# Corpo estranho retido em esôfago por 10 anos em uma criança

# *A ten-year esophageal foreign body in a child*

**AIRTON SCHNEIDER** – Cirurgião Torácico; Professor Adjunto do Departamento de Ciências Morfológicas, Instituto de Ciências Básicas da Saúde – UFRGS.
**LUIZ AUGUSTO LOPES DA COSTA** – Acadêmico de Medicina da UFRGS.
**VANESSA NIEMIEC TEIXEIRA** – Acadêmico de Medicina da UFRGS.

Trabalho realizado no Hospital Divina Providência de Porto Alegre.

✉ Endereço para correspondência:
**Airton Schneider**
Av. Mostardeiro, 123/504
Porto Alegre, RS
Fone (51) 3346-8590
Fax (51) 3346-8590
airtonsc@terra.com.br

**SINOPSE**

O trabalho relata um caso raro e apresenta uma revisão da literatura de uma paciente de 14 anos que procurou atendimento por apresentar há quatro anos disfagia progressiva associada à disfonia. O diagnóstico inicial foi de uma massa mediastinal. Ao exame, notava-se massa em região cervical esquerda e paralisia de corda vocal esquerda. Os exames complementares revelaram uma perfuração tardia de esôfago com pseudodivertículo. Na cirurgia, identificou-se corpo estranho (tampa de relógio).

UNITERMOS: Corpo Estranho de Esôfago, Pseudodivertículo de Esôfago, Disfagia.

**ABSTRACT**

*This is a resume of a case with a review from the literature about a fourteen-year-old that has complained of progressive dysphagia and dysphonia for 4 years. At first, her diagnoses was a mediastinal tumor. Examining her, there were a mass in the left cervical region and left vocal cord paralysis. X-Ray and Computerized Tomography showed an old esophagus perforation with pseudodiverticulum. During the surgery, it was identified a foreign body (a watch lid).*

KEY WORDS: *Esophagus Foreign Body, Esophagus Pseudodiverticulum, Dysphagia.*

## INTRODUÇÃO

A população pediátrica, entre dois e quatro anos de idade, é responsável por 80% dos corpos estranhos ingeridos (1). Como a ingestão normalmente ocorre em períodos sem supervisão, o diagnóstico torna-se complicado, pois nenhuma história clara é obtida. Dos corpos estranhos, 75% entram no trato gastrointestinal, sendo que a maioria passa espontaneamente (80%), apenas 10 a 20% necessita remoção endoscópica e 1% tratamento cirúrgico. Quando entram no trato gastrointestinal, ficam retidos em locais de estreitamentos anatômicos. Uma vez alojados no esôfago, podem causar lesões esofágicas desde mediastinite até a formação de divertículos esofágicos (1, 2). O presente trabalho tem como objetivo relatar um curioso caso de corpo estranho de esôfago com longa evolução, mimetizando um tumor de mediastino, onde se revisa a literatura pertinente.

## RELATO DO CASO

Paciente feminina, 14 anos com história de disfagia ocasional progressiva há 4 anos. Notou abaulamento na região cervical esquerda, principalmente ao deglutir, anterior ao músculo esternocleidomastoideo, juntamente com disfonia há 3 meses. Foi encaminhada ao cirurgião torácico por suspeita de tumor de mediastino superior.

Ao exame, notava-se apenas à palpação abaulamento móvel, indolor e amolecido na região referida, sem adenopatia, que aumentava na deglutição.

Realizou laringoscopia que comprovou paralisia de corda vocal esquerda.

O radiograma de tórax com esôfago opacificado e a tomografia computadorizada de tórax e mediastino (Figura 1) revelaram uma lesão sólida em mediastino superior com extensão para a região cervical esquerda, que se impregnava com bário. O radiograma contrastado de esôfago (Figura 2) revelou uma perfuração crônica do esôfago cervical, com abscesso. Não foi evidenciada alteração na luz do esôfago pela endoscopia, apenas inflamação em parede lateral esquerda, ao nível da constrição do músculo cricofaríngeo.

Diante disso, foi indicada exploração cirúrgica. O procedimento foi realizado por incisão anterior ao músculo esternocleidomastoideo, revelando uma lesão cística repleta de alimento, que confirmou um pseudodivertículo. Na sua base havia um corpo estranho (vidro de relógio) (Figura 3), que causou a perfuração. O pseudodivertículo foi ressecado e a lesão esofágica fechada com sutura primária com fio absorvível associado a mioplastia.

Em revisão da história, a paciente relatou que havia deglutido esse objeto aos 4 anos (há 10 anos). Após o procedimento, a paciente evoluiu bem, com pequena fístula cervical lateral, que fechou em 15 dias. O radiograma e a endoscopia de controle não revelaram alteração no esôfago.

