

# Perfuração intestinal por corpo estranho ingerido: relato de caso e revisão da literatura

## *Intestinal perforation by ingested foreign body: case report and literature review*

Marcelo Giusti Werneck Côrtes<sup>1</sup>, Alcino Lázaro da Silva<sup>2</sup>, Cristina Toledo Afonso<sup>1</sup>, Ludmila Leite Sant'Anna<sup>1</sup>

### RESUMO

Paciente com quadro sugestivo de obstrução intestinal. Submetido à laparotomia exploradora, encontrou-se perfuração de intestino delgado por corpo estranho ingerido (palito de bambu) e abscesso intra-abdominal. Realizadas drenagem de abscesso e enterorrafia. Paciente apresentou evolução complicada com infecção de sítio cirúrgico e deiscência de sutura. A maioria dos corpos estranhos ingeridos passa por todo o trato gastrointestinal sem intercorrências, entretanto, em 1% dos casos ocorrem complicações com perfuração e obstrução. A perfuração pode se manifestar por diversos quadros clínicos como sepse, obstrução e abscessos hepáticos ou abdominais; e o diagnóstico clínico, laboratorial e radiográfico é difícil. Embora rara, o cirurgião geral deve ter sempre em mente a possibilidade de perfuração gastrointestinal em pacientes que apresentam sintomas abdominais agudos atípicos. Em caso de dúvida, deve-se fazer a exploração abdominal.

**Palavras-chave:** Intestino Delgado; Perfuração Intestinal; Corpos Estranhos, Abscesso Abdominal; Laparotomia.

### ABSTRACT

*A patient sought help in our emergency department with symptoms suggestive of intestinal obstruction. He was taken to the operating room and an exploratory laparotomy was performed, which revealed an abdominal abscess and intestinal perforation by ingested foreign body, a bamboo toothpick. The perforation was sutured and the abscess drained. The patient had complications in the postoperative period, with surgical site infection and suture dehiscence. The majority of ingested foreign bodies pass through the whole gastrointestinal tract without any problems, in 1% of the cases though there can be complications such as intestinal perforation. Perforations can present with many different clinical manifestations, such as obstruction, sepsis, hepatic or abdominal abscess and diagnosis is usually difficult. The general surgeon must always keep in mind this possibility in patients with atypical acute abdominal symptoms. Whenever in doubt, one should choose to operate.*

**Key words:** Intestine, Small; Intestinal Perforation; Foreign Bodies; Abdominal Abscess; Laparotomy.

Recebido em: 01/07/2008  
Aprovado em: 10/06/2009

Instituição:  
Serviço de Cirurgia do Hospital das Clínicas da  
Universidade Federal de Minas Gerais.  
Belo Horizonte – MG, Brasil.

Endereço para correspondência:  
Marcelo Giusti Werneck Côrtes  
Rua Alumínio, 138/1204, Serra  
Belo Horizonte – MG, Brasil  
CEP: 30220-090  
E-mail: marcelo\_giusti@terra.com.br

### DESCRIÇÃO DO CASO

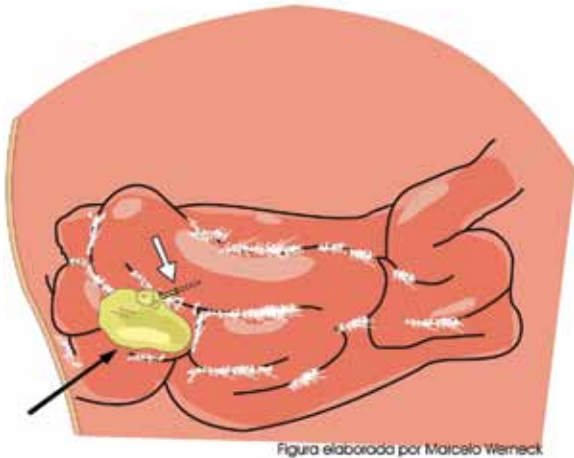
ATS, 62 anos, queixava-se de dor e distensão abdominais e vômitos. Constipado há três dias. História progressiva de abscesso hepático drenado 11 anos antes, sem etiologia definida. Estava eupneico e com frequência cardíaca (FC) de 80 batimentos

por minuto (bpm). O abdome era globoso, peristáltico e doloroso difusamente, com defesa voluntária. O leucograma não apresentava alterações. Foi introduzido cateter nasogástrico (CNG) e prescrito jejum.

No dia seguinte: FC 100 bpm e o abdome estava distendido, dolorido difusamente e ruídos hidroaéreos diminuídos. Leucocitose de 11.810 cel./mm<sup>3</sup>. Não houve drenagem pelo CNG.

