para a localização do corpo estranho como para avaliar a presença de possíveis complicações^{7,8}. Entretanto, a abordagem mais prevalente de corpo estranho no esôfago é a endoscopia digestiva alta por consistir em um método de diagnóstico e tratamento^{9,3}.

A remoção endoscópica é o método de escolha pela eficácia, segurança e baixa incidência de complicações, desde que realizado por profissional habilitado em serviço de endoscopia¹. O exame endoscópico, ainda que normal, não afasta a presença de corpo estranho, pois pode ter havido migração extraluminal do mesmo. No entanto, no caso relatado, a endoscopia não foi capaz de diagnosticar a presença do corpo estranho, tendo sido feito o diagnóstico através da tomografia computadorizada. A retirada dos corpos estranhos muitas vezes é trabalhosa e pode acarretar complicações¹. A urgência é justificada pelas complicações que a permanência do corpo estranho pode acarretar, motivo pelo qual deve ser removido assim que possível¹.

Diversos autores têm se dedicado ao estudo deste tema e demonstrado o imenso universo de complicações que ele abrange. As complicações incluem perfuração esofágica, pneumonia aspirativa, abscesso e edema cervical, mediastinite, migração do corpo estranho, fistulas esofago-aéreas e esôfago-vasculares, sendo as duas últimas de baixa prevalência, no entanto potencialmente graves^{2,4,6,7}.

Cuidados especiais devem ser dispensados aos pacientes com obstrução respiratória causada por corpo estranho no esôfago cervical, devendo-se considerar a realização de traqueostomia ou cricotireoidostomia no atendimento inicial, conduta esta adotada na condução do caso devido ao quadro de insuficiência respiratória apresentada pelo paciente. Apesar dos inúmeros métodos diagnósticos, a abordagem é influenciada pela idade do paciente e sua condição clínica, tamanho, forma e classificação do corpo estranho e localização anatômica no qual o objeto é apresentado.

CONCLUSÃO

Corpos estranhos no esôfago são frequentes e constituem segunda causa de emergência nos serviços de endoscopia digestiva alta. A urgência é justificada pelas complicações que a permanência dos corpos estranhos pode acarretar (perfuração esofágica, pneumonia aspirativa, abscesso e edema cervical, mediastinite, migração do corpo estranho, fistulas esôfago-aéreas e esôfago-vasculares), motivo pelo qual devem ser removidos assim que possível. A sua retirada pode ser trabalhosa e também acarretar complicações.

Inúmeros métodos diagnósticos podem ser utilizados, mas a abordagem é influenciada pela idade do paciente e sua condição clínica, tamanho, forma e classificação do corpo estranho e localização anatômica no qual o objeto é apresentado. Prótese dentária constitui objeto de difícil remoção.

O caso relatado condiz com dados da literatura e demonstra a ocorrência de complicações da impactação de corpos estranhos no esôfago cervical em decorrência de um diagnóstico tardio. Evidencia-se que o atraso na identificação e retirada do corpo estranho pode ser definitivo no prognóstico, influenciando-o negativamente.

REFERÊNCIAS

1. Marco de Lucas E, Sabada P, Lastra Garcia-Baron P. Value of helical computed tomography in the management of upper esophageal foreign bodies. *Acta Radiol* 2004; 45:369–374.
2. Queiroz VF, Rocha RCA, Bastos ELS, Soares FV, Salvi JA, Silvado RAB. Foreign bodies in the esophagus. *GED gastroenterol. endosc. dig* 2002; 21(2): 49-54.
3. Rathore PK, Raj A, Sayal A, Meher R, Gupta B, Girhotra M .Prolonged foreign body impaction in the esophagus. *Singapore Med J* 2009; 50(2): e53
4. Cunha AJ, Cunha W J. Treatment of esophagus foreign bodies: review of 1.600 cases *J. bras. med*; 67(3): 139-48, set. 1994.
5. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Guideline for the management of ingested bodies. *Gastrointest Endosc* 1995; 42: 622-5.
6. Schneider A, Costa LAL, Teixeira VN. Corpo estranho retido em esôfago por 10 anos em uma criança. *Revista AMRIGS*, Porto Alegre, 44(3,4): 188-190, jul-dez, 2000.
7. Ramos HF, Takahashi MT, Monteiro TA, Koishi HU, Immamura R. Abcesso retrofaríngeo de evolução tardia após ingestão de corpo estranho. *Arq. Int. Otorrinolaringol.* São Paulo, v13, n3 p346-349, 2009.
8. Ashraf O. Foreign Body in the esophagus: a review. *São Paulo Med. J. Vol.124 nº6*. São Paulo, novembro 2006.
9. Areia M, Ferreira M, Souto P, Gouveia H, Litão MC. Remoção de corpo estranho esofágico com recurso a laser. *GE – J Port Gastrenterol* 2007, 14: 155-156.
10. Hashmi S, Walter J, Smith W, Latis S. Swallowed partial dentures. *J R Soc Med*. 2004 Feb;97(2):72-5.