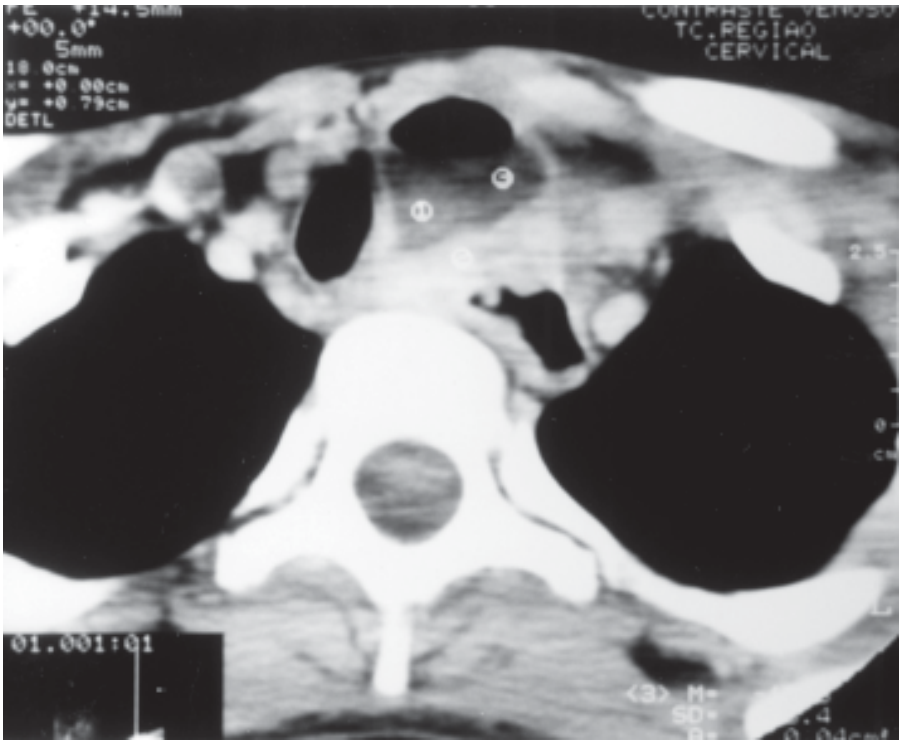



**Figura 1** – Tomografia computadorizada de tórax e mediastino.



**Figura 2** – Radiograma contrastado de esôfago.

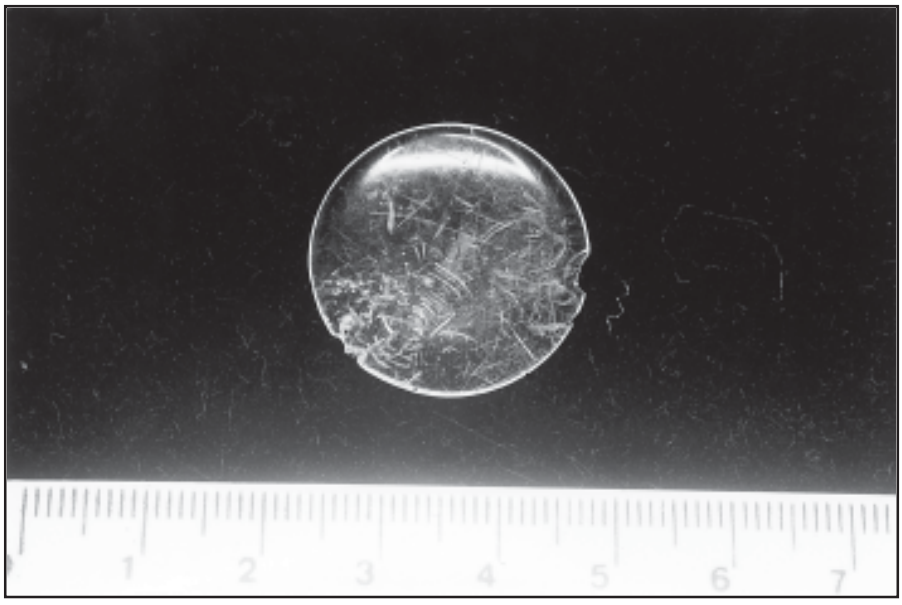


**Figura 3** – Vidro de Relógio (corpo estranho).

## DISCUSSÃO

Corpo estranho é causa comum e grave de morbidade e mortalidade em crianças. O diagnóstico clínico pode ser difícil. Os sintomas aparecem geralmente até 24 horas após a ingestão (3).

O esôfago cervical, junto ao músculo cricofaríngeo, é a localização mais comum de alojamento de corpos estranhos (4, 5). Outros locais de estreitamento como o cruzamento do arco da aorta, o brônquio principal esquerdo e o esfíncter esofágico inferior são locais menos freqüentes de retenção de corpos estranhos (4, 5, 6).

