

O corpo estranho no esôfago deve ser removido o mais rápido possível, devido às sérias complicações decorrentes da sua presença, como hemorragia, mediastinite, perfuração esofágica ou aspiração pulmonar. É considerada uma emergência médica, cuja morbimortalidade aumenta com o tempo. Complicações como mediastinite, pneumotórax e fístula aortoesofágica podem ocorrer durante ou após a retirada do corpo estranho.

A terapêutica inicial para a remoção de corpo estranho no esôfago é endoscópica, ficando a sua resolução dependente da forma, dimensão e localização do mesmo, tendo taxa de sucesso entre 90 e 100% dos casos.

EDUARDO GUIMARÃES HOURNEAUX DE MOURA

C A S O

Lesão esofágica por ingestão inadequada de medicamento

JOSÉ ALEGRE SALLES, TERUMI UEMURA, LÍVIA ALKMIN UEMURA, MARIAH PRATA SOLDI PASSOS, JORGE MIGUEL KATHER NETO

SEAD – Serviço de Endoscopia Digestiva – Taubaté, SP

RELATO DE CASO

Paciente com 64 anos, feminino, em uso de medicação anti-hipertensiva, tendo sido submetida havia dois anos a cirurgia para correção de doença do refluxo gastroesofágico associada ao esôfago de Barrett. No seguimento pós-operatório tardio, permanecia assintomática, sendo solicitada endoscopia digestiva alta de controle. Relata odinofagia e disfagia súbita após ingestão de nova medicação anti-hipertensiva.

O exame endoscópico evidenciou presença de corpo estranho representado por um comprimido em sua embalagem de alumínio, localizado no segmento distal do esôfago. Observou-se a presença de ferimentos perfurocortantes nos quadrantes ân-

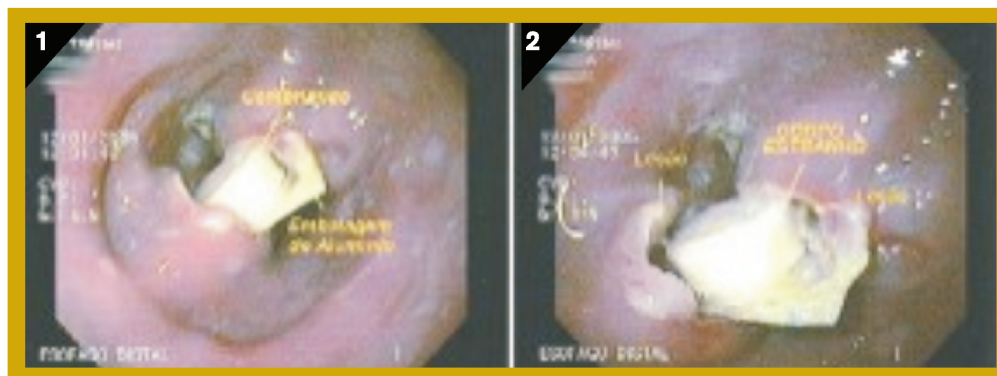
tero-lateral esquerdo e póstero-lateral direito (figuras 1 e 2).

O objeto foi removido endoscopicamente com o auxílio de uma pinça dente de rato. A cárdia mostrou-se continente e a pesquisa de hérnia hiatal foi negativa. A paciente evoluiu bem, sem sinais de complicações.

A impaction de corpo estranho de origem alimentar no esôfago ocorre com maior frequência na sua porção distal, estando associada à obstrução mecânica do órgão em cerca de 80% dos casos, enquanto que objetos rígidos param frequentemente na região proximal. Os principais pontos de impaction são ao nível do músculo cricofarín-

35

GED 2009
28(1):35-6



Recebido em: 7/3/2008 – Aprovado para publicação em: 27/4/2008

A seção *Imagem em Foco* aguarda sua colaboração através do e-mail: eghm@uol.com.br

geo, do cajado aórtico e no sitio de compressão do brônquio fonte esquerdo.

Existem várias alternativas endoscópicas para a remoção do corpo estranho, como o emprego da cesta de Dormia, de pinças, da sonda de Foley e da alça de polipectomia. A fragmentação pode ser tentada, utilizando o árgon-plasma ou laser, nos casos de objetos volumosos, com elevada consistência e imóveis.

O princípio básico para a retirada de corpo estranho é o de não puxar uma ponta ou lâmina contra a parede esofágiana. Eventuais objetos pontiagudos podem ser mais bem acomodados no estômago, sendo retirados com a ponta voltada para baixo, como alfinetes de segurança abertos e próteses dentárias. Uma alternativa para diminuir o risco de le-

ção iatrogênica é o uso do endoscópio flexível atado a um pedaço de luva de borracha na ponta, impedindo o contato da ponta do corpo estranho com a parede do esôfago. Objetos laminados podem ser retirados através de esofagoscopia rígida, puxando a lâmina para o interior do endoscópio com uma pinça e retirando-os em conjunto. Princípio semelhante quando se emprega o endoscópio flexível associado ao *overtube*; lembrando que esta técnica não pode ser empregada quando o diâmetro do corpo estranho for maior que o diâmetro interno do *overtube*. Seu emprego deve ser cuidadoso quando o quadro clínico está associado ao estreitamento do esôfago em decorrência do corpo estranho ou por doença prévia, podendo, nesta condição, causar perfuração do esôfago.