Radiografia de abdome mostrava alças de intestino delgado distendidas e múltiplos níveis hidroaéreos.

Durante a cirurgia encontrou-se cavidade abdominal totalmente bloqueada por múltiplas aderências firmes. Após desfeitas muitas das aderências, encontrou-se abscesso peri-ileal associado à perfuração de íleo (Figura 1) por palito de bambu (Figura 2).



**Figura 1** - Esquema da perfuração do intestino delgado por corpo estranho (seta branca), abscesso (seta preta) e aderências.



**Figura 2** - Corpo estranho – Palito de bambu.

Foi aspirado o abscesso, removido o corpo estranho e realizada enterorrafia primária.

O paciente evoluiu bem e teve alta hospitalar no 4º dia de pós-operatório (DPO).

Retornou ao PA no 7º DPO com quadro de dor abdominal, taquicardia, distensão abdominal e hipotensão (80x50 mmHg). Realizou-se nova exploração abdominal, sem evidências de foco séptico. Foram colocados drenos de Penrose na cavidade. Realizado fechamento exclusivo de pele devido à hipertensão intra-abdominal.

O pós-operatório foi conduzido no centro de terapia intensiva e evoluiu com eliminação de secreção purulenta pela ferida operatória e drenos e com deiscência de sutura da pele e exposição de intestino delgado. Optou-se pelo tratamento clínico com ceftriaxona, metronidazol e vancomicina e cicatrização por segunda intenção.

O paciente manteve quadro de secreção purulenta em ferida operatória e picos febris de 38,5°C após três dias de antibioticoterapia. Os antibióticos foram substituídos por imipenem.

Após 24 horas o paciente estava afebril e após cinco dias já não apresentava secreção purulenta.

Alta hospitalar utilizando cinta de contenção após cicatrização da ferida. O período desde a primeira internação até a alta hospitalar totalizou 27 dias. O paciente perdeu 11 quilos e desenvolveu hérnia incisional volumosa.

## REVISÃO DA LITERATURA

Relatos na literatura de complicações devidas à ingestão de corpos estranhos durante a dieta são frequentes. Os ossos de frango e peixe e palitos-de-dente estão entre os mais comuns.<sup>1,2</sup> A maioria dos corpos estranhos ingeridos passa, em até uma semana, por todo o trato gastrointestinal (TGI) sem qualquer intercorrência. Em 1% dos casos, entretanto, ocorrem complicações como perfuração intestinal<sup>2,5</sup>, principalmente quando se trata de objetos longos e pontiagudos.<sup>5</sup>

As perfurações gastrointestinais por corpos estranhos podem se manifestar de diversas maneiras, como sangramentos digestivos, peritonite difusa ou localizada e obstrução.<sup>3,5</sup> São apresentações menos comuns: pancreatite, abscessos hepáticos, apendicite, fístulas, hérnia inguinal irreductível, intussuscepção e até quadros semelhantes à doença de Crohn.<sup>1</sup> O tempo de aparecimento dos sintomas pode variar de horas a anos após a ingestão.<sup>5</sup>

Nas porções abdominal e pélvica do trato digestivo, as lesões ocorrem principalmente em íleo,<sup>2</sup>

junção ileocecal<sup>2,3</sup> e junção sigmoide-retal.<sup>2,3</sup> Nessas locais, além do calibre reduzido do lúmen, há mudança brusca da direção do intestino.<sup>2</sup> Goh *et al.* descreveram o íleo terminal como o local com mais frequência de perfuração, (39%) seguido pelo jejuno (27%).<sup>3</sup>

Na maioria das vezes, o paciente não sabe ou não se lembra de ter ingerido corpo estranho. A ingestão é acidental e em geral ocorre nos extremos de idade. Um dos principais fatores de risco é o uso de dentaduras, relatado em até 80% dos casos, uma vez que não há a ensibilidade tátil pelo palato, que é vital para a detecção e o reconhecimento de objetos intrabuciais.<sup>2,3</sup> Outro fator de risco citado na literatura é a história prévia de cirurgia, que causa aderências abdominais, predispondo a angulações e estreitamentos dos intestinos.<sup>3</sup>

Radiografias de abdome são ineficientes no diagnóstico de perfurações por corpo estranho, exceto quando se trata de materiais metálicos.<sup>4</sup> A maioria dos corpos estranhos ingeridos são pouco radiopacos e são obscurecidos por tecidos moles, principalmente em pacientes obesos. Além disso, pneumoperitônio é raro em pacientes apresentando perfuração por corpo estranho, com frequência entre 13 e 16% dos pacientes.<sup>2,3</sup>