Com o aumento do tempo de retenção, a relação com os sintomas se torna obscura, tornando o diagnóstico mais difícil. Os sintomas podem variar desde tosse por comprometimento de vias aéreas, odinofagia, disfagia, salivação e mais tardiamente sangramento, ulceração, perfuração e fístulas por comprometimento do trato digestivo (1).

O diagnóstico deve começar com um radiograma baritado de esôfago, que inclui obrigatoriamente esôfago cervical (7). Também é relevante a realização de endoscopia, não só para a possível remoção, mas também para exame da mucosa (1, 7, 8, 9).

Um corpo estranho retido por muito tempo pode se apresentar como uma massa cervical e desenvolvimento de divertículo do tipo Zenker na área do esfíncter cricofaríngeo. Nesses casos, a tomografia computadorizada tem sido útil para o delineamento de corpos estranhos radiotransparentes (10).

Alguns fatores predispõem ao surgimento de complicações, são eles: retardo mental, estreitamento esofágico,

diabete mélito, síndrome da imunodeficiência adquirida, ingestão de objetos redondos, presença de fatores sociais, de desenvolvimento e psiquiátricos, doença esofagiana prévia (3, 11). As complicações que surgem por perfuração são mediastinite, com ou sem abscesso; fístulas esôfago-aéreas ou esôfago-vasculares; migração extraluminal do corpo estranho e pseudodivertículo esofágico (12). Um material alojado no esôfago por um longo período pode resultar na dilatação do órgão acima da obstrução. Essa dilatação pode mimetizar uma bolsa, dificultando o diagnóstico (13). O pseudodivertículo pode ocorrer após perfuração do esôfago, onde uma comunicação persistente se desenvolve entre o esôfago e um processo inflamatório paraesofágico pseudoencapsulado.

Estudos recentes relatam que em 30 a 40% das crianças com história de ingestão de corpo estranho são assintomáticas (14). Entretanto, a ingestão de corpo estranho que se alojou no esôfago cervical, sem manifestar sintomas, não é relatado como comum. Contrariando a maioria dos autores citados previamente, o não reconhecimento precoce neste caso não acarretou complicações irreversíveis ou risco de vida à paciente. As complicações se restringiram à formação de um pseudodivertículo e à compressão do nervo laríngeo inferior esquerdo, levando a uma suspeita diagnóstica inicial de tumor mediastinal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. GLENN WWL, BAUE AE. Esophageal Injury. In: Baue AE, Ed. Glenn's Thoracic and Cardiovascular Surgery. 6th ed. USA: Appleton & Lange, 1995; 754-6.
2. MACPHERSON RI, HILL JG, OTHERSEN HB, TAGGE EP, SMITH CD. Esophageal Foreign Bodies in Children: Diagnosis, Treatment, and Complications. AJR 1996; 166:919-24.
3. SINGH B, HAR-EL G, KANTU M, LUCENTE FE. Complications associated with 327 foreign bodies of the pharynx, larynx, and esophagus. Ann Otol Rhinol Laryngol 1997; 106:301-4.
4. NANDI P, ONG GB. Foreign body in the esophagus: review of 2394 cases. Br J Surg 1978; 65:5-9.
5. TOWBIN R, LEDERMAN HM, DUNBAR JS. Esophageal edema as a predictor of unsuccessful balloon extraction of esophageal foreign bodies. Pediatr Radiol 1989; 19:359-60.
6. AL QUDAH A, DARADKEH S, ABU KHALAF M. ESOPHAGEAL FOREIGN BODIES. Eur J Cardiothorac Surg 1998; 13(5):494-8.
7. SABISTON DC. Surgery of the Esophagus in Infants and Children. In: Sabiston DC, Spencer FC, Eds. Surgery of the Chest. 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1995; 899-900.
8. ALMEIDA ACR. Corpo Estranho de Esôfago. In: Cordeiro F, Luna LL. Endoscopia Digestiva – Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva. Rio de Janeiro: Editora MEDSI, 1994; 101-111.
9. SCHILLER KFR *apud* ISHIOKA S. Remoção de Corpos Estranhos. In: Endoscopia Digestiva. Rio de Janeiro, Editora Fundação Smith Kline, 1984; 361-368.
10. KOBAYASHI T. Esophageal Foreign Bodies in Children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1984; 7(2):193-8.
11. BINDER L, ANDERSON WA. Pediatric Gastrointestinal Foreign Body Ingestions. Ann Emerg Med 1984; 13(2):112-7.
12. REMSEN K, LAWSON W, BILLER HF. Unusual presentation of penetrating foreign bodies of the upper aero digestive system. Ann Otol Rhinol Laryngol 1983; 92:32-44.
13. RAMADAN MF, ROGERS JH. An Acquired Oesophageal Pounch in Childhood: a Problem of Diagnosis. J Laryngol Otol 1981; 95(1):101-8.
14. SCHUNCK JE. Corpos Estranhos. In: Fleisher GR, Ludwig S, Silverman BK, Eds. Compêndio de Pediatria de Urgência. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998; 82-4.