## COMENTÁRIOS

O diagnóstico de perfuração por corpo estranho é muitas vezes difícil. Isto ocorre devido à grande quantidade de locais do TGI suscetíveis, ao desconhecimento sobre a ingestão pelo próprio paciente<sup>2,4,5</sup> e às várias manifestações clínicas encontradas. Essa possibilidade deve sempre ser pensada em pacientes idosos com sintomas abdominais agudos.<sup>2</sup> No caso citado, não se pensou no diagnóstico de perfuração, pois o paciente não se lembrava de ter ingerido corpo estranho e manifestou quadro de obstrução intestinal, sendo indicada laparotomia exploradora por esse motivo. À radiografia de abdome, como era de se esperar, não foi visto corpo estranho.

É relatado na literatura que o mesmo corpo estranho pode perfurar o intestino em vários locais. O abscesso hepático do paciente pode ter sido causado por outra perfuração proximal à encontrada ou disseminação hematogênica do foco séptico. O abdome do paciente apresentava múltiplas aderências firmes, sugestivo de quadro de inflamação crônica. Estabele-

cer nexos causais entre perfuração gastrointestinal por corpo estranho e abscesso hepático é geralmente difícil<sup>4,5</sup>, pois frequentemente não é possível localizar o ponto de perfuração.

Há incidência relatada de até 27% de complicações pós-operatórias, principalmente infecção de sítio cirúrgico, distensão abdominal, abscesso intra-abdominal e óbito (5%). O caso apresentou evolução complicada, sendo necessária reexploração abdominal, todavia, quando a evolução pós-operatória é boa, os pacientes podem ter alta precocemente.<sup>3</sup>

## CONCLUSÃO

O cirurgião geral deve ter sempre em mente a possibilidade de perfuração gastrointestinal em pacientes que apresentam sintomas abdominais agudos atípicos. Em caso de dúvida, deve-se fazer a exploração abdominal.

## REFERÊNCIAS

1. Lam PY, Marks MK, Fink AM, Oliver MR, Woodward A. Delayed presentation of an ingested foreign body causing gastric perforation. *J Paediatr Child Health*. 2001 June; 37(3):303-4.
2. Coulier B, Tancredi MH, Ramboux A. Spiral CT and multidetector-row CT diagnosis of perforation of the small intestine caused by ingested foreign bodies. *Eur Radiol*. 2004 Oct; 14(10):1918-25.
3. Goh BK, Chow PK, Quah HM, Ong HS, Eu KW, Ooi LL, Wong WK. Perforation of the gastrointestinal tract secondary to ingestion of foreign bodies. *World J Surg*. 2006 Mar; 30(3):372-7.
4. Broome CJ, Peck RJ. Hepatic abscess complicating foreign body perforation of the gastric antrum: an ultrasound diagnosis. *Clin Radiol*. 2000 Mar; 55(3):242-3.
5. Houli N, MacGowan K, Hosking P. Hepatic abscess complicating foreign body perforation of the transverse colon. *ANZ J Surg*. 2003 Apr; 73(4):255-9.
6. Coulier B, Mailloux P, Broze B, Meessen JP. Foreign body perforation of the intestinal tract: a typical Belgian case diagnosed by msCT. *JBR-BTR*. 2007 Nov-Dec; 90(6):542.
7. Dixon SA, Lee AG, Chahil B, Golton A, Groves AM. Gastrointestinal: bowel perforation by a foreign body. *J Gastroenterol Hepatol*. 2006 July; 21(7):1217.
8. Silva AL, Sales FR. Corpo estranho no intestino. *Rev Bras Coloproct*. 1992; 12(supl):57.
9. Cala AD, Sugo E. An unusual foreign body in the distal small intestine: case report. *Am J Forensic Med Pathol*. 2000 Mar; 21(1):53-5.
10. Wade H. Perforations of the small intestine by ingested non-metallic foreign bodies. *Br Med J*. 1952 Oct 25; 2(4790):922.

11. Lee TH, Lee SH, Park JH, Park do H, Park JY, Park SH, Chung IK, Kim SJ. Endoscopic management of duodenal perforation secondary to ingestion of an uncommon foreign body. *Gastrointest Endosc.* 2008 Apr; 67(4):729-31.
  12. King NK, Coggins RP, McCloy RE. Small bowel perforation caused by an ingested foreign body masquerading as acute appendicitis. *Hosp Med.* 2003 July; 64(7):436.
-